

8. НЕФОРМАЛЬНІСТЬ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

Україна, згідно зі ст.1 Конституції України, є правовою, соціальною державою, що передбачає забезпечення гарантованих прав людини. Одним з найцінніших прав людини є право на життя та здоров'я. Частиною 1 ст.49 Конституції закріплено власне право на охорону здоров'я та медичну допомогу “...Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування...”, а ч.3 – її фінансова доступність: “...Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена...”². Тож, відповідно до вказаної декларації, кожен громадянин України має право отримати якісну медичну допомогу в усіх державних і комунальних закладах охорони здоров'я безоплатно!

Разом з тим можна з впевненістю сказати, що кожен, хто мав досвід звернення по медичну допомогу, відчув на собі “безкоштовність” нашої медицини. Пацієнти або їх родичі сплачували чи то безпосередньо за надану медичну допомогу, чи за діагностичні додаткові процедури, чи за ліки. Причому на це вказують не лише пацієнти, але й самі медичні працівники. Так, деякі керівники медичних закладів підраховували, що пацієнти покривають до 60-70% вартості лікування, купуючи ліки й медичні товари, за винятком ситуацій, коли йдеться про невідкладну медичну допомогу³.

Наразі, за даними офіційної статистики, платежі громадян, включно з неформальними в загальному обсязі фінансування сфери охорони здоров'я України, зросли з 38,6% у 2003р. до 52,8% у 2016р. (таблиця “Загальні витрати на охорону здоров'я....”, с.206)⁴.

¹ Автором розділу є Т.Юрочко – завідувач кафедри “Школа охорони здоров'я”, к.н. з держ. упр., доцент.

² Ст.49 Конституції України.

³ Вахітова Г. та ін. Неєфективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? – VoxUkraine, 1 лютого 2019р., <https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini>.

⁴ Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016р. Статистичний збірник. – Держстат України, http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publizdorov_u.htm.

Загальні витрати на охорону здоров'я за організаціями, що фінансують (фінансовими агентами)⁵

	2003р.		2005р.		2007р.		2009р.		2011р.		2013р.		2016р.	
	млн.грн	%	млн.грн	%	млн.грн	%	млн.грн	%	млн.грн	%	млн.грн	%	млн.грн	%
Уряд	10 807,6	58,04	16 827,0	59,27	28 328,0	61,67	39 203,7	54,90	53 145,0	55,52	65 332,3	56,44	81 656,5	44,97
У т.ч. фонди соціального страхування	48,9	0,26	68,8	0,24	128,4	0,28	195,0	0,27	324,0	0,34	417,9	0,36	373,1	0,21
Приватний сектор	7 728,6	41,50	11 472,4	40,41	17 476,9	38,05	32 032,4	44,86	42 308,0	44,20	50 163,9	43,34	98 624,2	54,31
У т.ч. приватне добровільне страхування	16,6	0,10	192,0	0,70	384,0	0,80	649,0	0,90	881,0	0,90	1 169,6	1,00	1 567,9	0,86
витрати домо-господарств	7 174,5	38,53	10 611,0	37,38	15 871,9	34,55	29 894,2	41,86	39 618,8	41,39	46 843,8	40,47	94 951,3	52,29
некомерційні організації, що обслуговують домашні господарства	5,6	0,03	3,0	0,01	8,4	0,02	12,0	0,02	20,2	0,02	32,6	0,03	20,2	0,01
приватні фірми та корпорації	503,2	2,70	628,1	2,21	1 156,5	2,52	1 400,1	1,96	1 704,8	1,78	2 022,1	1,75	1 976,0	1,09
лікарняні каси	28,7	0,15	38,4	0,14	55,7	0,12	77,8	0,11	83,2	0,09	95,8	0,08	108,8	0,06
Інші донори	85,4	0,46	91,0	0,32	131,1	0,29	174,6	0,24	260,7	0,27	260,7	0,23	1 314,2	0,72
Загальні витрати на охорону здоров'я	18 621,6	100,00	28 390,4	100,00	45 936,0	100,00	71 410,8	100,00	95 713,7	100,00	115 757,0	100,00	181 594,9	100,00

⁵ Джерело: Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016р.

