

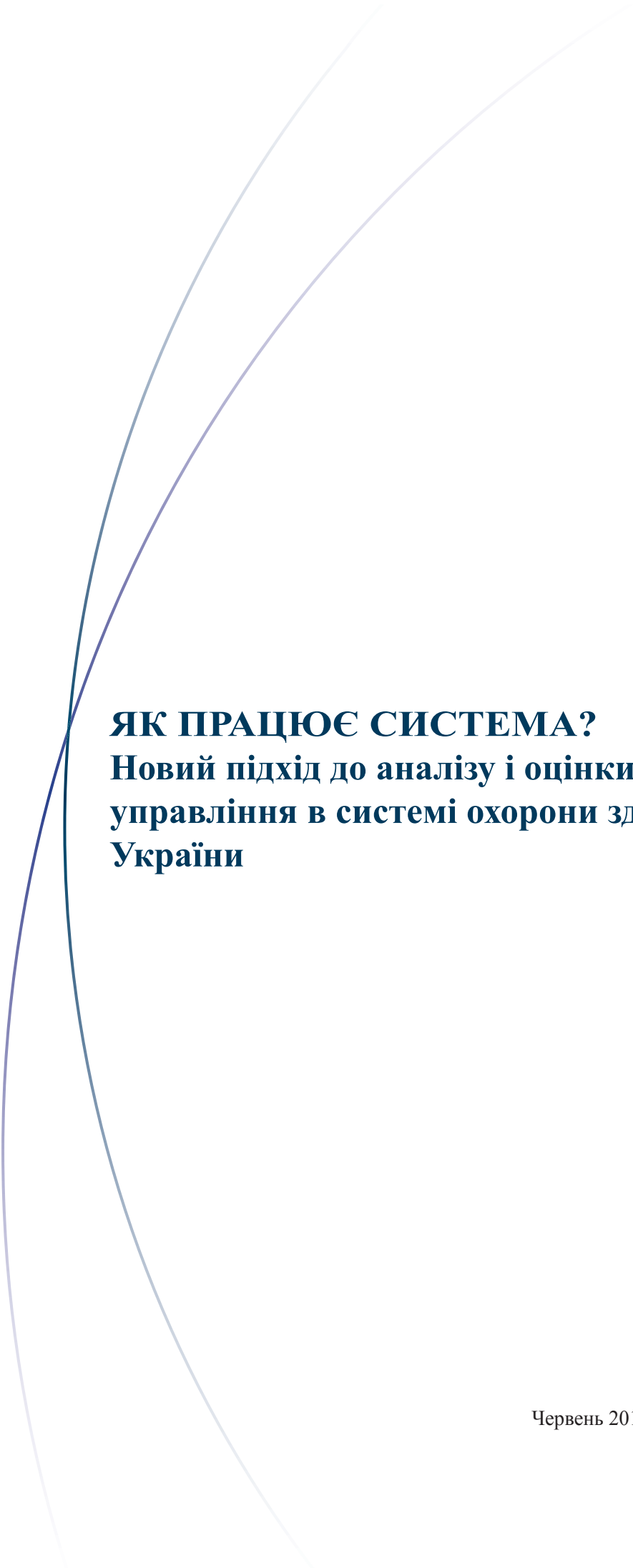


THE WORLD BANK  
IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP

# ЯК ПРАЦЮЄ СИСТЕМА?

Новий підхід до аналізу  
і оцінки процесів  
управління в системі  
охорони здоров'я України





**ЯК ПРАЦЮЄ СИСТЕМА?**  
**Новий підхід до аналізу і оцінки процесів**  
**управління в системі охорони здоров'я**  
**України**

Червень 2015

© 2015 Міжнародний банк реконструкції  
та розвитку / Світовий банк

1818 H Street NW, MSN U11-1102  
Washington DC 20433  
Telephone: 202-458-7955  
Fax: 202-522-2654

Website: <http://www.worldbank.org>

Усі права захищені.

Це дослідження було проведено Світовим банком в якості технічної підтримки поточної дискусії на тему реформування системи охорони здоров'я в Україні. Дослідження виконане командою експертів під керівництвом Паоло Беллі, головного економіста і керівника сектору людського розвитку Представництва Світового банку в Україні, Білорусі та Молдові. Ключові автори: Паоло Беллі, Юрій Джигир, Катерина Майнзюк. Опитування для збору даних було проведене Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС), команду дослідників якого очолили Артем Мірошніченко, Альона Горошко та Наталія Степурко.

Дослідження було проведено протягом 2013 р., збір польових даних здійснювався протягом травня-серпня 2013 р.

### **Права та дозволи**

Представлений у цій роботі матеріал захищено авторським правом. Копіювання та/або передавання цієї роботи частково або в повному обсязі без дозволу може бути порушенням чинного законодавства. Світовий банк заохочує поширення цієї роботи та, зазвичай, надасть дозвіл у якнайкоротший строк.

Для отримання дозволу на фотокопіювання або передрук будь-якої частини цієї роботи надішліть запит, що містить повну інформацію, на зазначену вище адресу.

ISBN 978-617-7239-08-5

© Світовий банк, 2015  
© ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2015

## Передмова

Цей звіт представляє новий діагностичний інструмент для вимірювання поточного стану політики та практики управління у державному секторі, коли мова йде про галузь охорони здоров'я в Україні. Використовуючи інструмент, дослідження виявляє сильні сторони, які можна покласти в основу системи, а також недоліки в нинішній системі, і пропонує конкретні заходи щодо поліпшення існуючої політики і практики.

Показники корпоративного управління – це частина низки проміжних показників якості надання послуг, які згадуються в літературі як «пропущена» середня ланка, тому що вони виявляють критичні «зв'язні елементи в ланцюзі результатів» і заповнюють прогалину між конкретними показниками вхідних ресурсів (матеріальних і фінансових) та результатами діяльності. Ці зв'язні елементи «пропущені», тому що, на відміну від вхідних ресурсів та результатів, їх ще не виміряли за допомогою стандартизованих інструментів.

Питання корпоративного управління дуже реальне питання і впливає щодня на життя мільйонів людей, які, як зазначають автори у своєму вступі, «щодня в різних країнах по всьому світу йдуть до школи, звертаються за допомогою до лікарень та інших медичних закладів, використовують громадський транспорт, намагаються зареєструвати свій автомобіль чи поновити свою ліцензія, або потребують соціальної допомоги та інших соціальних послуг, тому що вони є безробітними, або жертвами насильства, і т. д. Послуги, які вони отримують, безвідносно до того, чи повинні вони за них платити, і чи зустрінуть вони компетентну і приязну особу «по ту сторону прийомного вікна», і чи володітиме ця особа знаннями, необхідними інструментами, і чи буде налаштованою на вирішення їхніх проблем, – усе це в значній мірі залежить від існуючих механізмів корпоративного управління». Ці механізми щодо людських ресурсів та управління інформацією, закупівель, фінансового управління, планування та бюджетування в цій доповіді розглядаються в одному конкретному секторі – системі охорони здоров'я – і в одній конкретній країні – Україні. Тим не менш, в доповіді представлена нова методологія, яку потенційно можна застосовувати в майбутньому для вивчення будь-яких інших систем надання публічних послуг в будь-якій країні.

Події, які сталися взимку 2014 року, показали, наскільки глибоко українці прагнуть прозорішої, в більшій мірі орієнтованої на громадянина форми правління. З-поміж інших питань, населення країни дало знати про злободенність питання реформування способу надання невід'ємних соціальних послуг, таких як послуг у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги. Нові лідери, які прийшли до влади після березня 2014 року, запевнили у тому, що буде розбудовано нову державу, яка служитиме на благо основним потребам населення і задовольнятиме їхні прагнення в таких чутливих сферах, як охорона здоров'я, боротьба з хворобами, забезпечення безпеки, подолання бідності, допомога особам з обмеженими можливостями. Тим не менше, ці обіцянки української весни 2014 року ще належить повною мірою втілити в реальність. Конфліктна ситуація у східній частині України призвела до появи нових проблем і пріоритетних потреб, також у соціальній площині. Понад 1,6 мільйонів осіб вимушені були переїжджати всередині України та за її межі: злободенні гуманітарні та проблеми розвитку, пов'язані із переміщенням такої великої кількості людей, приголомшують.

Як задокументував звіт, ключові питання галузі охорони здоров'я, як і раніше, залишаються в значній мірі невирішеними. В результаті показники стану здоров'я населення залишаються дуже низькими, і в середньому українці живуть приблизно на одинадцять років менше, ніж інші європейці. Близько 80 відсотків цієї «зайвої смертності» у порівнянні з ЄС зазнають порівняно молоді люди, від 15 до 60 років, а основні вбивці – це неінфекційні захворювання, такі як серцево-судинні захворювання і рак. Звісно, існують й інші чинники, які також роблять свій внесок у такі показники стану здоров'я населення, зокрема низький рівень обізнаності про способи збереження здоров'я серед населення та високий рівень поширеності тютюнової та алкогольної залежностей.

Питання, які висвітлює звіт і які пов'язані із нездатністю галузі закласти, мотивувати і підтримати у співробітниках відповідальність за результати, з недосконалим управлінням інформацією, з жорсткою бюджетною системою, яка водночас просякнута неформальними платежами та корупцією, безумовно, відіграють ключову роль у поясненні, чому чинні служби системи охорони здоров'я переважно зазнають поразки у профілактиці, виявленні та ефективному лікуванні захворювань. Проблема не стосується фізичної доступності послуг. Україна має більшу ніж треба кількість лікарень та лікарняних ліжок, приблизно на 40 відсотків більше, ніж у середньому по ЄС. Проблема полягає в неефективному розподілі та використанні ресурсів, десятилітній історії знехтуваних інвестицій та корупції в галузі. В цілому, основна проблема полягає в корпоративному управлінні, і тому це дослідження може зіграти вирішальну роль у наданні методичних рекомендацій для осіб, які ухвалюють рішення, не тільки щодо основних стратегій проведення реформ, а й дрібних ініціатив, які повинні посприяти поліпшенню корпоративного управління і таким чином наданню послуг та в середньостроковій перспективі стану здоров'я населення.

Як і більшість українців, ми у Світовому банку переконані, що реформа системи охорони здоров'я повинна стати одним із пріоритетів порядку денного реформ в Україні, і готові підтримати країну в її зусиллях з реконструкції системи охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я нещодавно розробило нову стратегію реформ, яка ідентифікує ключові структурні зміни в первинній та вторинній (спеціалізованій) системах надання медичної допомоги, системах оплати і юридичному статусі медичних закладів. Крім того, Міністр охорони здоров'я нещодавно виступив із ініціативами щодо зниження рівня корупції та покращення системи закупівель фармацевтичних засобів. Оскільки Банк надав розгорнуті коментарі / зробив вклад у розробку поточних пропозицій, також у вигляді формулювання тут представленого дослідження, ми із задоволенням тепер публікуємо це дослідження, із впевненістю у тому, що це стане віхою в довгому шляху, на який стала країна, у напрямку покращення прозорості, якості та ефективності надання публічних послуг. Разом з кількома іншими ініціативами та більш всеохоплюючими реформами це допоможе українцям стати здоровішими та жити довшим і продуктивнішим життям.

*Вілліам Леслі Доротінскі,  
Радник,  
Глобальна практика  
з питань урядування,  
Світовий банк*

# Зміст

<b>ГЛАВА 1.</b>	<b>ПІДХІД, ПОНЯТТЯ, МЕТОДОЛОГІЯ . . . . .</b>	<b>13</b>
	Вступ . . . . .	13
	Структура глави . . . . .	14
	Показники державного управління в Україні . . . . .	14
	Показники діяльності сектору охорони здоров'я в Україні . . . . .	20
	<i>Результати заходів у сфері охорони здоров'я . . . . .</i>	<i>20</i>
	<i>Фінансова захищеність . . . . .</i>	<i>21</i>
	<i>Задоволеність послугами . . . . .</i>	<i>22</i>
	Що таке «державне управління»? . . . . .	24
	<i>Визначення предмету дослідження . . . . .</i>	<i>25</i>
	<i>Управління та корупція . . . . .</i>	<i>25</i>
	<i>Навіщо досліджувати управління? Місце управління в механізмі надання послуг . . . . .</i>	<i>25</i>
	<i>Де-юре та де-факто . . . . .</i>	<i>27</i>
	<i>Функції управління, які досліджуються в цій роботі . . . . .</i>	<i>27</i>
	Методика . . . . .	30
	<i>Загальний підхід . . . . .</i>	<i>30</i>
	<i>Методика бальної оцінки . . . . .</i>	<i>32</i>
	<i>Зведення балів за окремими вимірами в єдиний бал . . . . .</i>	<i>34</i>
	Скоринг: висновки . . . . .	35
	<i>Обмеження . . . . .</i>	<i>35</i>
<b>ГЛАВА 2.</b>	<b>ОГЛЯД КЛЮЧОВИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ . . . . .</b>	<b>37</b>
	Теми комплексного характеру . . . . .	37
	Управління людськими ресурсами . . . . .	39
	Планування, бюджетування, управління фінансами та продуктивністю . . . . .	47
	Робота з інформацією . . . . .	53
	Закупівлі . . . . .	56
	Що можна робити краще: рекомендації щодо політики . . . . .	58
	<i>Матриця основних спостережень і рекомендацій . . . . .</i>	<i>59</i>
	Висновки . . . . .	64
<b>ГЛАВА 3.</b>	<b>РОБОТА З ПЕРСОНАЛОМ. . . . .</b>	<b>66</b>
	Вступ . . . . .	66
	<i>Державні службовці та звичайні працівники . . . . .</i>	<i>66</i>
	<i>Процес заміщення вакантних посад . . . . .</i>	<i>66</i>
	Наймання персоналу . . . . .	69
	<i>Показник HRM-1. Публікація інформації про вакансії . . . . .</i>	<i>69</i>
	<i>Показник HRM-2. Прозорість процедур призначення . . . . .</i>	<i>71</i>
	<i>Показник HRM-3. Конкурентний відбір кандидатів . . . . .</i>	<i>74</i>
	<i>Показник HRM-4. Важливість заслуг як критеріїв при найманні працівників . . . . .</i>	<i>78</i>
	<i>Показник HRM-5. Посадові інструкції . . . . .</i>	<i>80</i>
	Управління персоналом . . . . .	82
	<i>Показник HRM-6. Можливості для кар'єрного зростання . . . . .</i>	<i>82</i>
	<i>Показник HRM-7. Кар'єрний розвиток / Процедури просування по службі . . . . .</i>	<i>85</i>
	<i>Показник HRM-8. Повсякденна оцінка діяльності . . . . .</i>	<i>90</i>
	<i>Показник HRM-9. Позитивне стимулювання . . . . .</i>	<i>94</i>
	<i>Показник HRM-10. Вчасна виплата заробітної плати . . . . .</i>	<i>96</i>
	<i>Показник HRM-11. Навчання . . . . .</i>	<i>97</i>
	<i>Показник HRM-12. Санкції . . . . .</i>	<i>102</i>
	Утримання та плінність кадрів . . . . .	108
	<i>Показник HRM-13. Рівні оплати праці в державному секторі в порівнянні з приватним сектором . . . . .</i>	<i>108</i>
	<i>Показник HRM-14. Плнність кадрів . . . . .</i>	<i>111</i>
<b>ГЛАВА 4.</b>	<b>ПЛАНУВАННЯ, БЮДЖЕТУВАННЯ, УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ТА ПРОДУКТИВНІСТЮ . . . . .</b>	<b>115</b>
	Вступ . . . . .	115
	Програмно-цільове бюджетування . . . . .	122