Як видно з даних таблиці, частка приватних ресурсів у фінансуванні охорони здоров'я, починаючи з 2013р., невпинно зростала, а у 2016р. досягла найвищого за останні 14 років рівня – 54,3%, причому 97% з них становили саме витрати домогосподарств на охорону здоров'я⁶.

Для порівняння наведемо витрати на охорону здоров'я деяких країн світу (таблиця “Загальні витрати на охорону здоров'я в окремих країнах світу”).

Загальні витрати на охорону здоров'я в окремих країнах світу у 2015р.⁷

	ЗВОЗ*, % ВВП	Приватні витрати на охорону здоров'я, % ЗВОЗ	Витрати Уряду на охорону здоров'я, % ЗВОЗ
Україна (2016р., НРОЗ)	7,6	55,2	44,8
Німеччина	11,2	15,5	84,5
Данія	10,3	15,9	84,1
Чехія	7,3	17,7	82,3
Словаччина	6,9	20,3	79,7
Румунія	5,0	22,2	77,8
Естонія	6,5	24,6	75,4
Іспанія	9,2	29,0	71,0
Польща	6,3	30,1	69,9
Угорщина	7,2	33,3	66,7
Росія	5,6	38,8	61,2
Казахстан	3,9	39,8	60,2
Болгарія	8,2	48,9	51,1
Киргизстан	8,2	55,1	44,9
Грузія	7,9	60,1	39,9
Вірменія	10,1	84,1	15,9

* Загальні витрати на охорону здоров'я.

Наведену тенденцію підтверджують і результати соціологічних досліджень, які показують стабільно високу частку приватних платежів, включно з неформальними, в загальному фінансуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я.

Так, аналіз даних репрезентативного соціологічного дослідження “Індекс здоров'я. Україна” підтвердив, що у 2018р. громадяни України платили чималі суми за “безкоштовну” медичну допомогу, яка надавалась як в амбулаторному, так і стаціонарному сегментах (таблиця “Досвід сплати за надану медичну допомогу...”, с.209).

⁶ Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016р.

⁷ Джерело: Там само.

Зокрема:

- серед респондентів, які мали останній амбулаторний візит протягом 12 місяців перед проведенням опитування, 54,9% з них платили за цей візит у різних формах, при цьому сплатити на рахунок благодійного фонду або організації вимагали у 57,5% серед тих, хто платив таким чином, а неформальна оплата у 30,9% випадків була з ініціативи лікаря або закладу⁸;
- приблизно половина осіб, які проходили лабораторно-діагностичні тести, платили за це (41% – за аналізи та 56,2% – за діагностику). При цьому, вартість, яку сплачували споживачі за лабораторно-діагностичні послуги, зростала кожного року⁹;
- частка госпіталізованих, які мали досвід сплати за надану допомогу, суттєво зросла, порівняно з попередніми роками, і склала 88% (2017р. – 68%, 2016р. – 64%). При цьому, кожен третій респондент серед тих, хто був госпіталізований у стаціонари протягом останніх 12 місяців¹⁰, вказав, що сплачував за лікування на рахунок благодійного фонду або іншої організації (серед них 67% – на вимогу). Аналогічна частка респондентів - платників на рахунок благодійних фондів серед госпіталізованих була виявлена і під час попередніх досліджень (у 2016р. та 2017р.). Найбільший відсоток госпіталізованих мали витрати на товари медичного призначення, якщо порівнювати з попередніми типами оплати: 63% у 2018р. проти 60% у 2017р.¹¹;
- не змінилася і частка осіб, які платили неформально під час останнього візиту, у 2018р., як і у 2016-2017рр., становила близько 10%. При цьому частка пацієнтів, які роблять ці два види оплати на вимогу, також не змінилася протягом останніх двох років, і становить близько 60% для оплати на рахунок благодійного фонду та близько третини для оплати неформально¹².



Результати соціологічних досліджень Держстату також показують суттєве навантаження неформальними платежами за медичні послуги (таблиця “Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги...”, с.210).

⁸ Індекс здоров'я. Україна. Результати загальнонаціонального дослідження. – Організоване та проведене Міжнародним фондом “Відродження, 2018р., http://health-index.com.ua/zvit_index_2018_ukr.pdf.

⁹ Там само.

¹⁰ У дослідженні ця група налічувала 390 осіб.

¹¹ Індекс здоров'я. Україна. Результати загальнонаціонального дослідження.

¹² Там само.

**Досвід сплати за надану медичну допомогу за результатами соціологічного дослідження
"Індекс здоров'я. Україна"¹³**

	2016р.				2017р.				2018р.				
	Всього	Квазіфінансний фонд (благодійний фонд, лікарняна каса)	Неформальний платіж	Прийнята товари медичного призначення та ліків*	Всього	Квазіфінансний фонд (благодійний фонд, лікарняна каса)	Неформальний платіж	Прийнята товари медичного призначення та ліків*	Всього	Квазіфінансний фонд (благодійний фонд, лікарняна каса)	Неформальний платіж	Прийнята товари медичного призначення та ліків*	
Досвід сплати за надану амбулаторну допомогу (%)		32	10		58,1	31,1	9,9	38,6	54,9	21,2	10,1	36,1	
Середній платіж (грн.)		177	630			1 140	336	136		1 333	379	133	
Досвід сплати за надану допомогу в стаціонарі (%)		64	25		67,8	63,7	24,4	60	87,8	65,9	24,4	63	
Середній платіж (грн.)		2 132	1 860			4 405,18	2 520,95			4 813	2 910,50	799	
Оплата передбачала покращені умови (%)		11				5,3				4,7			

* У 2016р. такий варіант відповіді не пропонувався.

¹³ Джерело: Індекс здоров'я. Україна. Результати загальнонаціонального дослідження.

Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків і медичного приладдя¹⁴, %

	2017р.	2018р.
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь з членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків і медичного приладдя (тис.)	14 725,2	14 637,1
Частка домогосподарств, у яких хто-небудь з членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків і медичного приладдя, %	97,7	98,6
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь з членів протягом останніх 12 місяців не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя (тис. з загальної кількості домогосподарств)	3 406,0	4 353,0
Частка домогосподарств, у яких хто-небудь з членів протягом останніх 12 місяців за потреби не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя (%)	29,7	21,0
Кількість домогосподарств, які за потреби не змогли відвідувати лікаря (тис.)	1 789,8	1 704,0
<i>З них частка домогосподарств, у яких з причини занадто високої вартості послуг, хто-небудь із членів за потреби не зміг:</i>		
<i>відвідати лікаря</i>	74,0	58,9
<i>провести медичні обстеження</i>	93,0	88,6
<i>отримати лікувальні процедури</i>	93,1	92,7
<i>отримати лікування у стаціонарі</i>	98,0	93,2

Отже, наведені дані є свідченням порушення ч.3 ст.49 Конституції України щодо **безоплатності медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я** та поширеності практики платних медичних послуг (як квазіправових, так і власне – “тіньових”).

Варто розглянути правові “корені” такої ситуації.

Повернемося до ст.49 Конституції. Частини 2 та 3 ст.49: “Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм”.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності” гарантують права, виконання яких можливе за належного фінансування з державного бюджету.

¹⁴ Джерело: Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2018р., http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/gdvvg/Arh_snsz_u.htm.

“Державна цільова програма — це комплекс взаємопов’язаних завдань і заходів, які спрямовані на розв’язання найважливіших проблем розвитку держави, окремих галузей економіки або адміністративно-територіальних одиниць, здійснюються з використанням коштів Державного бюджету України та узгоджені за строками виконання, складом виконавців, ресурсним забезпеченням.”