	Показник РВ-15. Стратегічні настанови . . . . .	122
	Показник РВ-16. Зв'язки між стратегічними планами та бюджетами закладів . . . . .	125
	Показник РВ-17. Залучення працівників до процесу стратегічного планування . . . . .	128
	Показник РВ-18. Здатність до стратегічного планування та бюджетування . . . . .	130
	Показник РВ-19. Бюджетування, орієнтоване на результат . . . . .	131
	Показник РВ-20. Зрозумілість і послідовність правил розробки бюджету . . . . .	137
	Бюджети капітальних витрат . . . . .	139
	Показник РВ-21. Критерії визначення пріоритетності інвестиційних проектів . . . . .	139
	Показник РВ-22. Оцінка та відбір проектів . . . . .	140
	Виконання бюджету та управління коштами . . . . .	142
	Показник РВ-23. Прогнозованість доступності коштів . . . . .	142
	Показник РВ-24. Гнучкість витрачання коштів та прозорість коригування . . . . .	146
	Показник РВ-25. Виділення коштів та контроль зобов'язань . . . . .	149
	Аудит . . . . .	152
	Показник РВ-26. Обсяг та характер перевірок . . . . .	152
	Показник РВ-27. Адміністративний тягар, пов'язаний з перевітками . . . . .	156
	Показник РВ-28. Ступінь вжиття заходів за результатами перевірок . . . . .	157
	Показник РВ-29. Політика розгляду скарг . . . . .	158
	Збирання доходів та покриття фінансового ризику . . . . .	160
	Показник РВ-30. Значимість офіційних доходів і видатків за рахунок власних джерел . . . . .	160
	Показник РВ-31. Обсяг незаявлених надходжень і витрат . . . . .	164
<b>ГЛАВА 5.</b>	<b>РОБОТА З ІНФОРМАЦІЄЮ . . . . .</b>	<b>168</b>
	Вступ . . . . .	168
	Збирання даних . . . . .	172
	Показник МЕ-32. Розподіл обов'язків та координація . . . . .	172
	Показник МЕ-33. Доступність, періодичність та стандартизація даних . . . . .	175
	Показник МЕ-34. Якість інформації . . . . .	176
	Показник МЕ-35. Економічна ефективність процесу збирання даних . . . . .	179
	Показник МЕ-36. Здатність до збирання даних та статистичного аналізу . . . . .	182
	Використання інформації . . . . .	183
	Показник МЕ-37. Використання статистичних даних професіоналами у сфері охорони здоров'я . . . . .	183
	Показник МЕ-38. Використання інформації в управлінні закладами охорони здоров'я . . . . .	188
	Показник МЕ-39. Використання інформації в процесі стратегічного управління охороною здоров'я на місцях . . . . .	189
	Показник МЕ-40. Прозорість інформації про діяльність . . . . .	191
<b>ГЛАВА 6.</b>	<b>ЗАКУПІВЛІ . . . . .</b>	<b>192</b>
	Вступ . . . . .	192
	Еволюція чинного законодавства з питань здійснення державних закупівель . . . . .	192
	Державні закупівлі у сфері охорони здоров'я . . . . .	193
	Нормативне регулювання . . . . .	194
	Показник РР-41. Прозорість і зрозумілість нормативного регулювання державних закупівель у секторі охорони здоров'я . . . . .	194
	Цикл здійснення закупівель . . . . .	196
	Показник РР-42. Методика визначення обсягів фармацевтичної продукції для закупівлі . . . . .	196
	Показник РР-43. Функціональність і незалежність Тендерного комітету . . . . .	198
	Показник РР-44. Об'єктивні критерії призначення членів ТК . . . . .	200
	Показник РР-45. Виконання рішень Тендерного комітету . . . . .	201
	Показник РР-46. Оскарження . . . . .	201
	Показник РР-47. Інформаційна система здійснення закупівель . . . . .	203
	Показник РР-48. Процес адміністрування договорів про закупівлю фармацевтичної продукції . . . . .	205
	Показник РР-49. Процес адміністрування договорів про закупівлю обладнання та медичних засобів . . . . .	207
	Показник РР-50. Аудит закупівель . . . . .	209
	Добросесність і прозорість системи закупівель . . . . .	210
	Показник РР-51. Етика та антикорупційні заходи . . . . .	210
<b>ДОДАТОК 1.</b>	<b>ПЕРЕЛІК ПОКАЗНИКІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ . . . . .</b>	<b>211</b>

## Список ілюстрацій

<b>Рисунок 1.</b>	Індекс ефективності уряду, 2003-2011 рр. (чим вище, тим краще) . . . . .	15
<b>Рисунок 2.</b>	Довіра до систем охорони здоров'я у світі — відповідь на запитання: «Ви довіряєте зазначеним інституціям у своїй країні, чи ні? Системі охорони здоров'я та медицині?» . . . . .	23
<b>Рисунок 3.</b>	Належне управління є одним із необхідних елементів ефективного надання послуг . . . . .	26
<b>Рисунок 4.</b>	Державне управління з точки зору тих, хто надає послуги . . . . .	28
<b>Рисунок 5.</b>	Основні питання, що розглядаються . . . . .	29
<b>Рисунок 6.</b>	Таблиці перерахунку для Методу 2 (від Секретаріату ДВФЗ, 2011 рік) . . . . .	36
<b>Рисунок 7.</b>	Чи існує усталена практика оцінки ефективності витрачання коштів? (% відповідей головних лікарів) . . . . .	38
<b>Рисунок 8.</b>	Вибір трьох основних перешкод при прийнятті на роботу, % . . . . .	40
<b>Рисунок 9.</b>	Думки щодо важливості критеріїв на основі заслуг у розрізі посад . . . . .	41
<b>Рисунок 10.</b>	Думки щодо важливості критеріїв на основі заслуг у розрізі закладів різних рівнів . . . . .	41
<b>Рисунок 11.</b>	Ставлення лікарів і медсестер до наявних кар'єрних можливостей . . . . .	41
<b>Рисунок 12.</b>	Середні заявлені річні показники плинності для основних категорій медичних працівників у 2012 році (за відповідями головних лікарів) . . . . .	42
<b>Рисунок 13.</b>	Назвіть типові підстави для заохочення. (% відповідей лікарів та медичних сестер) . . . . .	44
<b>Рисунок 14.</b>	Оціночні співвідношення між поточною та бажаною заробітною платою (% відповідей лікарів та медичних сестер) . . . . .	45
<b>Рисунок 15.</b>	Важливість ролі бюджетів субнаціонального рівня у видатках на охорону здоров'я (2004-2012 рр.) . . . . .	47
<b>Рисунок 16.</b>	Яка частка обов'язкових видатків зазвичай не перевищує бюджетних призначень? (% відповідей головних лікарів) . . . . .	48
<b>Рисунок 17.</b>	Середнє відхилення фактичних асигнувань від затверджених призначень та фактичних видатків від виділених асигнувань . . . . .	49
<b>Рисунок 18.</b>	Вибір трьох основних перешкод при прийнятті на роботу, % . . . . .	70
<b>Рисунок 19.</b>	Назвіть основне джерело інформації про вакантні посади? (%) . . . . .	71
<b>Рисунок 20.</b>	Думки щодо важливості критеріїв на основі заслуг у розрізі посад . . . . .	79
<b>Рисунок 21.</b>	Думки щодо важливості критеріїв на основі заслуг у розрізі закладів різних рівнів . . . . .	79
<b>Рисунок 22.</b>	Ставлення лікарів і медсестер до наявних кар'єрних можливостей . . . . .	83
<b>Рисунок 23.</b>	Відсоток лікарів і медсестер, які зазначили чинники, не пов'язані з заслугами, серед трьох найбільших перешкод на шляху кар'єрного зростання . . . . .	87
<b>Рисунок 24.</b>	Важливість критеріїв на основі заслуг в перехресній таблиці за типом посади . . . . .	87
<b>Рисунок 25.</b>	Вплив оцінки діяльності на винагороду працівників і можливості підвищення кваліфікації . . . . .	93
<b>Рисунок 26.</b>	Назвіть типові підстави для заохочення (% відповідей лікарів та медичних сестер) . . . . .	95
<b>Рисунок 27.</b>	Скільки видів навчальних програм виявилися дуже ефективними? (% відповідей лікарів та медичних сестер) . . . . .	98
<b>Рисунок 28.</b>	Наскільки часто застосовуються санкції у випадку поганої роботи? (% відповідей лікарів та медичних сестер) . . . . .	103
<b>Рисунок 29.</b>	Наскільки ефективна чинна система санкцій? (% відповідей лікарів та медичних сестер) . . . . .	103



<b>Рисунок 30.</b>	Наскільки захищеним є медичний персонал від зловживань і незаслужених покарань? (% відповідей лікарів та медичних сестер) . . . . .	106
<b>Рисунок 31.</b>	Оціночні співвідношення між поточною та бажаною заробітною платою (% відповідей лікарів та медичних сестер) . . . . .	109
<b>Рисунок 32.</b>	Що таке «добрі умови роботи» для медичних працівників? (% відповідей головних лікарів) . . . . .	111
<b>Рисунок 33.</b>	Середні заявлені річні показники плинності для основних категорій медичних працівників у 2012 році (за відповідями головних лікарів) . . . . .	112
<b>Рисунок 34.</b>	Важливість ролі бюджетів субнаціонального рівня у видатках на охорону здоров'я (2004-2012 рр.) . . . . .	115
<b>Рисунок 35.</b>	Світовий Банк, PER-2008: невідповідність між фінансовими та адміністративними обов'язками на місцевому рівні . . . . .	116
<b>Рисунок 36.</b>	Документи, які регулюють процес формування кошторису закладів. . . . .	118
<b>Рисунок 37.</b>	На скільки років наперед ви зазвичай складаєте фінансові кошториси? (% відповідей головних лікарів) . . . . .	126
<b>Рисунок 38.</b>	Головні лікарі, котрі вважають відсутність даних про собівартість та/або нереальні вимоги дуже великою проблемою в бюджетному процесі (%) . . . . .	127
<b>Рисунок 39.</b>	Проблеми та рішення, що обговорюються на стратегічних консультаціях з працівниками закладу (% відповідей лікарів та медсестер) . . . . .	129
<b>Рисунок 40.</b>	Яка частка вашого бюджету періодичних видатків розподілялася з застосуванням зазначених нижче систем: за формулою, за результатами переговорів, шляхом інкрементального збільшення, за програмно-цільовим принципом, в якийсь інший спосіб? (% відповідей головних лікарів) . . . . .	133
<b>Рисунок 41.</b>	Чи існує усталена практика оцінки ефективності витрачання коштів? (% відповідей головних лікарів) . . . . .	133
<b>Рисунок 42.</b>	Яка частка обов'язкових видатків зазвичай не перевищує бюджетних призначень? (% відповідей головних лікарів) . . . . .	138
<b>Рисунок 43.</b>	Схема: основні етапи процесу бюджетного планування . . . . .	145
<b>Рисунок 44.</b>	Схема: основні етапи виділення та виплати коштів . . . . .	145
<b>Рисунок 45.</b>	Середнє відхилення асигнувань із затверджених призначень та фактичних видатків із виділених асигнувань . . . . .	146
<b>Рисунок 46.</b>	Процентна частка робочого часу, що витрачається адміністраторами закладів на роботу з ДКСУ (% відповідей головних лікарів) . . . . .	151
<b>Рисунок 47.</b>	% відповідей про характер заходів, вжитих за результатами перевірок (головні лікарі) . . . . .	158
<b>Рисунок 48.</b>	Назвіть три найбільших джерела власних надходжень у своєму бюджеті? (% відповідей головних лікарів) . . . . .	163
<b>Рисунок 49.</b>	Чи існує чіткий механізм установлення цін на кожний із видів власних надходжень, передбачених Бюджетним кодексом? (% відповідей головних лікарів) . . . . .	163
<b>Рисунок 50.</b>	«Коли вам востаннє доводилося вносити кошти на підтримку діяльності свого закладу, як їх було використано?» (% відповідей лікарів та медичних сестер) . . . . .	167
<b>Рисунок 51.</b>	Потоки загальної медичної звітності в системі охорони здоров'я України . . . . .	169
<b>Рисунок 52.</b>	Документообіг у випадку туберкульозу. . . . .	170
<b>Рисунок 53.</b>	Документообіг у випадку захворювання на рак . . . . .	171
<b>Рисунок 54.</b>	Як ви оцінюєте роботу інформаційно-статистичного відділу з виконання ним його основних функцій? (% відповідей керівників закладів) . . . . .	174
<b>Рисунок 55.</b>	Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (форма 066/0) . . . . .	180
<b>Рисунок 56.</b>	Які завдання віднімають у вас найбільше часу? Які завдання справляють найбільший вплив? (% відповідей фахівців-статистиків закладів) . . . . .	181
<b>Рисунок 57.</b>	Як використовується статистика на рівні закладу в процесі управління? (% прикладів, наданих головними лікарями) . . . . .	188
<b>Рисунок 58.</b>	Державні закупівлі у 2007-2012 роках (з роботи (Magusov 2012)) . . . . .	193
<b>Рисунок 59.</b>	Дані, які відстежуються на рівні закладів з використанням систем управління інформацією про закупівлі (% відгуків фахівців із закупівель) . . . . .	204