Ст.1 Закону України “Про державні цільові програми”

У ч.2 ст.95 Конституції зазначено, що “...Виключно законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків”.

Ніби законодавчо все логічно. Але через фактичний “хронічний” дефіцит бюджету¹⁵ (таблиця “Виконання державного бюджету України у 2008-2019рр.”) про фінансове забезпечення всіх гарантованих послуг і програм годі й говорити.

Виконання державного бюджету України у 2008-2019рр.

	Доходи		Видатки		Кредитування		Сальдо (дефіцит бюджету)	
	Млн. грн.	% ВВП	Млн. грн.	% ВВП	Млн. грн.	% ВВП	Млн. грн.	% ВВП
2008р.	231 686,3	24,44	241 454,5	25,47	2 732,5	0,29	-12 500,7	-1,32
2009р.	209 700,3	22,96	242 437,2	26,54	2 780,3	0,30	-35 517,2	-3,89
2010р.	240 615,2	22,23	303 588,7	28,04	1 292,0	0,12	-64 265,5	-5,94
2011р.	314 616,9	23,90	333 459,5	25,33	4 715,0	0,36	-23 557,6	-1,79
2012р.	346 054,0	24,56	395 681,5	28,08	3 817,7	0,27	-53 445,2	-3,79
2013р.	339180,3	23,31	403 403,2	27,73	484,7	0,03	-64 707,6	-4,45
2014р.	357 084,2	22,79	430 217,8	27,46	4 919,3	0,31	-78 052,8	-4,98
2015р.	534 694,8	27,01	576 911,4	29,14	2 950,9	0,15	-45 167,5	-2,28
2016р.	616 274,8	25,86	684 743,4	28,73	1 661,6	0,07	-70 130,2	-2,94
2017р.	793 265,0	26,59	839 243,7	28,13	1 870,9	0,06	-47 849,6	-1,60
2018р.	928 108,3	26,08	985 842,0	27,70	1 514,3	0,04	-59 247,9	-1,66

Наслідком хронічного дефіциту бюджету є постійне недофінансування вітчизняної системи охорони здоров’я.

Як видно з таблиці “Структура видатків зведеного бюджету...”, хоча видатки зведеного бюджету України на охорону здоров’я збільшилися на 70,4 млрд. грн., це зростання має більше номінальний характер, який пояснюється темпами інфляції, а не реальним зростанням видатків, оскільки у відсотковому вираженні

¹⁵ Джерело: Державний бюджет України, <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov>.

Структура видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я в розрізі функціональної класифікації у 2014-2019рр.¹⁶

	2014р.		2015р.		2016р.		2017р.		2018р.		2019р.*	
	Млрд. грн.	%	Млрд. грн.	%	Млрд. грн.	%	Млрд. грн.	%	Млрд. грн.	%	Млрд. грн.	%
Усього видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я	57,2	100	71,0	100	75,5	100	102,4	100	115,9	100	127,59	100
Поліклініки загального профілю та амбулаторії	1,96	3,4	2,3	3,2	2,9	3,8	3,7	3,6	3,1	2,7	2,1	1,6
Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги	5,4	9,4	6,2	8,7	7,2	9,5	10,6	10,4	9,7	8,4	2,4	1,9
Лікарні загального профілю	24,0	41,96	31,6	44,5	30,3	40,1	41,4	40,4	44,1	38,1	44,6	35
Спеціалізовані лікарні та ін. спеціалізовані заклади	10,5	18,4	11,6	16,3	12,99	17,2	16,95	16,6	19,3	16,7	20,9	16,4
Пологові будинки	1,3	2,3	1,6	2,3	1,8	2,4	2,4	2,3	2,7	2,3	2,9	2,3

* План бюджету 2019р.

Примітка: У таблиці наведені лише цікаві для цього дослідження показники.

¹⁶ Розраховано та складено за даними Державної казначейської служби України. – Рубрика "Звітність" на сайті Державної казначейської служби. <https://www.treasury.gov.ua/ua/file-storage/vikonannya-derzhavnogo-byudzhetu>.

видатки на охорону здоров'я не демонстрували зростаючої тенденції, а навіть – зменшення. Так, якщо у 2014р. цей показник становив майже 11%, то у 2019р. (проект) – трішки менше 9%¹⁷.

Таким чином, правова колізія, закладена в основі-основ законодавства – Конституції України, створила інституціональні передумови поширення неформальних платежів у сфері охорони здоров'я. Адже склалися умови, коли:

- зберігалася структура системи охорони здоров'я, сформована в результаті ідеології планової економіки з екстенсивним розвитком мережі медичних закладів. Та ж ст.49 (ч.3) забороняє скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- закладено гарантії безоплатності для всіх, а бюджетних і місцевих коштів на задекларовану “безоплатність” – ні.

У результаті майже всі кошти, що виділяються на сферу охорони здоров'я, йдуть на утримання мережі, роздутість якої вже очевидна всім.

Наведене вище спонукало, з одного боку, до квазіправових спроб запровадження платних послуг у медичних закладах державної та комунальної форми власності, а з іншого – поширення практики неформальних платежів, або повзучої приватизації.

Повзуча приватизація — вид корупційних дій, коли медичні працівники використовують робочий час, робоче місце, устаткування та ін. ресурси державних медичних закладів з метою отримання особистої вигоди, тобто фактично займаються приватною практикою за рахунок держави. Саме такий вид корупційних діянь притаманний країнам з перехідною економікою, що обумовлено низкою сприятливих факторів: низьким соціально-економічним захистом медичних працівників, неефективними механізмами державного управління і державного контролю за діяльністю галузі в цілому і підприємницькою діяльністю у сфері охорони здоров'я, зокрема бюрократичними ускладненнями під час одержання ліцензій на приватну діяльність, законодавчою невизначеністю місця та відповідальності посадових осіб у сфері охорони здоров'я з огляду на антикорупційне законодавство тощо¹⁸.

Неодноразові спроби в тій чи іншій формі запровадити платні медичні послуги в державних і комунальних медичних закладах змушували народних депутатів кілька разів звертатися до Конституційного Суду за роз'ясненням легітимності цього процесу. Ще у 1998р. КСУ встановив, що: “...1. Визнати такими, що не відповідають Конституції України (є неконституційними), наступні положення Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти” від 17 вересня 1996 року №1138...”

¹⁷ Звіти Державної казначейської служби України, <https://www.treasury.gov.ua/ua/file-storage/vikonannya-derzhavnogo-byudzhetu>.

¹⁸ Попченко Т. Регулювання підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я як один із шляхів протидії виникнення корупції. – Вісник державної служби України, 2009р., №3, с.33-37.



2. Положення Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров’я та вищих медичних закладах освіти”, що визнані неконституційними, втрачають чинність з дня ухвалення Конституційним Судом України цього Рішення...”¹⁹.

А у Рішенні КСУ 2002р. щодо офіційного тлумачення положення ч.3 ст.49 Конституції України “...у

державних і комунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно...” було визначено як медичну допомогу, що надається безоплатно “.. всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги. ...порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров’я та перелік таких послуг мають бути визначені законом”²⁰.

Нагадаємо, що “Рішення Конституційного Суду України є обов’язковим до виконання на території України, остаточним і не може бути оскарженим”.

Таким чином, наведено правові передумови поширення неформальних платежів у сфері охорони здоров’я в Україні, які відображаються у фінансово-організаційних чинниках, зокрема:

1. Україні “у спадок” від Радянського Союзу дісталася Семашківська система охорони здоров’я, яка підтвердила свою ефективність в умовах планово-економічного державотворення і значну збитковість в умовах ринкової економіки. Так, однією із характеристик цієї системи є екстенсивний розвиток мережі медичних закладів. Як наслідок – в Україні була створена необґрунтовано велика мережа лікарень, потенціал яких у сучасних умовах не використовується і у половину, лікарняні ліжка заповнюються хворими, яких можна лікувати в амбулаторних умовах. Утримання ж цих закладів – дуже вартісне. Тож, лівова частка фінансування на охорону здоров’я йде на утримання роздутої мережі медичних закладів, тоді як основні витрати на фармацевтичні товари та ін. медичні товари

¹⁹ Рішення КСУ №15 від 25 листопада 1998р. у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров’я та вищих медичних закладах освіти” (справа про платні медичні послуги).