## Список таблиць

<b>Таблиця 1.</b>	Окремі показники стану здоров'я; Україна в порівнянні з іншими країнами регіону . . . . .	20
<b>Таблиця 2.</b>	Причини неодержання доступу до послуг охорони здоров'я за наявності такої потреби . . . . .	22
<b>Таблиця 3.</b>	Вибірка для співбесід віч-на-віч . . . . .	31
<b>Таблиця 4.</b>	Підрахунок балів за різними вимірами — об'єднання результатів камерального дослідження та відповідей на питання анкети у відповідний показник управління . . . . .	32
<b>Таблиця 5.</b>	Приклад: розрахунок балу за показником «конкурсний відбір кандидатів» . . . . .	33
<b>Таблиця 6.</b>	Граничні значення для розрахунку балів . . . . .	34
<b>Таблиця 7.</b>	Форма розрахунку витрат на придбання лікарських засобів (КЕК 1132) зі статті в професійній пресі, написаній на основі Методичних рекомендацій МОЗ . . . . .	121
<b>Таблиця 8.</b>	Розрахунок бюджетного запиту на витрати на харчування (на прикладі однієї з обстежених лікарень) . . . . .	122
<b>Таблиця 9.</b>	Обґрунтування кошторисних витрат на харчування (сукупні показники) . . . . .	122
<b>Таблиця 10.</b>	Власні надходження та власні видатки, визначені Бюджетним кодексом України . . . . .	165

## СПИСОК ВИНОСОК

<b>Виноска 1.</b>	Основні спостереження за результатами оцінки ДВФЗ в Україні. ....	16
<b>Виноска 2.</b>	Випадки ухвалення рішень на місцях про розширення кола консультацій щодо призначення персоналу на рівні закладів .....	74
<b>Виноска 3.</b>	Роль Державної служби зайнятості .....	77
<b>Виноска 4.</b>	Здобуття та підвищення кваліфікаційних категорій шляхом переатестації раз на 5 років .....	89
<b>Виноска 5.</b>	Обов'язкова державна акредитація закладів охорони здоров'я. ....	92
<b>Виноска 6.</b>	Передатестаційний цикл професійної підготовки .....	99
<b>Виноска 7.</b>	Дисциплінарні заходи: види, критерії, порядок оскарження. ....	106
<b>Виноска 8.</b>	Внутрішня міграція на ринку праці України. ....	113
<b>Виноска 9.</b>	Життя в умовах «невідповідності»: як надавачам послуг узгодити нормативи забезпеченості з фактичними обсягами бюджетних асигнувань? .....	119
<b>Виноска 10.</b>	Стратегічні пріоритети на національному та регіональному рівнях .....	123
<b>Виноска 11.</b>	Програмно-цільове бюджетування в державних фінансах України .....	134
<b>Виноска 12.</b>	Помісячний розпис бюджету: розробка, затвердження та контроль зобов'язань .....	143
<b>Виноска 13.</b>	Казначейський моніторинг і контроль виконання бюджету .....	149
<b>Виноска 14.</b>	Характер, тип та обсяг перевірок у сфері охорони здоров'я .....	154
<b>Виноска 15.</b>	Приватні платежі за медичні послуги .....	161
<b>Виноска 16.</b>	Використання благодійного фонду для збирання приватних внесків. ....	166
<b>Виноска 17.</b>	Правила оскарження в разі порушень у сфері здійснення державних закупівель в Україні .....	202

## Скорочення та аббревіатури

РПУ	Рахункова палата України
АРК	Автономна Республіка Крим
ВЕЕР	Дослідження бізнес-середовища та показників підприємств
ГЛ	Головний лікар
СНД	Співдружність Незалежних Держав
ЦМС	Центр медичної статистики
СРІА	Оцінка державної політики та інституцій країн
ОГС	Організації громадянського суспільства
ССЗ	Серцево-судинні захворювання
КМУ	Кабінет Міністрів України
ЄЦА	Європа та Центральна Азія
ЄС	Європейський Союз
ФМ	Управління фінансами
КСУ	Країни колишнього СРСР
ВВП	Валовий внутрішній продукт
ВНД	Валовий національний дохід
ЛР	Людський розвиток
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ІСВ	Інформаційно-статистичні відділи
НР	Людські ресурси
HRM	Робота з персоналом (управління людськими ресурсами)
ІТ	Інформаційні технології
М&Е	Моніторинг та оцінка
СУІ	Система управлінської інформації
Мінфін	Міністерство фінансів
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НІЗ	Неінфекційні захворювання
ОЕСР	Організація економічного співробітництва та розвитку

ООР	Особисті готівкові платежі
ПБ	Планування та бюджетування
ПЦБ	Програмно-цільове бюджетування
ДВФЗ	Програма з державних видатків та фінансової звітності
УДФ	Управління державними фінансами
PISA	Програма міжнародної оцінки студентів
ДПП	Державно-приватне партнерство
SABER	Systems approach for better education results («Системний підхід заради кращих освітніх результатів»)
ДФІ	Державна фінансова інспекція
ТБ	Туберкульоз
ЄКР	Єдиний казначейський рахунок
UAH, грн.	Українська гривня
КЗпП	Кодекс законів про працю України
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я

## Глава 1. Підхід, поняття, методологія

### Вступ

**Термін «державне управління» видається досить малозрозумілим.** Різні люди, що працюють у різних сферах, користуються цим терміном на позначення дуже різних понять (див. подальші розділи). У професійній мові, прийнятій у Світовому банку, цей термін часто використовується замість більш суперечливого слова «корупція», а вираз «проблеми державного управління» чи «проблеми з урядуванням» вважається нейтральним терміном для поняття «корупційні проблеми» (хоча, як пояснюється далі в цій доповіді, «державне управління» та «корупція» аж ніяк не є синонімами). У зв'язку з цим дослідження з питань державного управління може, на перший погляд, видатися дещо неприродним і незрозумілим.

Насправді ж це не так. **Як буде показано в цій главі, управління наданням будь-яких суспільних послуг, включаючи послуги охорони здоров'я, є чимось дуже конкретним і впливає на життя мільйонів людей та їхніх родин** у різних країнах світу, які йдуть до школи, звертаються в лікарні чи поліклініки, користуються громадським транспортом, намагаються зареєструвати своє авто або поновити водійське посвідчення, чи скористатися соціальною допомогою або іншими соціальними послугами, якщо вони втратили роботу або стали жертвами насильства, тощо. Ті послуги, які вони одержують, незалежно від того, чи їм доводиться платити за них та як саме, незалежно від того, чи вдасться їм знайти компетентну та уважну особу «потоїбіч столу», чи матиме така особа необхідні інструменти та відданість справі, необхідні для розв'язання проблем — усе це залежить, головним чином, від існуючого механізму державного управління, який у цьому Звіті вивчається на прикладі сектора охорони здоров'я, але так само зачіпає будь-яку іншу систему надання суспільних послуг.

**Світовий банк, інші партнери у сфері розвитку та організації громадянського суспільства (ОГС) протягом кількох останніх років опрацювали великий набір «Показників державного управління, придатних для вжиття заходів»<sup>1</sup>, для вивчення питань державного управління та на підтримку доказової політики, спрямованої на його вдосконалення.** Водночас, показники управління досі залишаються складовою набору проміжних показників надання послуг, які в літературі позначаються терміном «відсутня серцевина», оскільки саме вони визначають критично важливі «ланки в ланцюжку результатів», які забезпечують перетворення конкретних ресурсів (матеріальних і фінансових) на результати та наслідки. Водночас, ці зв'язки залишаються «відсутніми» або не повною мірою з'ясованими, оскільки, на відміну від ресурсів та результатів, вони досі не вимірювалися й не оцінювалися з використанням стандартизованого аналітичного інструментарію. Крім того, значна частка перших спроб проведення аналізу мали на меті кількісну оцінку «класичних» функцій державного сектора на зразок бюджетних процесів, управління державними фінансами, а також механізмів нагляду на кшталт уповноваженого з прав людини, зовнішнього аудиту та здійснення закупівель.

**Дещо менше ресурсів донині спрямовувалося на розробку показників державного управління, придатних для вжиття заходів, для таких функцій ключового характеру, як управління людськими ресурсами та робота з інформацією, в окремих секторах людського розвитку, одним із яких є охорона здоров'я.** У секторі охорони здоров'я деякі аспекти державного управління успішно аналізувалися в ході польових робіт, зокрема, в тому, що стосується закупівлі фармацевтичних засобів, кількості «мертвих душ» у закладах охорони здоров'я та прогулів лікарів (див., наприклад, роботу Chaudhury, N., and J. Hammer, 2004<sup>2</sup>). **Водночас, програма досліджень сектора досі не виробила типову методику вивчення ширшого кола проблем, пов'язаних із функціями врядування або управління державним сектором.**

<sup>1</sup> Показники державного управління, придатні для вжиття заходів, надають інформацію про характеристики та функціонування конкретних елементів та піделементів різних аспектів управління. Див. <http://intranet.worldbank.org/WBSITE/INTRANET/SECTORS/PUBLICSECTORANDGOVERNANCE/0,,contentMDK:21637392~menuPK:285748~pagePK:210082~piPK:210098~theSitePK:285742,00.html>.

<sup>2</sup> Chaudhury, N., and J. Hammer, 2004, Ghost Doctors: Absenteeism in Rural Bangladeshi Health Facilities, World Bank Econ. Review



У рамках цього дослідження розробляється така нова методика, котра спирається на деякі з ключових елементів PEFA (Програма з державних видатків та фінансової звітності — ДВФЗ), (див. виноску 1), а також на результати роботи, виконаної в Бразилії та Індії у сфері кількісної оцінки показників державного управління групою фахівців (La Forgia et al). (2007<sup>3</sup>), *і на застосування інших ключових інструментів діагностики управління в державному секторі, розроблених мережами Світового банку зі зниження бідності, управління економікою та людського розвитку (наприклад, SABER<sup>4</sup> у сфері освіти). Крім того, цей звіт спирається на досвід Світового банку та інших організацій (ОЕСР) у сфері діагностики довірчих систем.*

**Ця нова методика включає в себе як камеральне вивчення чинних законів та нормативних документів, так і проведення глибинних особистих співбесід віч-на-віч.** Вона дала змогу здійснити конкретну кількісну оцінку ключових функцій державного управління й сформулювати рекомендації щодо тих сфер державної політики, в яких здійснення підфункцій державного управління вимагає більшої уваги.

Ця новаторська методика застосовується потім для вивчення питань урядування в секторі охорони здоров'я України. Як буде видно з подальших глав, результати дослідження представляють собою набір конкретних спостережень щодо сильних та слабких сторін поточної організації діяльності системи охорони здоров'я в Україні, а також закладають надійні підвалини для нового, доказового діалогу з урядом та іншими зацікавленими сторонами з питань необхідних і пріоритетних реформ.<sup>5</sup>

## Структура глави

Для представлення результатів дослідження з урахуванням контексту в цій главі представлено огляд доказової інформації про показники державного управління в цілому та в секторі охорони здоров'я України зокрема. По-друге, в ній коротко розглянуто наявні доказові показники діяльності сектора охорони здоров'я (показники здоров'я населення, фінансова захищеність та рівень задоволеності пацієнтів). По-третє, з метою обґрунтування ключового аналізу та його результатів у цій главі обговорюються такі питання: 1) зміст терміну «державне управління» або «врядування»; 2) чому державне управління є важливим для надання послуг у сфері охорони здоров'я та результатів надання цих послуг; 3) перспективи та методики, що використовувалися.

## Показники державного управління в Україні

Протягом останнього десятиліття було проведено кілька досліджень, що вивчали показники управління та корупції в Україні, не приділяючи особливої уваги конкретним секторам. Найбільш проблематичними сферами, за даними цих досліджень, виявилися: 1) безконтрольність корупції; 2) обмеженість застосування верховенства права; та 3) гарантування стабільності / зміцнення інституцій.

Основні спостереження: У 2007 році з використанням рейтингів державного управління, державної політики та інституційної оцінки Світового банку (Governance indicators, Country Policy and Institutional Assessment — CPIA), індексу сприйняття корупції в перехідних країнах організації «Фрідом Хаус» (Freedom House Nations in Transition Corruption Perception Index), дослідження «Барометр корупції» організації «Тренсперенсі Інтернешнел» (Transparency International Corruption Barometer Survey) за 2005 рік, а також досліджень бізнес-середовища та показників підприємств

<sup>3</sup> La Forgia, Gerard, Couttolenc B., and Y. Matsuda, 2007, Governance in Brazil's Unified Health System (SUS): Raising the Quality of Public Spending and Resource Management, The World Bank.

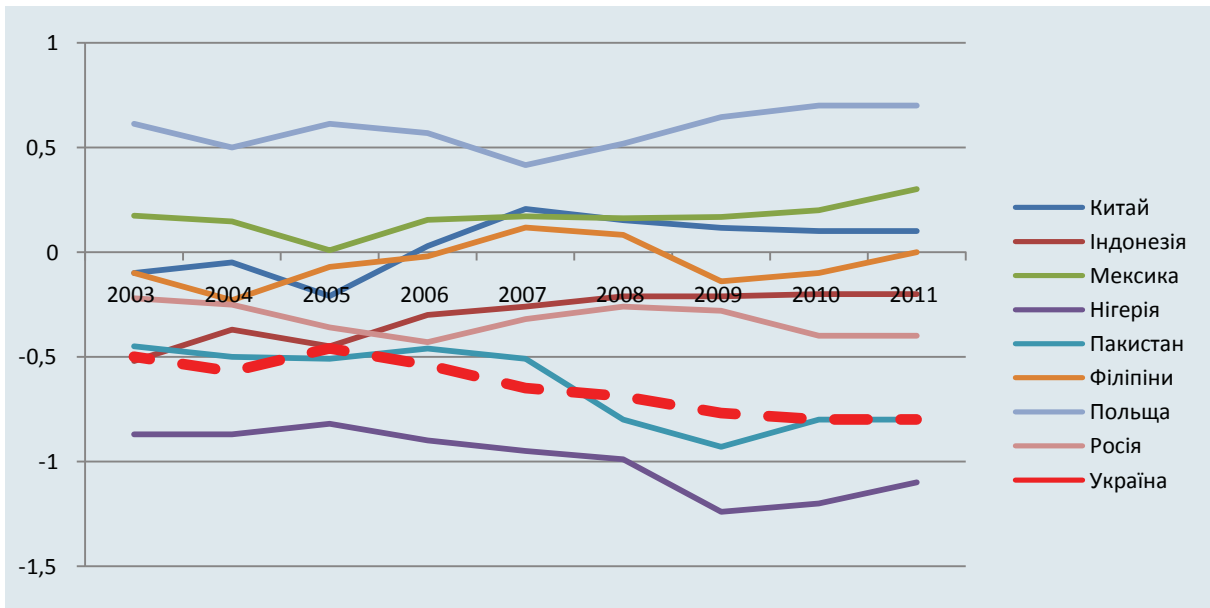
<sup>4</sup> <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTEDUCATION/0,,contentMDK:23389788~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282386,00.html>. Питання роботи з людськими ресурсами висвітлено в роботі: "Teacher Policies around the World: Objectives, Rationale, Methodological Approach, and Products", July 27, 2010.