²⁰ Рішення КСУ №10 від 29 травня 2002р. у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України “у державних і комунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно” (справа про безоплатну медичну допомогу).

нетривалого використання здійснюються переважно домогосподарствами – 99,7% (для порівняння: у розвинутих європейських країнах від 30% до 60%)²¹;

2. принцип фінансування. До 2019р. вітчизняна система охорони здоров'я фінансувалася не за надану послугу, а за наявності медичної інфраструктури. Відповідно, керівники закладів охорони здоров'я були зацікавлені у збереженні роздутості ліжкового фонду та задієності ліжок. Поєднання такого принципу фінансування закладів охорони здоров'я з відсутністю їх автономії, а відтак – можливістю перерозподілу коштів за потребами закладу, лише поглиблювало проблему нерациональності використання наявного фінансування, низьким рівнем матеріально-технічного та сервісного забезпечення закладів охорони здоров'я;

3. наведені законодавчі колізії знайшли відображення ще в одній проблематиці у вітчизняній системі охорони здоров'я, а саме – вкрай низькому рівні соціально-економічної захищеності медичних працівників. Рівень середньомісячної зарплати у сфері охорони здоров'я серед найнижчих (таблиця “Середня заробітна плата за видами економічної діяльності”).

**Середня заробітна плата за видами економічної діяльності²²,
(січень кожного року, в розрахунку на одного штатного працівника, грн.)**

	2002р.	2005р.	2010р.	2015р.	2018р.	2019р.
Загалом	320,76	640,86	1 916	3 455	7 711,47	9 222,52
Фінансова діяльність	789,47	1 262,55	4 179	7 192	15 192,01	17 065,21
Державне управління й оборона	388,23	689,57	2 252	3 229	9 339,95	11 481,54
Промисловість	423,84	821,26	2 201	4 034	8 318,46	10 388,32
Оптова та роздрібна торгівля	295,49	568,59	1 675	3 776	8 481,06	9 622,32
Будівництво	340,38	666,98	1 291	2 719	6 636,74	8 227,29
Освіта	234,56	465,94	1 583	2 542	6 036,55	7 104,31
Охорона здоров'я	187,53	402,01	1 385	2 346	5 256,8	6 271,64

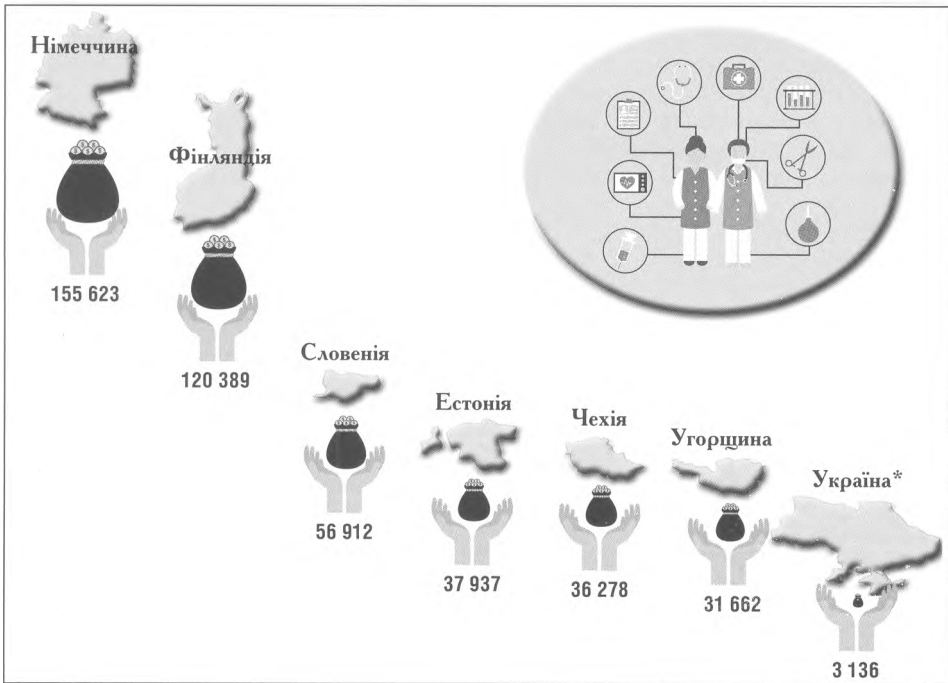
Як видно з таблиці “Середня заробітна плата...”, в Україні середні зарплати стабільно зростають, майже у 30 разів, порівняно з 2002р. (з 320 грн. у 2002р. до 9 222 грн. – у 2019р.). Як видно, зростає зарплата і в бюджетній сфері. Проте, незмінною лишається й кричущо негативна тенденція: найнижчий рівень заробітної плати у працівників сфери охорони здоров'я! Так, у 2019р. середня зарплата у сфері охорони здоров'я на 66% нижча від середньої зарплати у промисловості, на 83% – ніж у державній службі, на 13% – в освіті.

²¹ Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015р.: Статистичний бюлетень. – Держстат України, 2017р., с.15.

²² Джерело: Держстат України, https://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2005/gdn/Zarp_ek_m/Zp_ek_m_u/arh_zpm_u.html.

Для порівняння наведемо річні середні заробітні плати лікарів в окремих країнах Європи.

Розмір середньої заробітної плати лікарів окремих країн Європи та України у 2017р.,²³ \$ на рік



*Обраунок, виходячи з середньомісячної зарплати в охороні здоров'я за січень 2019р.

Як видно з діаграми, офіційна зарплата українських медичних працівників у десятки разів поступається європейським країнам.

Ситуація погіршується ще й тим, що зміни, внесені до ст.95 Кодексу законів про працю України та ст.3 Закону "Про оплату праці" щодо визначення мінімальної заробітної плати, призвели до порушення міжпосадових (міжкваліфікаційних) співвідношень у розмірі оплати кваліфікованої і некваліфікованої праці працівників бюджетної сфери.

Таким чином, некваліфіковані працівники (прибиральниці, сторожі, двірники) та кваліфікований персонал (лікарі, медичні сестри, фельдшери, юристи, економісти, бухгалтери) отримують практично однакову заробітну плату²⁴.

²³ Дані OECD.Stat, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>.

²⁴ МОЗ запропонувало, як вирішити проблему "зрівнялівки" зарплат медичних працівників. – МОЗ, 3 березня 2017р., <https://moz.gov.ua/article/news/moz-zaproponovalo-jak-virishiti-problemu-zrivnjalivki-zarplat-medichnih-pracivnikiv>.

Отже, здійснений побіжний аналіз нормативно-правової та організаційної складових діяльності медичної галузі в Україні показав, що факт поширеності неформальних платежів у сфері – це як відповідь на законодавчообумовлену деформацію організації та фінансування системи охорони здоров'я, перекладання державного забезпечення медичної галузі державою на плечі домогосподарств. Компенсація за рахунок платежів населення низької зарплати медичних працівників створює високий рівень корупції та неформальних платежів у сфері охорони здоров'я.

За даними соціологічного дослідження, кожна 12-та гривня (у січні-вересні 2008р. – кожна 14-та) з коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, була направлена на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі охорони здоров'я (на хабарі, грошову винагороду громадянам, які займаються наданням медичної допомоги без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо)²⁵. Згідно з дослідженням 2017р., 7% коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, було направлено на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі (на хабарі, “подяку”, грошову винагороду громадянам, які займаються наданням медичної допомоги без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо)²⁶.