<sup>5</sup> У майбутньому аналогічну методику можна буде застосовувати до інших секторів надання державних послуг та інших країн після внесення певних змін.

(ВЕЕР, 2002 та 2005 рр.) було здійснене докладне порівняння України з іншими країнами. Згідно з усіма показниками головним викликом для України є подолання корупції.

За даними тих самих досліджень, показники України виявилися дещо нижчими за середні показники країн СНД у сфері «Ефективності уряду» й дещо кращими за показники сусідніх країн та інших країн із середнім рівнем доходів за вимірами «Вага та підзвітність» і «Якість регулювання». Водночас, протягом останніх років показники «Ефективності уряду», як показано на рисунку 1, погіршувалися:

Рисунок 1. Індекс ефективності уряду, 2003-2011 рр. (чим вище, тим краще)



Джерело: World Governance Indicators, Світовий банк

За даними дослідження «Барометр корупції», сектори охорони здоров'я та освіти посіли четверте та шосте місця серед секторів, найбільш корумпованих в очах населення. Під час дослідження ВЕЕР більш ніж 40 відсотків фірм, які взяли в ньому участь, заявляли про корупцію як про проблему, причому у 2005 році спостерігалось досить значне покращення ситуації в порівнянні з 2002 роком. Інші опитування, проведені у 2007 — 2009<sup>6</sup> рр., також показали, що корупція в Україні є дуже поширеною та часто сприймається населенням як звичайний засіб забезпечення досягнення результату: у 2009 році 62,5% респондентів заявили, що брали участь у корупційній взаємодії з представниками урядових органів протягом останніх 12 місяців. За даними антикорупційної організації «Тренсперенсі Інтернешнел», Україна у 2012 році посіла 144 місце серед 180 країн у рейтингу «Індекс сприйняття корупції»<sup>7</sup>.

У рамках проведеної у 2006 році Оцінки врядування в Україні (SIGMA 2006) інституційну слабкість було визначено як основний виклик у сфері державного управління, а реформування державної служби — як пріоритетний напрямок реформ. Згідно з цим звітом в Україні відсутнє розмежування між політичними та адміністративними функціями, державні службовці є політизованими й не функціонують як корпус професіоналів, відданих принципу верховенства права, що мають чітко визначені права, обов'язки, відповідальність та обмеження; процедури погано визначені, а суди не забезпечують реалізації принципу законності.

<sup>6</sup> Comparative Analysis of National Surveys: 2007-2009, MSI/KIIS, 2009; Neutze, Jan & Adrian Karatnycky (2007) Corruption, Democracy, and Investment in Ukraine, Washington, The Atlantic Council.

<sup>7</sup> За даними доповіді The Doing Business Report, в якому питання простоти ведення бізнесу розглядаються з точки зору де-юре, Україна посіла 137-ме місце.

Головним інструментом оцінки проблем державного управління, що досі був у розпорядженні Банку, до останнього часу залишалася програма з державних видатків та фінансової звітності (PEFA або ДВФЗ)<sup>8</sup>. Зокрема, в рамках програми ДВФЗ було розроблено Базу кількісної оцінки показників управління державними фінансами (або Базу ДВФЗ) з метою з'ясування того, чи має країна інструменти, необхідні для досягнення трьох основних результатів у бюджетній сфері: (1) загальної бюджетної дисципліни, (2) стратегічного розподілу ресурсів та (3) ефективного використання ресурсів для надання послуг. Результати оцінки за програмою ДВФЗ для України описані у врізці 1. Оцінку ДВФЗ було проведено у 2006 році, а потім повторено у 2011 році.

### Виноска 1. Основні спостереження за результатами оцінки ДВФЗ в Україні

Нещодавно проведена Оцінка ДВФЗ в Україні в 2011 році оновила дані в порівнянні з базовим рівнем, визначеним за результатами оцінки ДВФЗ, проведеної у 2006 році. Удосконалення систем УДФ в Україні, яких вдалося досягнути протягом останнього десятиріччя, призвели до покращення управління у фінансовій сфері загалом та допомогли країні дотримуватись бюджетної дисципліни упродовж періоду значної економічної та політичної нестабільності у 2008-2009 рр. Надійний та прозорий бюджетний процес, потужна централізована система Казначейства та удосконалена система збирання податків заклала підвалини для відносно високої ефективності функціонування.

Прозорість бюджету забезпечила збереження високого балу, визначеного за результатами попередньої оцінки. Усі звіти про виконання бюджету та бюджетна документація оприлюднюються та містять повну інформацію про всі основні елементи бюджету, включаючи видатки, доходи та показники фінансування.

Формування бюджету відповідно до цілей політики залишається слабким. Елементи середньострокового бюджетування є в наявності та розвиваються, але зв'язок між політикою та бюджетом все ще не простежується. Бюджетний процес досі здійснюється на основі ресурсів, а не результатів.

Україна має високі показники передбачуваності та контролю виконання бюджету. Система УДФ в Україні є високо централізованою, при цьому основна увага приділяється механізмам вхідного контролю. Автоматизована казначейська система повсюдно застосовується в органах державної влади всіх рівнів і результати її роботи є задовільними, з точки зору контролю видатків та зобов'язань. Висока ступінь контролю підтверджується високими оцінками за більшістю показників ДВФЗ, пов'язаних із механізмами контролю з боку Казначейства, а також внутрішнім аудитом. З часу останнього оцінювання відбулися суттєві покращення у сфері державних закупівель, яка наразі значною мірою відповідає передовій практиці іноземних країн.

Значно поліпшилася практика у сфері бухгалтерського обліку та звітності. Єдиний казначейський рахунок (ЄКР), запроваджений у рамках першого етапу реформування УДФ, є основою ефективності фінансової звітності та практики управління касовими залишками у бюджетній сфері. Охоплення ЄКР є комплексним та його результативність посилюється завдяки поєднанню з удосконаленою системою бюджетної класифікації, що дає можливість Казначейству отримувати упродовж року своєчасні та високоякісні звіти з виконання бюджету та потоків грошових коштів. Практична діяльність Казначейства також характеризується покращеннями порівняно з оцінюванням, проведеним у 2006 р. Казначейству вдалося зменшити час, що витрачається на підготовку протягом року проміжних звітів про виконання бюджету, а разом з тим продукувати набагато більш детальні звіти, ніж раніше (завдяки удосконаленню бюджетної класифікації). Звіти генеруються за трьома різними класифікаціями (адміністративною, економічною та функціональною) та за різними рівнями влади (центральні та місцеві органи).

<sup>8</sup> Програма ДВФЗ була заснована в жовтні 2001 року на засадах партнерства між сімома агентствами-донорами та «міжнародними фінансовими установами» для оцінки стану державних видатків країн, систем державних закупівель і фінансової звітності, а також для розробки практичної послідовності заходів з реформування та розбудови потенціалу. База ДВФЗ розроблялася як аналітичний інструмент високого рівня, котрий складається з набору з 31 показника та відповідного Звіту про ефективність управління державними фінансами, в якому розглядаються показники системи управління державними фінансами конкретної країни. Ці показники спираються на визнані міжнародні стандарти й норми, а також іншу широко визнану передову практику у сфері УДФ. Цей підхід має на меті широке запровадження передової практики у сфері УДФ, що вже знайшла своє застосування в деяких країнах.

Проблематичною сферою залишаються зовнішній нагляд та аудит. Обмежена роль Рахункової палати України (яка є вищим органом у сфері аудиту) не сприяє ефективності функції зовнішнього аудиту. Вона має право перевіряти лише видатки державного бюджету, а також здійснювати обмежений контроль над урахуванням результатів попередніх перевірок.

Основними недоліками у сфері УДФ, які негативно позначаються на ефективності витрачання коштів та загальному сприйнятті державного управління в Україні є такі:

- a) слабкий зв'язок між цілями політики, поточними бюджетними асигнуваннями та рішеннями щодо капітальних інвестицій;
- b) цільовий підхід до збирання доходів забезпечив високі показники виконання дохідної частини бюджету, але це дорого коштувало бізнесу та додало негативу до міжнародного іміджу України як місця ведення бізнесу;
- c) відсутній цільовий нагляд за державними підприємствами, на які припадає значна частина економіки України та які, час від часу, лягали значним тягарем на бюджет через списання податків та рекапіталізацію;
- d) вузьке коло повноважень Держфінінспекції стосовно обробки операцій та дотримання законодавства, а також відсутність сучасної служби внутрішнього аудиту, яка працювала б над удосконаленням систем;
- e) обмежені повноваження РПУ та недостатня увага до звітів зовнішнього аудиту в парламенті звужують підзвітність щодо використання державних коштів та зменшують мотивацію для міністрів та інших посадових осіб дбати про ефективність та дієвість.

Головне, що варто сказати про процеси реформування на перспективу, це те, що зміни мають покращити системи УДФ заради підвищення якості обслуговування громадян України. Переорієнтація системи УДФ із традиційної моделі, що ґрунтується на вхідному контролі, на модель, орієнтовану на результат, більшу участь громадянського суспільства та ефективніші механізми оцінювання та зворотного зв'язку через сучасний внутрішній та зовнішній аудит та відповідальність за результати може допомогти в управлінні державними фінансами та якістю послуг.

Протягом останнього десятиріччя декілька галузевих обмежень системи охорони здоров'я України мимохідь зачіпали окремі аспекти надання послуг, пов'язані з управлінням. В усіх цих дослідженнях, як показано нижче, підіймається багато схожих питань, які стосуються управління системою охорони здоров'я України. До основних питань, що викликають занепокоєння, можна віднести: брак фінансової самостійності та конкуренції серед надавачів послуг; фінансування за нормативами, а не за результатами; неадекватність систем оплати праці професіоналів-медиків, які не сприяють їх мотивації. До певної міри, цей загальний діагноз проблем із державним управлінням у сфері охорони здоров'я в Україні, з яким погоджується чимало дослідників, є першим кроком до однозначного визначення хвороби, а також розробки конкретних і практичних рекомендацій щодо здійснення змін. Що стосується питань державного управління та управління ресурсами, то в більшості з зазначених досліджень сформульовано висновки, які потребують додаткового вивчення, щоб розібратися в механіці неналежних стимулів і процесів, інституційних перешкод на шляху реформ, а також у шляхах кількісної оцінки цих «м'яких» аспектів надання послуг для відстежування поступу в динаміці. Крім того, існують також інші основні сфери державного управління на зразок системи управління інформацією, яким приділялася лише незначна увага.

- Ще у 2002 році в доповіді за проектом програми ЄС Тасіс-Бістро «Впровадження європейського досвіду у фінансування послуг охорони здоров'я» було описано основоположні вади підходу, що застосовується в Україні до управління ресурсами, які виділяються на охорону здоров'я. Дослідження показало, яким чином більшість викривлених стимулів і наслідків діяльності галузі можна пояснити фінансуванням на основі нормативів забезпеченості: *«Бюджетні установи охорони здоров'я мають «природжене» право на фінансування з бюджету; підставою для фінансування таких установ є сам факт їх існування, а не їхня успішність у підтриманні та зміцненні здоров'я населення»*. Якщо цей підхід до формування бюджетів не змінити, то галузь і надалі страждатиме від непотрібної госпіталізації, сумнівної статистичної бази та відсутності



мотивації до здійснення змін серед керівників закладів. Дослідження також привернуло увагу до проблеми відсутності законодавчої визначеності стосовно того, які саме послуги мають надаватися закладами охорони здоров'я безоплатно, адже це заважає чіткому розподілові відповідальності за надання послуг і сприяє виникненню у надавачів послуг недофінансованих зобов'язань (мандатів). У дослідженні згадувалися бесіди з професіоналами-медиками, але це радше діагностична доповідь, ніж документ, складений на основі структурованих та системних інструментів.

- Пізніше, у 2004 році, ще один проект ЄС, який мав на меті опрацювання показників у цілях повернення на роботу персоналу закладів охорони здоров'я після потенційного скорочення персоналу, продемонстрував, як саме перспективи реформування у сфері кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я обмежувалися застосуванням жорстких нормативів, чинних у сфері охорони здоров'я в Україні. Скорочення персоналу до необхідного рівня, рекомендованого у звіті, вважалось неможливим у межах чинного законодавства. Єдиним шляхом здійснення назрілих змін було скорочення числа ліжок, що створювало певний простір для оптимізації існуючої мережі надавачів послуг. Інакше кажучи, управління людськими ресурсами в окремих закладах галузі обмежувалося зовнішніми чинниками, які диктувалися з центру, що ускладнювало зміну підходів навіть у тих випадках, коли зацікавлені сторони погоджувалися їх змінити.
- Протягом 2006-2008 років Світовий банк провів Дослідження державних видатків по Україні, спрямоване, зокрема, на вдосконалення міжбюджетних стосунків та політики здійснення видатків на охорону здоров'я та освіту. Під час роботи було виявлено критично важливий бар'єр у сфері фінансування галузі, який досі не усунуто: таким бар'єром є фундаментальна невідповідність нормативів, що централізовано встановлюються для закладів охорони здоров'я, та розподілу коштів згідно з міжбюджетною схемою вирівнювання виплат, котрі здійснюються, головним чином, у розрахунок на душу населення після бюджетної реформи 2001 року. Дослідження PER, проведене у 2008 році, продемонструвало несумісність цих застарілих нормативів з порядком денним бюджетної реформи в Україні, яка передбачає бюджетну децентралізацію. Дослідження показало також, що якість послуг є заручником неефективної організації фінансування, а не низького рівня фінансування як такого.
- *Дослідження системи охорони здоров'я у 2010 році, виконане Європейською обсерваторією з питань систем і політики охорони здоров'я*, привернуло увагу до низки проблем у сфері фінансування, регулювання, планування та адміністрування діяльності галузі. Зокрема, у цій роботі було продемонстровано низький рівень мотивації керівників закладів до здійснення структурних реформ, контролю якості обслуговування або зниження витрат на обслуговування, який пояснювався недостатньою фінансовою самостійністю надавачів послуг, які фінансуються за рахунок податків, а також браком конкуренції між ними. Водночас, ці причинно-наслідкові зв'язки досі не підтверджені кількісними доказовими показниками, а отже залишаються гіпотетичними.
- Обмежену управлінську самостійність закладів теж було визначено як основну перешкоду, яка заважає належному управлінню, в *Оцінці системи охорони здоров'я*, проведеної у 2011 році Проектом «Health Systems20/20» Агентства міжнародного розвитку США (USAID). Так само, як Європейська обсерваторія, представники USAID також писали про фінансування за нормативами та формування бюджетів на історичній основі без урахування потреб в обслуговуванні. В обох роботах було висловлено занепокоєння з приводу систем оплати праці професіоналів-медиків. Крім того, в оцінці USAID було відзначено значне розпорошення ролей та відносин у процесі ухвалення рішень та загальний брак лідерства. Знов-таки, попри те, що цим питанням було виділене в доповіді чільне місце, виявлення предметних доказів та формування системного підходу до їх дослідження, а також розробка придатних для виконання рекомендацій щодо здійснення змін виявилися непростю справою.
- Значний обсяг наявних конкретних доказів існування проблем із управлінням ресурсами в секторі охорони здоров'я України можна знайти в серії доповідей щодо стану системи охорони