Однак варто зазначити, що зміни, які відбулися у сфері охорони здоров'я останніми роками, все ж намітили тенденцію до покращення ситуації. Зокрема:

1. у жовтні 2017р. прийнято Закон “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” (ініціатор Уряд), який надав “зелене світло” реформі фінансування системи охорони здоров'я України;
2. створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип реформування – “гроші йдуть за пацієнтом” – і оплачує вартість реально наданих медичних послуг на зміну абсолютно застарілого та неефективного принципу оплати ліжко-місце;
3. у 2018р. розпочався перехід від моделі утримання медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу, до оплати чіткого гарантованого переліку послуг сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів за принципом “гроші йдуть за пацієнтом”. Це дало змогу населенню вільно обирати лікарів первинної ланки в медзакладах усіх форм власності, незалежно від місця проживання чи офіційної реєстрації²⁷. Станом на

²⁵ Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009р., <http://www.ukrstat.gov.ua>.

²⁶ Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги, http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/gdvvg/Arh_snsz_u.htm.

²⁷ Докладно див.: Що змінилося за рік після прийняття закону про медичну реформу. – МОЗ, 19 жовтня 2018р., <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/scho-zminilosja-za-rik-pislja-prijinjattja-zakonu-pro-medichnu-reformu>.

початок листопада 2019р., 28,6 млн. українців обрали своїх лікарів²⁸, що складає 68,05% наявої чисельності населення²⁹. 70% задоволені вибором свого лікаря³⁰;

4. медичні заклади, які уклали договір з Нацслужбою здоров'я, отримали фінансову свободу та можуть самостійно розпоряджатися своїм бюджетом, вони не обмежені тарифною сіткою чи штатним розписом. Заклад охорони здоров'я може самостійно визначати розмір оплати праці своїх працівників, а також системи мотивації співробітників. Принципи нарахування зарплат закріплюються в колективних договорах. В ефективних закладах первинної допомоги, які долучилися до трансформації, зарплати медичних працівників зросли в 2-4 рази (за умови ефективного менеджменту керівництва центрів первинної допомоги та відповідно достатньої кількості декларацій, які уклали пацієнти з лікарями). Якщо раніше лікарі “первинки” отримували до 5 000 грн., то вже після перших оплат Служби ефективні заклади змогли підвищити зарплати своїм лікарям до 15 тис. грн. Суттєво підвищилися і заробітні плати молодшого медичного персоналу³¹;
5. початок укладання прямих договорів медичних закладів стимулював процес перетворення медичних закладів з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства. Перехід на новий статус значно розширює господарські можливості медичного закладу, зокрема структура та штатний розклад затверджуються самостійно, заклад має право самостійно визначати шляхи використання коштів, виходячи з фінансового плану підприємства, кошти більше не зв'язані казначейськими процедурами та можуть переноситися на наступний рік.

Разом з тим зміни відбулися лише на первинному рівні охорони здоров'я, що суттєво не вплинуло, як було показано вище, на рівень неофіційних платежів у медичній сфері. Адже лівова частка їх завжди була на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги і, переважно, в госпітальному секторі. Наразі реформування другого та третього рівнів медичної допомоги заплановано лише на квітень 2020р. Важливим при цьому є обов'язково закласти відповідне фінансування у державний бюджет 2020р.!

Відповідно до розрахунків МОЗ, після завершення проведення медичної реформи, рівень приватних витрат громадян на охорону здоров'я – неформальних та офіційних – становитиме не більше 24,2% загальних витрат на медицину. МОЗ висловив намір запроваджувати офіційну співоплату з поетапним збільшенням частки відповідних надходжень та мірою розширення послуг вторинної та третинної медичної допомоги.

²⁸ Національна служба охорони здоров'я, <https://nszu.gov.ua/gromadyanam/elektronna-karta-misc-nadannya-pmd>.

²⁹ Там само.

³⁰ За даними опитування Київського міжнародного інституту соціології, березень 2019р.

³¹ Що змінилося за рік після прийняття закону про медичну реформу.