здоров'я, підготовлених Національним інститутом стратегічних досліджень (НІСД) протягом 2012 року. Одне з ключових положень цих досліджень, як здається, можна висловити так: *«Зростання витрат на сучасну охорону здоров'я з одного боку та обмеженість ресурсів з другого боку створюють своєрідну «Пастку-22», причому єдиним виходом із цієї пастки є не збільшення видатків, а пошук шляхів кращого використання наявних ресурсів»*<sup>9</sup>. НІСД визначив цілу низку чинників, які перешкоджають ефективному використанню ресурсів: постатейні та дуже жорсткі норми формування бюджетів; відсутність зв'язку між фінансуванням закладу та показниками його діяльності, а також між оплатою праці та продуктивністю роботи персоналу. У дослідженнях було привернуто увагу до інституційних перешкод до забезпечення якості обслуговування на зразок відсутності гідних довіри структур аудиту діяльності та клінічного аудиту, незадовільного використання скарг та пропозицій пацієнтів, слабкості систем застосування стандартів доказової медицини та клінічних протоколів. В окремій групі аналітичних матеріалів НІСД було розглянуто питання управління людськими ресурсами в галузі. В них описувалися найбільші викривлення при використанні медичних знань, включаючи падіння якості медичної освіти та безперервної освіти професіоналів-медиків (причиною чого є, у свою чергу, неефективна політика добору студентів, незадовільні системи обліку кадрів, відсутність громадського та професійного контролю за процесом акредитації та ліцензування), а також неадекватність систем матеріального стимулювання медичного персоналу (низькі рівні оплати праці, що тягнуть за собою корупцію та ведуть до утворення тіньового ринку, послуги на якому оплачуються за рахунок особистих готівкових платежів). НІСД додав до своїх спостережень і рекомендацій великий обсяг статистичних матеріалів та аналізу законодавчої бази.

**Як видно з поданого вище резюме, проблеми державного управління в Україні вивчаються досить широко. Водночас, у нас досі немає системних даних щодо гостроти та мінливості виявлених обмежень у сфері державного управління в конкретних секторах та за різними функціями управління. Деякі з обмежень у сфері державного управління в системі охорони здоров'я України дедалі частіше згадуються в дослідженнях галузі. Водночас, наявні емпіричні докази часто залишаються непідтвердженими. Навіть у тих випадках, коли для ілюстрування виявлених перешкод використовуються статистичні дані та аналіз законодавчої бази для того, щоб розібратися в конкретних інституційних механізмах і стимулах доводиться проводити додаткові дослідження. Крім того, жодне з цих досліджень не було присвячене конкретно та системно саме аспектові державного управління наданням послуг, який охоплює цілий спектр питань управління ресурсами та спирається на стандартизований підхід, який міг би допомогти виявити найслабші ланки та визначити пріоритети реформування.**

Перед аналізом проблем державного управління, притаманних секторові охорони здоров'я, в цій вступній главі буде подано короткий огляд низки основних проблем, пов'язаних з функціонуванням цього сектора. Інакше кажучи, перш ніж обговорювати причини хвороби та можливі напрямки лікування, необхідно переконатися в тому, що пацієнт, про якого йдеться в цій роботі, й справді є хворим.

<sup>9</sup> Reforming Ukraine's Healthcare: Organisational, Legal, Financial and Economic Issues (NISS Analytical Report); Page 30. (Реформа охорони здоров'я в Україні: організаційні, юридичні, фінансові та економічні питання) (Аналітична доповідь НІСД), стор 30.



## Показники діяльності сектору охорони здоров'я в Україні

### Результати заходів у сфері охорони здоров'я

Результати заходів у сфері охорони здоров'я в Україні за міжнародними стандартами є поганими.<sup>10</sup> Загалом, очікувана тривалість життя становить 71 рік (і є приблизно такою самою, якою вона була в 1970 році, коли вона становила 70,6 року, а також на 11 років меншою, ніж поточна очікувана тривалість життя в ЄС).<sup>11</sup> У таблиці 1 показано міжнародні показники України за основними показниками стану здоров'я, а також зазначено валовий національний дохід на душу населення.

Таблиця 1. Окремі показники стану здоров'я; Україна в порівнянні з іншими країнами регіону

	Материнська смертність, 2009 р.	Смертність дітей у віці до 5 років, 2010 р.	Очікувана тривалість життя при народженні 2009		Смертність дорослого населення, 2009*		Смертність дорослого населення, стандартизована за віком, ССЗ та діабет, на 100 000 насел. **	Поширеність туберку-льозу 2010 р., на 100 000 насел.	Поширеність ВІЛ, 2009 р., на 100 000 насел.	ВНД на душу населення за ПКС, в доларах США за поточним курсом
			Чол.	Жін.	Чол.	Жін.				
Казахстан	51	33	59	70	432	185	650	151	250	11 310
Україна,	32	13	62	74	395	148	500	101	786	7 080
Російська Федерація	34	12	62	74	391	144	517	106	696	19 940
Молдова	41	19	65	73	309	134	401	182	338	3 670
Білорусь	4	6	64	76	324	117	446	70	172	14 560
Вірменія	30	20	66	74	246	103	378	73	62	6 140
Грузія	67	22	67	75	235	97	450	107	81	5 390
Латвія	34	10	67	77	284	105	359	39	43	17 820
Литва	8	7	68	79	274	95	312	69	37	19 690
Туреччина	20	13	72	77	134	73	268	28	6.1	17 340
Естонія	2	5	70	80	234	77	269	25	736	20 830
Польща	5	6	72	80	197	76	219	23	70	20 480
Чеська Республіка	5	4	74	80	138	63	164	6.8	19	24 280
Швеція	4	3	79	83	74	47	79	6.8	88	42 200

Джерело: ВООЗ, World Health Statistics (Світова статистика охорони здоров'я).

Примітка: країни ранжировано за середньою очікуваною тривалістю життя.

\* Імовірність смерті у віці від 15 до 60 років на 1 000 населення

\*\* Смертність дорослого населення, стандартизована за віком, від серцево-судинних захворювань та діабету у віці від 30 до 70 років на 100 000 населення

<sup>10</sup> Більш докладний аналіз ситуації у сфері охорони здоров'я та демографічної ситуації в Україні представлено в доповіді: An Avoidable Tragedy: Combating Ukraine's Health Crisis, World Bank 2009.

<sup>11</sup> Погані результати в тому, що стосується стану здоров'я, роблять внесок у загалом проблемний стан справ у сфері людського розвитку в Україні (за даними останнього індексу людського розвитку Human Development Index рейтинг України становить 78/182). Проблемний стан справ у сфері людського розвитку є наслідком складної взаємодії різноманітних причин, включаючи низький рівень доходів (близько 3 200 доларів США на душу населення у 2012 році; бідність (7,5 відсотків населення мали у 2010 році менш ніж 5 доларів на день), а також повторювані й глибокі соціально-економічні шокові явища — у 1990-х роках, і нещодавно у 2008-2009 роках).

Тенденції не є позитивними за винятком показників здоров'я матері та дитини, за якими ситуація в Україні за останнє десятиліття покращилась: тепер її показники в цій сфері, як показано в таблиці 1, відповідають показникам інших східноєвропейських країн.

Більш занепокоїливими є показники смертності серед дорослих. Наприклад, у період з 1970 по 2010 рік Україна опустилася на 92 місце за показниками смертності дорослих чоловіків та на 97 місце за показниками смертності дорослих жінок<sup>12</sup>, і тепер перебуває біля верхівки рейтингу країн за ймовірністю смерті у віці від 15 до 60 років (15q45). У 2009 році показник 15q45 становив 395 на 1 000 чоловіків та 148 на 1 000 жінок, а це перевищує середній показник по ЄС більш, ніж удвічі<sup>13</sup>.

На неінфекційні захворювання (НІЗ) припадає більша частка надмірної смертності в Україні. Подібно до інших країн колишнього СРСР розрив у показниках смертності між Україною та іншими країнами Європи пояснюється, головним чином, неінфекційними захворюваннями (причому перше місце серед них посідають серцево-судинні захворювання), на які в Україні припадає приблизно 79 відсотків від загальної кількості смертей по всіх вікових групах, а друге та третє місце займають травми та отруєння (14 відсотків) та інфекційні захворювання (7 відсотків). Розрив у показниках смертності, в порівнянні з іншими країнами Європи, є найвищим серед молодих чоловіків і чоловіків середнього віку, причому причини більшості цих смертей піддаються профілактиці або лікуванню: профілактиці через роботу з чинниками ризику та ведення здорового способу життя та лікуванню завдяки завчасному виявленню й відповідному та вчасному лікуванню.

Крім винятково високої захворюваності на НІЗ, протягом останніх 20 років в Україні розгорталася епідемія ВІЛ / СНІДу, а ситуація навколо захворюваності на туберкульоз та його поширеності ставала дедалі гіршою. За період з 1999 року кількість зареєстрованих випадків зараження ВІЛ зросла вчетверо; кількість випадків захворювання на туберкульоз невпинно зростала, а смертність від туберкульозу ніби застигла на рівні близько 20 на 100 000 населення, зокрема, через невпинне зростання смертності від туберкульозу та ВІЛ.

Такий проблематичний стан здоров'я обумовлений дією цілої комбінації причин, включаючи усталені фактори, пов'язані зі способом життя, на зразок паління, пияцтва, поганого харчування та сидячого способу життя. Водночас, це все є віддзеркаленням ситуації, в якій майже повністю державна система охорони здоров'я не змогла відреагувати на «епідемію» неінфекційних захворювань, що розгорнулася протягом перехідного періоду. Системі також не вдалося перетворити додаткові кошти та збільшені ресурси на результативні програми й поліпшені результати та наслідки, й адаптуватися до обставин, що змінюються.<sup>14</sup> Така ситуація почасти пов'язана зі значною слабкістю у сфері управління.

## Фінансова захищеність

Частка особистих готівкових платежів (ОГП) в сукупному обсязі витрат на охорону здоров'я є великою та становила у 2010 році 40,8% сукупного обсягу витрат на охорону здоров'я за даними Державної служби статистики України. Ця сума є еквівалентною приблизно 3 відсоткам ВВП<sup>15</sup>. Високий рівень ОГП створює значні фінансові перешкоди для малозабезпечених груп населення та потенційно може мати катастрофічні наслідки для тих, хто потребує лікування, або

<sup>12</sup> У період з 1970 по 2010 рік Україна пересунулася з 73 на 165 місце у світі за показником смертності дорослих чоловіків і з 25 на 122 місце за показником смертності дорослих жінок — цей показник є чи не найгіршим у світі.

<sup>13</sup> Див. World Health Statistics 2011, р. 53 на сайті: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf).

<sup>14</sup> Див. World Bank (2007); “Improving Intergovernmental Fiscal Relations and Public Health and Education Expenditure Policy – Selected Issues”, Report No.42450-UA, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region chapter 4, pp.79-104. У цій доповіді у явний спосіб продемонстровано дуже низьку ефективність витрачання коштів урядом у соціальних секторах, де лівова частка урядових видатків іде на утримання неефективної мережі лікарень і шкіл, а на місцевому рівні формування бюджетів і розподіл ресурсів регулюються жорсткими нормативами.

<sup>15</sup> При цьому уряд витрачав близько 4 відсотків ВВП на охорону здоров'я; цей показник є низьким, але все одно суттєвим за міжнародними стандартами.

кому необхідно купувати ліки від хронічних захворювань. За даними дослідження бюджетів домогосподарств 2010 року, 33 відсотки опитаних домогосподарств витрачали більш ніж 10 відсотків свого сукупного обсягу видатків за місяць на послуги охорони здоров'я; 9,7% витрачали на послуги охорони здоров'я більш, ніж 25 відсотків сукупного обсягу видатків за місяць. Переважна більшість тих, кому не вдалося одержати доступ до послуг охорони здоров'я або медичних засобів за потреби, не змогли зробити це через високу вартість послуг у місці їхнього надання (див. таблицю 2 нижче). Було поставлене таке запитання: «Представник домогосподарства не одержав доступу до лікування, коли мав потребу в цьому, у минулому році?», – 14,5 відсотків опитаних в Україні дали на це запитання ствердну відповідь.

У таблиці 2 зазначено основні причини відсутності доступу до різних видів послуг у сфері охорони здоров'я за наявності такої потреби: очевидно, що основною причиною недержання або неповноти одержаних послуг охорони здоров'я, виявилися фінансові бар'єри.

**Таблиця 2. Причини недержання доступу до послуг охорони здоров'я за наявності такої потреби**

<b>Чому ви не придбали ліки, коли вони були потрібні?</b>	<b>%</b>	<b>Чому ви не пройшли медичний огляд, коли це було потрібно?</b>	<b>%</b>
Дуже висока ціна	96,8	Довга черга	1,9
Не зміг знайти	3,1	Немає необхідного лікаря-спеціаліста	2,8
Інші	0	Дуже висока вартість	95,3
РАЗОМ	100	РАЗОМ	100
<b>Чому ви не пройшли необхідне лікування?</b>	<b>%</b>	<b>Чому ви не відвідали лікаря, коли це було потрібно?</b>	<b>%</b>
Довга черга	0,6	Довга черга	9
Немає необхідного лікаря-спеціаліста	2,1	Немає необхідного лікаря-спеціаліста	8,8
Дуже висока вартість	97,3	Дуже висока вартість	82,2
РАЗОМ	100	РАЗОМ	100
<b>Чому ви не лікувалися в лікарні, коли це було потрібно</b>	<b>%</b>		
Немає місць	0,8		
Немає необхідного відділення	2,1		
Дуже висока вартість	97		
РАЗОМ	100		

Джерело: Дослідження бюджету домогосподарств, 2006 рік

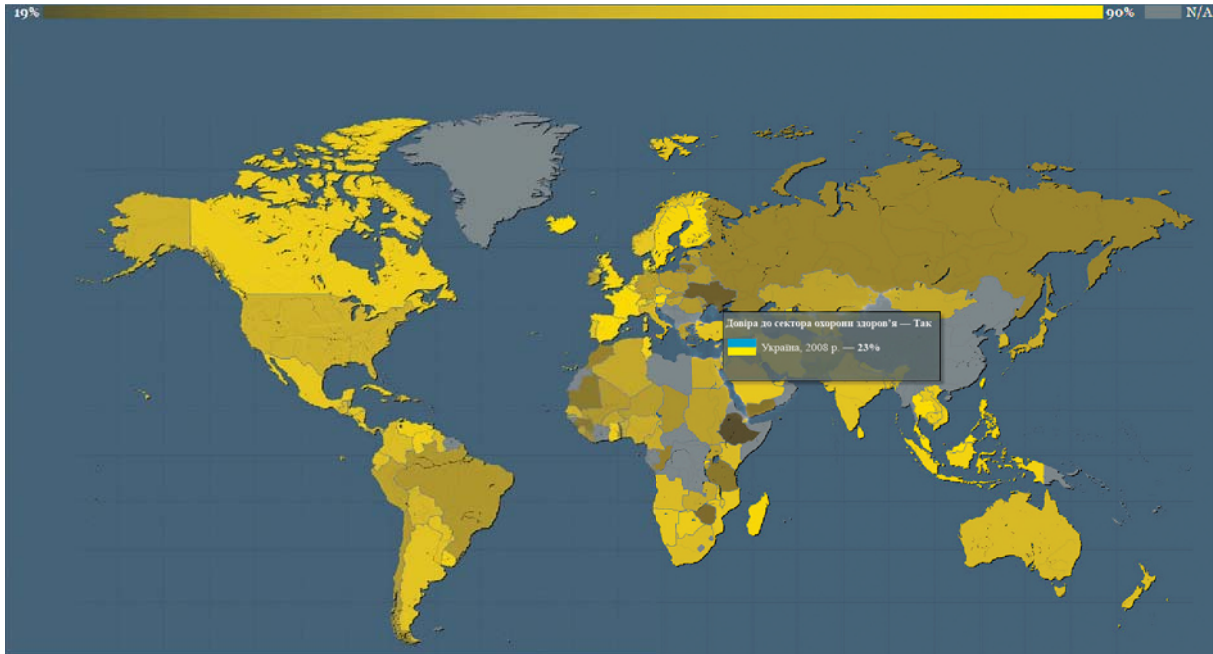
### **Задоволеність послугами**

За даними багатьох опитувань Україна є аутсайдером серед інших країн у тому, що стосується рівня задоволення послугами охорони здоров'я, й громадяни хотіли б, аби уряд активніше працював у цій сфері. Наприклад, під час опитування інституту Геллапа Gallup World Poll, результати якого представлені нижче, жителів України просили дати відповідь на таке запитання: «Чи ви довіряєте зазначеним інституціям у своїй країні, чи ні? Системі охорони здоров'я та медицині?». Як показано на рисунку нижче, гіршими, ніж в Україні, виявилися лише показники кількох країн Африки на південь від Сахари.

Водночас, охорону здоров'я було визначено як пріоритетний напрямок для додаткового державного фінансування, що вказує на гостре сприйняття громадськістю фінансових перешкод на шляху доступу до послуг охорони здоров'я та катастрофічний характер ОГП для тих, хто намагається одержати лікування. У відповідь на запитання: «Які з цих секторів, на вашу думку, мають стояти

на першому та другому місцях серед пріоритетних напрямків додаткових державних видатків?». Більшість респондентів в Україні поставили охорону здоров'я на першому місці в обох окремих циклах опитування «Життя під час економічного переходу» (Life in Transition Survey), проведеного у 2006 та 2010 роках.

**Рисунок 2. Довіра до систем охорони здоров'я у світі — відповідь на запитання: «Ви довіряєте зазначеним інституціям у своїй країні, чи ні? Системи охорони здоров'я та медицині?»**



Джерело: Опитування Gallup World Poll, 2008 рік. Темно-зелене забарвлення означає до 30 відсотків включно, а світло-жовте — від 80 до 90 відсотків. Проміжні кольори відповідають часткам у діапазоні від 30 до 80 відсотків.

При розгляді проміжних результатів постає однаково проблемна картина: загалом, сектор охорони здоров'я в Україні ледь-ледь добивається результатів.

- Наприклад, кількість лікарняних ліжок на душу населення та тривалість перебування в лікарні залишаються дуже високими (відповідно 8,7 ліжка на 1 000 осіб (четверте місце у світі) та 12,5 діб (за цим показником Україна поступила в регіоні лише Російській Федерації), тоді як відповідні показники інших країн зменшуються. Якщо врахувати зміну структури ресурсів (розширення використання технологій та зростання кваліфікації людських ресурсів) й значне зростання цін на них, то надмірна кількість лікарень, розпорошених по країні, є важким тягарем, пов'язаним з неефективністю розподілу видатків. Загалом, втрачаються можливості використання менш інвазійних технологій, нових стандартів лікування та більш динамічного обслуговування; спостерігається застій у результатах, а підвищення витрат не тягне за собою відповідної вигоди, формуючи тим самим значне коло проблем, як і в інших країнах ЄЦА (див. World Bank, 2013).<sup>16</sup>
- Розподіл повноважень між різними вертикальними програмами, за якими здійснюється контроль над інфекційними хворобами, є розпорошеним, причому відповідальність за деякі функції дублюється. Крім того, різні органи часто нездатні координувати свою діяльність. Окремим взірцем нездатності системи державного управління та охорони здоров'я є поширення мультирезистентного туберкульозу (МР-ТБ) внаслідок неадекватності та застарілості методів профілактики та виявлення, браку координації між системою тубдиспансерів, загальною системою охорони здоров'я та системою виконання покарань, а також надмірним застосуванням стаціонарного лікування хворих на туберкульоз.

<sup>16</sup> World Bank, 2013, Getting Better: Improving Health System Results in Eastern Europe and Central Asia.



## Що таке «державне управління»?

У назві цієї роботи та після короткого вступного слова до цього дослідження ми використали кілька термінів: «державне управління», «корупція», «управління державним сектором». Що вони означають? Як вони пов'язані між собою? Чому їх необхідно досліджувати? Відповідям на ці та інші питання присвячені наступні параграфи.

**Державне управління:** В літературі подається кілька визначень державного управління (governance).<sup>17</sup> Це англійське слово походить з давньогрецької мови, в якій слово κυβερνήτης означає капітан. “Κυβερνώ λέμβο” — значить «стернути човном». Одне з найкращих визначень державного управління в літературі останнього часу звучить так: «набір політичних, соціальних, економічних та інституційних чинників, які визначають повноваження, інформаційні потоки та індивідуальні стимули в будь-якій організації, а отже й визначають порядок її функціонування» (Savedoff, 2009, p. 7)<sup>18</sup>.

**Ключові елементи, що визначають управління.** На підставі викладеного вище визначення з урахуванням давньогрецької етимології можна зробити два основних висновки. **По-перше**, ведучи мову про управління, завжди необхідно пам'ятати про конкретний «човен» (а ним може бути окрема державна або приватна організація, або якийсь сектор економіки на зразок охорони здоров'я, або загальне функціонування уряду країни), про «стернування» яким ідеться, оскільки чинники, що визначають порядок управління «човном», для різних човнів є різними. Наприклад, у приватних корпораціях принципи управління стосуються відносин між акціонерами та менеджерами, тоді як в організаціях державного сектору взаємодія відбувається між трьома різними сторонами: громадянами/клієнтами; тими, хто формує державну політику; та надавачами послуг (див. Доповідь про світовий розвиток (World Development Report, 2004), а також представлений нижче на рисунку 4 «трикутник відповідальності» для організацій державного сектору).

**По-друге**, управління будь-якою організацією характеризується трьома елементами: **1) порядком і критеріями визначення прав і повноважень щодо розпорядження ресурсами (матеріальними, людськими та фінансовими); 2) порядком генерування інформації та її використання в межах організації; 3) та структурою стимулів для членів організації.** Це стосується як внутрішніх стимулів на зразок статусу й репутації, так і зовнішніх стимулів на кшталт фінансових чинників. **У будь-якій організації ці три елементи, взяті разом, визначають рівень відповідальності та змушують дотримуватися правил і добре працювати. Будь-яка реформа, спрямована на вдосконалення поганого управління, має забезпечувати покращення за всіма трьома вимірами.**

<sup>17</sup> Одне з перших визначень було запропоноване в роботі Kaufmann, Kraay and Zoido-Lobaton (1999): «традиції та інституції, через які здійснюється влада в країні. Вони включають у себе процес формування уряду, контролю над ним та його заміни; здатність уряду ефективно формулювати та впроваджувати обґрунтовану державну політику; а також повагу громадян і держави до інституцій, які керують економічними та соціальними взаємодіями між ними». В Банку широко використовується інше визначення (див. його стратегію GAC Strategy 2006): «Порядок здійснення державою своїх повноважень щодо суспільних ресурсів для надання суспільних благ і послуг». Це визначення підкреслює безпосередній зв'язок між державною владою, інституціями (тобто порядком здійснення цієї влади) та наданням послуг. Крім того, існують визначення управління за теорією «Нового громадського управління» (*New Public Management theory*), в котрих підкреслюється різниця між *стернуванням* та *вслуванням* (Osborne D and Gaebler T, 1992, *Reinventing Government*, Reading, Mass: Addison Wesley), а значить і врядування розглядається як набір функцій із керування системою. У своїх роботах Pfeffer J (1981, *Power in organizations*, Marshfield, MA: Pitman) та Mintzberg H (1983, *Power in and around organizations*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hill), порівнювали державне управління або врядування порівнюється з управлінням і визначили широкий набір спільних аспектів між цими двома поняттями. Нарешті, існують і визначення, запропоновані авторами, які дотримуються теорії державної політики, головним чином, у роботах Rhodes, RAW (1997, *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, Buckingham: Open University Press; 2003, 'What is New About Governance and Why Does it Matter?' Hayward J and Menon A (eds.) *Governing Europe*, Oxford: Oxford University Press); або Pierre J and Peters BG (2000), *Governance, Politics and the State*, Basingstoke, MacMillan Press; Richards D and Smith MJ (2002), *Governance and Public Policy in the UK*, Oxford: Oxford University Press; та Salamon L M (ed.) (2002), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*, New York: Oxford University Press. Ці визначення застосовуються до сфери охорони здоров'я в роботі Bureau V and Vrangbæk K (2008), *Institutions and non-linear change in governance: Reforming the governance of medical performance in Europe*, *Journal of Health Organization and Management* 22(4): 350-367) і в роботі Kuhlmann E, Allsop J and Saks M, 2009, *Professional Governance and Public Control: A Comparison of Healthcare in United Kingdom and Germany*, *Current Sociology* 57:511-528.

<sup>18</sup> Savedoff, W., 2009, "Governance in the Health Sector: A Strategy for Measuring Determinants and Performance".

## Визначення предмету дослідження

Отже, який човен ми тут вивчаємо? У своїй роботі Savedoff (2003) стверджує, що: «Державне управління може аналізуватися на найбільш широкому рівні з точки зору політичних гравців, які суперничають і співпрацюють один з одним у формуванні державної політики кожного суспільства. Державне управління можна аналізувати й на другорядному рівні з точки зору форми відповідної державної політики: створених на її основі правил, інституцій, законів і механізмів виконання. Водночас, державне управління може аналізуватися й **на рівні окремих організацій**: зокрема, на рівні управління установою соціального страхування, окружною системою охорони здоров'я або лікарнею» (Savedoff, 2003: стор. 4).

Це дослідження присвячене не вимірюванню показників державного управління в системі охорони здоров'я<sup>19</sup>, а вимірюванню показників державного управління (чи, як зазначено вище, «якості управління») об'єктами служби охорони здоров'я. Один із рецензентів цього дослідження відзначив, що робота підходить до кількісної оцінки управління на «вуличному рівні». Інституційний аналіз ведеться на мікро-рівні (надавачів громадських послуг) та, меншою мірою, на мезо-рівні (регіональному чи обласному), але аж ніяк не на макро-рівні (рівні держави або уряду). Це чітко віддзеркалюється у виборі методики дослідження, побудованої на опитуванні лікарів, медичних сестер та працівників різних центрів охорони здоров'я та проведенні глибоких співбесід з місцевими службовцями (представниками місцевих органів охорони здоров'я, головними лікарями та керівників інформаційно-статистичної служби — див. розділ «Методика»).

## Управління та корупція

**Управління та корупція.** Державне управління та корупція в публічному дискурсі часто переплітаються між собою. Корупцію можна визначити як «зловживання посадовими повноваженнями заради власної (матеріальної) вигоди». З цього визначення та з наведеного вище визначення управління випливає, що корупція (на відміну від управління) містить певний етичний компонент у тому сенсі, що рішення про те, чи вдаватися до корупційної діяльності, чи ні зрештою має етичний характер. Водночас, зрозуміло, що в тих випадках, коли системи управління працюють неправильно, корупція зазвичай стає більш поширеною. Корені системної корупції криються в поганому управлінні, причому в будь-якій організації корупцію можна вважати симптомом низької якості політики та практики управління. У свою чергу, так само, як падає температура людського тіла, коли хвороба відступає, корумпованість будь-якої організації та можливості для корупції зникають при вдосконаленні управління нею.

## Навіщо досліджувати управління? Місце управління в механізмі надання послуг

Як показано на рисунку 3, для якісного надання послуг потрібне належне управління. Наприклад, у будь-якій країні для надання високоякісних послуг у сфері охорони здоров'я, освіти тощо потрібні достатні людські та фінансові ресурси, адекватне та своєчасне постачання, а також належні системи управління.

Рисунок 3 ілюструє складний набір зв'язків в низці проміжних результатів, необхідних для перетворення вкладених ресурсів в остаточний продукт або досягнення. На кожному перехресті цього «ланцюжка результатів» є кілька зовнішніх чинників, котрі можуть відігравати роль у визначенні міцності причинно-наслідкового зв'язку. Наприклад, навіть якщо ефективність системи

<sup>19</sup> Замість цього аналіз якості державного управління (врядування) в системі охорони здоров'я в Україні мав би передбачати врахування здатності органів охорони здоров'я розумно керувати системою охорони здоров'я в цілому, включаючи здатність розробляти міжгалузеві заходи та політику комплексного характеру з залученням ключових зацікавлених сторін з-поза меж сектору охорони здоров'я; здатність формулювати та реалізовувати політику в сфері охорони здоров'я; якість інформації та даних у країні, а також наявність доказової інформації як підґрунтя для розробки політики; якість нормативної бази країни; тощо.



охорони здоров'я є досить високою, стан здоров'я все одно може бути поганим через вплив індивідуальних поведінкових чинників або високий рівень забруднення, або виняткову нерівність доходів чи знедоленість.

Рисунок 3. Належне управління є одним із необхідних елементів ефективного надання послуг



Джерело: Savedoff (2009)

**Більшість функцій управління належать до «відсутньої серцевини» описаного вище ланцюжка результатів.** Показники управління входять до набору проміжних показників надання послуг, які в літературі позначаються терміном «серцевина», оскільки саме вони визначають критично важливі ланки в низці результатів, які забезпечують перетворення конкретних ресурсів (матеріальних і фінансових) на діяльність і показники наслідків.

Водночас, ці зв'язки є «відсутніми», оскільки, на відміну від ресурсів та результатів, вони досі не вимірювалися з використанням стандартизованого інструментарію. Інакше кажучи, існує розрив між нашою здатністю вимірювати ресурси та остаточні результати, причому відповідний стандартизований інструментарій<sup>20</sup> вже описується в літературі, та експериментальним характером тих кількісних оцінок, які ми можемо використовувати як аналоги цих показників «відсутньої серцевини»<sup>21</sup>. Таким чином, попри відносну легкість (принаймні, в промислово розвинутих країнах) вивчення показників країн у часі з урахуванням досягнутих основних результатів у сфері людського розвитку (наприклад, наслідків для студентів із цих країн у сфері освіти) з використанням показників Програми міжнародної оцінки освітніх досягнень (PISA) або ранньої дитячої смертності (див. статистичні показники країн світу у сфері охорони здоров'я, оприлюднені ВООЗ у доповіді WHO World Health Statistics, 2012), неможливо дізнатися, якою є ситуація в тих самих країнах у тому, що стосується політики та практики управління людськими ресурсами в державному секторі, та чи поліпшується ситуація з часом. Неможливо дізнатися, яка країна має найкращу систему роботи з інформацією та чому, яка країна має найкращу систему закупівлі лікарських засобів, яка країна дотримується передової практики інформування пацієнтів про якість послуг або сприяння участі батьків в управлінні школами. Науково обґрунтованих відповідей на ці важливі питання в літературі немає. Ми також не маємо змоги скористатися стандартизованими інструментами оцінки для

<sup>20</sup> Зокрема, демографічні дослідження й дослідження у сфері охорони здоров'я для визначення результатів і дослідження бюджетів домогосподарств або вимірювання рівня життя для кількісної оцінки фінансової захищеності.

<sup>21</sup> Окрім досліджень, процитованих на стор. 1, було зроблено лише декілька спроб розробити підходи до «оперативної оцінки державного управління», в т.ч.: "Health Human Resource Policies in Latin America and the Caribbean: Rapid Assessment Tool on Policies of Performance Management – Indicators", World Bank, 2011.

послідовного проведення кількісної оцінки за цими вимірами управління в різних секторах в одній країні та в різних країнах. Є, щоправда, кілька винятків (це, зокрема, програма ДВФЗ, яка забезпечує оцінку надійності бюджетного процесу).

Крім того, ми знаємо, що ці показники «відсутньої серцевини» є важливими, але в нас немає однозначних кількісних доказів впливу кожного з них на кінцеві показники надання послуг. У світі робилися спроби здійснення емпіричної ув'язки визначальних чинників поганого управління та низької ефективності з поганою ефективністю організації та поганими кінцевими наслідками у сфері людського розвитку, але за відсутності експериментальних мікродосліджень ці спроби досі мали суто експериментальний характер<sup>22</sup>.

### *Де-юре та де-факто*

*Де-юре та де-факто.* Серед вимірів управління Kaufmann and Kraay (2008)<sup>23</sup> і Savedoff (2009) розрізняють виміри «визначальних чинників управління» та «ефективності управління». До перших належать положення політики або правила (схеми управління де-юре) — наприклад, політика та правила роботи з персоналом, які визначають порядок наймання вчителів і лікарів на роботу, їхнього заохочення, застосування санкцій до них та їхнього просування по службі, тоді як до останніх віднесено практику управління, котра враховує обсяг, у якому політика управління реально працює (де-факто). Наприклад, вони описують порядок застосування правил наймання вчителів і лікарів на роботу, їхнього заохочення, застосування санкцій до них та їхнього просування по службі на практиці, а також віддзеркалюють їхню результативність у залученні та утриманні кваліфікованих претендентів на посади.

У цьому дослідженні висвітлюються показники управління як де-юре, так і де-факто. На відміну від цього, показники діяльності організації — зокрема, рівень особистих готівкових неформальних платежів у сфері охорони здоров'я або індекс прогулів, або періодичність дефіцитів медичних засобів, або довжина черг, або процентна частка лікарняних інфекцій та інші показники якості – не є предметом цього дослідження. Емпірична ув'язка показників діяльності організації та показників результатів діяльності з показниками управління на верхніх щаблях також виходить за межі цієї роботи.

### *Функції управління, які досліджуються в цій роботі*

**Ключові функції управління надавачами послуг у державному секторі.** Як пояснювалося вище, в цьому дослідженні проаналізовано управління з точки зору надавачів державних послуг (тобто нижнього правого кута трикутника, показаного на рисунку 4). З рис. 44 (взятого з доповіді про світовий розвиток World Development Report, 2004: Making Services Work for Poor People) вбачається, що схеми управління надавачами послуг державного сектора (зокрема, державних шкіл, лікарень і клінік) визначаються організацією відносин між громадянами/клієнтами та тими, хто розробляє державну політику, між громадянами та надавачами послуг, а також між тими, хто розробляє державну політику, та надавачами послуг. З одного боку, на поведінку надавачів послуг охорони здоров'я справляють вплив їхні стосунки («домовленості») з тими, хто розробляє державну політику (функції управління на стороні пропозиції), з урахуванням кількох ярусів ієрархічних стосунків у виконавчій гілці влади. Ці стосунки диктуються схемами управління державним сектором, якими визначаються правила та практика здійснення таких функцій, як планування, бюджетування, виконання бюджету, фінансовий менеджмент та аудит, робота з інформацією, закупівлі, а також управління людськими ресурсами. З другого боку, на поведінку надавачів послуг впливають їхні стосунки з громадянами («коротка лінія підзвітності» або функції управління на стороні попиту): зокрема, здатність грома-

<sup>22</sup> Наприклад, у деяких дослідженнях було зроблено спробу ув'язати дитячу смертність у країні з її рейтингами за результатами Оцінки державної політики й інституцій, і з'ясувалося, що кореляція є негативною.

<sup>23</sup> Kaufmann, Daniel and Aart Kraay (2008), "Governance Indicators: Where Are We, Where Should We Be Going?" The World Bank Research Observer, 23(1):1-30.

дям одержувати доступ до інформації, брати участь в ухваленні рішень на місцях, здійснювати моніторинг послуг, а також користуватися прозорими та справедливими механізмами розгляду скарг.

Рисунок 4. Державне управління з точки зору тих, хто надає послуги



У дослідженні зазначені нижче функції управління оцінюються з точки зору домовленостей між надавачами послуг охорони здоров'я та тими, хто формує державну політику: 1) системи та практики управління людськими ресурсами; 2) системи та практики роботи з інформацією; 3) системи та практики планування, бюджетування та фінансового менеджменту; та 4) системи та практики здійснення закупівель.

Висновки дослідження доповнюють висновки іншого дослідження, нещодавно проведеного за підтримки організації «Глобал Інтегріті» (Global Integrity), котра вивчала функції управління на стороні попиту в Україні. Зазначене дослідження привернуло увагу до проблемних показників діяльності сектору охорони здоров'я з точки зору інформування пацієнтів, соціальної відповідальності та участі громади в організації надання послуг у секторах охорони здоров'я та освіти в Україні. Крім того, в дослідженні було вказано на існування величезного розриву між правилами де-юре та реальним життям де-факто. Наприклад, у країні діють закони та нормативні документи, які зобов'язують центральну та місцеву владу ділитися інформацією про бюджети, а також про показники діяльності секторів охорони здоров'я та освіти, але де-факто ці правила, в основному, не забезпечені виконанням, і їх ніхто не додержується. Крім того, під час дослідження було з'ясовано, що Україна має громадянське суспільство, яке є менш організованим у порівнянні з Кенією та Македонією, а також менше неприбуткових організацій, які забезпечують підзвітність уряду за його діяльність і захист прав пацієнтів.

Для кожного, з зазначених вище чотирьох вимірів у дослідженні, пропонується декілька підфункцій. Наприклад, у рамках функції управління людськими ресурсами в зазначеній роботі виділяються основні підфункції: 1) наймання на роботу; 2) управління кар'єрним зростанням; та 3) утримання кваліфікованого персоналу. У свою чергу, для підфункції наймання на роботу в дослідженні визначено п'ять доречних показників: 1) публікація оголошень про вакансії; 2) прозорість процедур призначення; 3) конкурсний відбір кандидатів; 4) важливість заслуг як критеріїв при найманні нового персоналу та 5) посадові інструкції. Крім того, у главі, присвяченій управлінню людськими ресурсами, розглядаються питання забезпечення дотримання належних процедур наймання на роботу, управління кар'єрним зростанням, системи стимулів та штрафних санкцій, плинності кадрів, навчання та безперервної освіти.

Деякі з показників бюджетування, зазначених у главі 4, визначені на основі показників ДВФЗ й дають змогу оцінити відповідність бюджетів закладів охорони здоров'я стратегічним планам, якість процесу підготовки бюджету, прогнозованість коштів, управління фінансуванням надання послуг, а також процес внутрішнього й зовнішнього контролю та аудиту. Крім того, в зазначеній главі розглянуто критерії вибору та оцінки капітальних інвестицій та приватні джерела доходу.

У главі про роботу з інформацією оцінюється процес збирання, перевірки та використання інформації для ухвалення медичних та управлінських рішень.

Загалом, у дослідженні визначено 40 показників за чотирма виділеними вимірами управління (повний перелік цих показників наведено в додатку 1).

На рисунку 5 зазначені деякі з ключових питань, на вирішення яких для кожної з цих функцій і було спрямоване дослідження.

**Обґрунтування вибору підфункцій та показників.** Вибір зазначених функцій і показників був продиктований такими чинниками: а) *загальним консенсусом, що склався в літературі*: відповідно до використаної літератури було враховано функції управління людськими, матеріальними та фінансовими ресурсами, котрі зазвичай вважаються критично важливими для діяльності надавачів послуг охорони здоров'я та необхідними для належного функціонування системи охорони здоров'я і, зрештою, для забезпечення належного стану здоров'я; б) *вимірюваністю*: до уваги було взято можливість кількісної оцінки окремих показників і вимірів. Крім того, дослідження повинне було мати селективний характер, щоб анкети не були надто довгими, а обсяг дослідження був реалістичним з точки зору загального бюджету. Наприклад, було вилучено виміри регулювання приватного сектору та залучення на основі договорів, оскільки наразі вони, як здається, не відіграють суттєвої ролі в Україні.

Рисунок 5. Основні питання, що розглядаються<sup>24</sup>



<sup>24</sup> Управління фінансовими ресурсами включає в себе розробку бюджетів, планування, фінансовий менеджмент та аудит.

## Методика

### Загальний підхід

Це дослідження складалося як з камерального вивчення чинних законів і нормативних актів, так і з особистих глибинних співбесід віч-на-віч для забезпечення вивчення як визначальних чинників управління де-юре, так і їхньої реалізації на практиці де-факто.

Методика дослідження ґрунтується на: (1) опитуванні лікарів, медичних сестер, інших медпрацівників та адміністраторів лікарень щодо практики й процедур де-юре та де-факто; (2) співбесідах із представниками урядових органів, які опікуються адмініструванням сектору охорони здоров'я на центральному та місцевому рівнях, а також з іншими експертами сектора; (3) камеральному дослідженні нормативних і юридичних документів, які регулюють порядок реалізації функцій та підфункцій роботи з персоналом, планування, бюджетування та фінансового менеджменту, роботи з інформацією та закупівель; а також (4) інших оцінках, включаючи, зокрема, оцінку ДВФЗ, нещодавно проведену в країні.

**Вибірка для проведення співбесід формувалася за методом снігової кулі та за методом зручної вибірки.** Чимало питань щодо управління можуть бути сприйняті як делікатні й потягти за собою неправдиві відповіді. Команда дослідників знижувала ризик неодержання неправдивих відповідей шляхом: а) визначення перших співбесідників у колі власних добрих знайомих у тих областях, де ми були особисто знайомі з начальником облздоровуправління, або могли розраховувати хоча б на кількох ключових респондентів, яким ми довіряли; б) шляхом включення кількох «зондуючих питань» на делікатні теми, за допомогою яких одне й те саме питання ставилося по-різному, завдяки чому ми мали змогу провести перехресну перевірку відповідей співбесідника на послідовність; шляхом пропонування співбесідникам гіпотетичних сценаріїв і ведення бесіди у спосіб, який викликав би в них слабшу захисну реакцію та збільшував би ймовірність надання правдивих відповідей, оскільки в даному випадку могло здаватися, що такі питання не зачіпають їхнього особистого життя; д) шляхом підкреслювання конфіденційного та анонімного характеру співбесід і, за можливості, проведення співбесід у домашній обстановці; е) шляхом доведення до співбесідників інформації про те, що керівництво МОЗ підтримує дослідження й шляхом офіційного підтвердження останнім статусу дослідження офіційними листами з міністерства в місцеві органи.

**Співбесіди проводилися в 39 закладах на різних рівнях.** Україна ділиться на області, а кожна область ділиться на райони та міста<sup>25</sup>. Власниками закладів охорони здоров'я можуть виступати уряд держави (в особі міністерства охорони здоров'я або інших міністерств) або обласна, районна, або муніципальна чи міська влада<sup>26</sup>. У цьому контексті наша команда провела співбесіди з працівниками та керівниками 37 закладів, підпорядкованих органам влади областей, районів<sup>27</sup> і міст, а також двох закладів, підпорядкованих відповідно Львівській залізниці та Міністерству внутрішніх справ України.

**Елементи вибірки.** До елементів вибірки віднесено лікарів, медсестер, головлікарів закладів, а також представників кадрових, фінансових та інформаційно-статистичних служб закладів охорони

<sup>25</sup> В Україні є міста обласного підпорядкування та міста районного підпорядкування. Цей статус напряму впливає на структуру об'єктів системи охорони здоров'я та бюджетні повноваження, а також на правила формування бюджету (згідно з бюджетним кодексом). Зокрема, якщо мова йде про правила бюджетного процесу, міста обласного підпорядкування мають безпосередні міжбюджетні стосунки з державним бюджетом на основі формули (яка використовується лише для дотацій вирівнювання; див. главу 3). Міста районного підпорядкування досі перебувають у системі «бюджетної матрьошки», успадкованої з радянських часів. Для таких міст бюджетом вищого рівня є районний бюджет.

<sup>26</sup> В адміністративно-територіальному відношенні країна ділиться на 24 області, Автономну Республіку Крим та два міста центрального підпорядкування (Київ і Севастополь).

<sup>27</sup> Співбесіди проводилися в чотирьох областях України: Полтавській, Вінницькій, Луганській і Львівській, а також у містах Києві, і в 9 містах — Львові, Старому Самборі, Луганську, Алчевську, Вінниці, Жмеринці, Полтаві, Лубнах і Києві. У кожній із областей співбесіди проводилися в обласному центрі та одному з районних центрів.



здоров'я; керівників або заступників керівників підрозділів обласних адміністрацій. У таблиці 3 представлено зведену інформацію про кількість людей, із якими було проведено співбесіди кожної з категорій.

Таблиця 3. Вибірка для співбесід віч-на-віч

	Лікарі	Мед-сестри	Старші мед-сестри	Інший персонал	Головні лікарі	Рай здоров'я відділ	Міськ здоров'я відділ	Обл здоров'я управління	Працівники бюджетних служб/бухгалтери	Фахівці ЦМС
Кількість співбесід	41	16	12	2	Див. нижче	3	1	7	Див. нижче	5

Примітка: За модулем управління людськими ресурсами було опитано 17 представників керівництва закладів охорони здоров'я, за планово-бюджетним модулем — 21, а за модулем моніторингу та оцінки — 13; загалом 25 із цих осіб були головними лікарями.

**Анкета містила як закриті, так і відкриті запитання.** Останні були потрібні для ознайомлення з «історіями» окремих людей, котрі, коли це було можливим, перевірялися на відповідність даним, які можна підтвердити. Водночас, наша команда намагалася включити до анкети якнайбільше закритих питань (із відповідями «так» або «ні», або з багатоваріантними відповідями), щоб забезпечити можливість порівняння відповідей між різними респондентами, а також забезпечити можливість кількісного аналізу інформації попри нерепрезентативний характер вибірки.

**Показники, а також інструменти аналізу на рівні держави, області, району та закладу спочатку були опрацьовані власною командою фахівців банку в режимі консультацій з різними експертами на основі попередньої роботи, виконаної в Бразилії La Forgia *et al.* (2007, яка передбачала вимірювання показників урядування, а також інших діагностичних інструментів у сфері управління державним сектором, що були розроблені протягом кількох останніх років мережами PREM та HD.** Після цього показники та інструменти збирання інформації були уточнені та піддані польовим випробуванням за участю відібраної консалтингової фірми (FISCO та Київський міжнародний інститут соціології) (КМІС). Для дослідження використовувалися чотири анкети: одна для лікарів, сестер і старших сестер; одна для місцевих керівників органів охорони здоров'я (відділів і управлінь охорони здоров'я на центральному, обласному, місцевому/районному рівнях); одна для головлікарів; одна для працівників інформаційно-статистичної служби, а також чотири модулі (управління людськими ресурсами, планування й бюджетування та фінансовий менеджмент; робота з інформацією та закупівлі). Весь інструментарій, розроблений для цього звіту (анкети, результати камеральних досліджень, а також докладна «ув'язка» результатів камеральних досліджень та анкет із рейтингом показників — див. пояснення нижче), може бути наданий за відповідним запитом.

**Показники, що використовувалися для оцінки державного управління при здійсненні державних закупівель, було опрацьовано на основі інструментів ОЕСР та ВООЗ, а потім локалізовано з урахуванням специфіки сектору охорони здоров'я в Україні.** Показники управління державними закупівлями, що пропонуються для цього дослідження, поєднують у собі критерії, що застосовуються ОЕСР для оцінки національних систем державних закупівель (Методика оцінки систем державних закупівель ОЕСР (MAPS) (OECD 2010)), та критерії, рекомендовані ВООЗ для аналізу державних закупівель у фармацевтичному секторі (Інструмент кількісної оцінки прозорості в державному фармацевтичному секторі ВООЗ (WHO 2009)). На їх основі ми побудували два набори показників і модифікували їх таким чином:

- **Ми переглянули показники загальнодержавного рівня, запропоновані ОЕСР, і відкоригували їх з точки зору діяльності окремих закладів.** Чотири компоненти системи оцінки ОЕСР націлені на вивчення національних систем державних закупівель. Саме через це відповідні критерії (так само, як ДВФЗ) не можна застосовувати для аналізу системи державних закупівель на рівні закладів напряму. Водночас, ці компоненти визначають рамки у вигляді ключових наслідків управління, які мають бути забезпечені на загальнодержавному рівні, зокрема, завдяки належному управлінню на рівні окремих закладів. Показники ОЕСР включають у себе наші по-



казники: високий рівень згідно з нашими критеріями — це лише один із чинників, що враховуються при визначенні результативності на загальнодержавному рівні з використанням чотирьох компонентів оцінки ОЕСР.

- **Ми скористалися набором показників ВООЗ, розробленим для фармацевтичного сектора.** Інструментарій ВООЗ привертає увагу до деяких питань, котрі є специфічними для здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, в якому на лікарські засоби припадає суттєва частка всіх закупівель. Ми включили відповідні конкретні критерії до нашого набору показників (зокрема, наприклад, необхідність перевірки того, що визначення обсягів закупівлі лікарських засобів здійснювалося за об'єктивною методикою кількісної оцінки для уникнення маніпуляцій та надлишку непотрібних лікарських засобів).

## Методика бальної оцінки

### Бальна оцінка за кількома вимірами в рамках показників

**Більшість показників, що використовуються в цьому дослідженні, мають багатовимірний характер.** Оцінка, запропонована в цій роботі, побудована навколо набору з 40 багатовимірних показників. Кожний показник робить внесок в опис певної підфункції, що є доречною для оцінки управління за 2-4 конкретними вимірами. Наприклад, показник HRM-3 «Конкурсний відбір кандидатів на медичні посади» (підфункція в межах функції «Наймання на роботу» у сфері управління людськими ресурсами охоплює три виміри:

- Чи встановлено законом вимогу про конкурсний відбір кандидатів, і якими є правила проведення такого конкурсу?
- Як часто буває так, що на посаду претендує лише один кандидат?
- Які процедури застосовуються, якщо на певну посаду претендує кілька кандидатів? Чи існують неформальні правила, які й визначають ці процедури?

Кожний із вимірів знаходить своє віддзеркалення в конкретному питанні, що ставиться в рамках дослідження, або під час опитування, або в період камерального аналізу законодавства. Наприклад, для оцінки поступу, досягнутого країною за кожним із зазначених вище трьох вимірів, застосовувалися такі інструменти та порівняльні оцінки:

**Таблиця 4. Підрахунок балів за різними вимірами — об'єднання результатів камерального дослідження та відповідей на питання анкети у відповідний показник управління**

Вимір	Інструмент оцінки	Показник
Чи встановлено законом вимогу про конкурсний відбір кандидатів і якими є правила проведення такого конкурсу?	[Камеральне дослідження]. Які встановлено законодавчі вимоги до конкурсного відбору претендентів на посади в закладах охорони здоров'я?	Камеральне дослідження національного законодавства
Як часто буває так, що на посаду претендує лише один кандидат?	Питання анкети (закрите) [HR1.6_u_one.cand] Як часто трапляється так, що на посаду претендує лише один кандидат? Оцініть процентну частку таких випадків серед усіх вакансій за минулий рік: усі вакансії / майже всі вакансії до ¼ вакансій до ½ вакансій до ¾ вакансій ніколи (чи майже ніколи)	% головних лікарів, котрі стверджували, що як мінімум ¾ вакантних посад було заміщено за наявності конкуренції
Які процедури застосовуються, якщо на певну посаду претендує кілька кандидатів? Чи існують неформальні правила, які й визначають ці процедури?	Питання анкети (відкрите, з кодуванням за сегментами) [HR1.7_u_select.proced] Які процедури застосовуються, якщо на певну посаду претендує кілька кандидатів? Чи існують неформальні правила, які визначають ці процедури?	% випадків, коли головні лікарі були здатні роз'яснити процедури або правила у випадку наявності кількох кандидатів на посаду

**Бали.** Описаний підхід до аналізу багатовимірних показників спирається на Базу оцінки державних видатків та фінансової звітності (PEFA або ДВФЗ). На основі цієї подібності в цьому дослідженні **шкалу оцінки та підхід ДВФЗ** було застосовано для кількісної оцінки показників управління за чотирьохмірної рангової шкали (A, B, C, D) за кожним із вимірів, після чого визначені бали було розглянуто разом для оцінки того, наскільки добре функціонує система охорони здоров'я за кожним із багатовимірних показників. Так само, як і в ДВФЗ, в цьому дослідженні було визначено детальні базові рівні та правила визначення балів за кожним із вимірів. Базові рівні та правила визначення балів для прикладу «Конкурсний відбір кандидатів», який тут обговорюється, описано нижче.

Таблиця 5. Приклад: розрахунок балу за показником «конкурсний відбір кандидатів»

Вимір	Правила оцінки					Результат оцінки	
	Показник	A	B	C	D	Результат	Клас
[Камеральне дослідження] Які встановлено законодавчі вимоги до конкурсного відбору претендентів на посади в закладах охорони здоров'я?	Правила відбору мед-працівників	Чіткі правила конкурентного відбору	Правила вимагають проведення конкурсу, але правила відбору можуть бути слабкими	Правила не вимагають конкурентного відбору, але містять певні настанови на випадок наявності кількох кандидатів	Законом не встановлено вимогу про конкурсний відбір; не існує правил здійснення вибору серед кількох кандидатів	Законом не встановлено вимогу про конкурсний відбір; не існує правил здійснення вибору серед кількох кандидатів	Рівень D
Питання анкети (закрите) [HR1.6_u_one.cand] Як часто трапляється так, що на посаду претендує лише один кандидат? Оцініть процентну частку таких випадків серед усіх вакансій за минулий рік: <input type="checkbox"/> усі / майже всі вакансії <input type="checkbox"/> до ¼ вакансій <input type="checkbox"/> до ½ вакансій <input type="checkbox"/> до ¾ вакансій <input type="checkbox"/> ніколи (чи майже ніколи)	% тих, хто обрав варіанти 4 або 5 (і підтвердив, що один кандидат на посаду або не розглядається, або трапляється приблизно в ¼ випадків	>75%	50-75%	25-49%	<25%	6.7%	Рівень D
Питання анкети (відкрите, з кодуванням за сегментами) [HR1.7_u_select.proced] Які процедури застосовуються, якщо на певну посаду претендує кілька кандидатів? Чи існують неформальні правила, які визначають ці процедури?	% осіб, здатних роз'яснити порядок відбору за наявності кількох кандидатів	>75%	50-75%	25-49%	<25%	33.3%	Рівень C

Розрахунок балів за окремими вимірами був різним для питань, що визначалися за результатами камерального аналізу, та питань з анкети. Як показано в таблиці вище, камеральна оцінка законів та нормативних документів проводилася за якісними базовими показниками. Зазначені якісні базові показники визначали певні вимоги до законодавчої бази, котрі дали б системі змогу одержати оцінку за 4-бальною шкалою. На відміну від цього, оцінки за всіма вимірами на основі опитування мали кількісний характер, і для кожного з балів було визначено чисельні граничні значення. Ці граничні значення були універсальними для всіх показників, і забезпечували розподіл можливих результатів між 4 можливими діапазонами з кроком у 25% (0-24%; 25-50%; 51-75%, 76-100%), а також застосовувалися за таким принципом:

- Для тих вимірів, котрі віддзеркалювали позитивну рису системи управління, для вищого балу були встановлені вищі граничні значення.
- Для тих вимірів, котрі віддзеркалювали негативну рису системи управління, для нижчого балу було встановлено нижчі граничні значення.

Таблиця 6. Граничні значення для розрахунку балів

Тип виміру	A	B	C	D
Позитивна риса (чим більше, тим краще)	>75%	50-75%	25-49%	<25%
Негативна риса (чим менше, тим краще)	<25%	25-49%	50-75%	>75%

### Зведення балів за окремими вимірами в єдиний бал

**Агрегування окремих балів.** Агрегування балів для визначення загального балу за кожним із багатовимірних показників також було запроваджене з урахуванням підходу, що застосовувався до проведення ДВФЗ. Порядок об'єднання окремих балів в загальний бал-показник залежав від характеру відповідного показника. Підхід до бальної оцінки передбачає розрізнення цих двох видів показників:

- *Показники 1-го типу* (з «найслабшою ланкою»): показники, для яких дотримання одного або кількох вимірів суттєво підриває належне функціонування інших вимірів, а отже є найслабшою ланкою (*оцінка проводиться за Методом 1*); та
- *Показники 2-го типу* (з однаково важливими вимірами): це показники, для яких поступ за окремими вимірами є однаково важливим і не завжди передбачає однаково добре виконання вимог за іншими умовами (*про це йдеться в Методі 2*).

### Метод 1

**Підсумкова оцінка (рівень) за показниками 1-го типу визначається відповідно до балу за виміром, який представляє «найслабшу ланку», з подальшим калібруванням.** Водночас, рішення про те, який саме з вимірів є «найслабшою ланкою» ухвалювалося інакше, ніж у дослідженні ДВФЗ. У ДВФЗ найслабшою ланкою автоматично вважався той вимір, за яким бал виявлявся найнижчим. У рамках цього дослідження виміри, що становлять «найслабші ланки» за всіма показниками 1-го типу, визначалися «вручну» як основний вимір для визначення показника згідно з характером відповідних функцій управління.

*Наприклад*, показник HRM-1 «Публікація оголошень про вакансії» охоплює два виміри: (1) «Важливість особистих зв'язків для одержання відомостей про нові вакансії» та (2) «Обсяг, у якому медпрацівники вважають непрозорість ринку праці у сфері охорони здоров'я проблемою та перешкодою для ефективного залучення персоналу». Найслабшою ланкою за цим показником є другий (останній) вимір. Фактично, критично важливе питання встановлює, чи працює ринок праці, а функція управління полягає в забезпеченні відсутності у кваліфікованих претендентів на посади суттєвих перешкод у знаходженні відповідних посад. З огляду на це бал за виміром 2 стає загальним балом, який згодом калібрується для врахування показників за іншими вимірами, що є менш критичними.

**Відмінності від ДВФЗ при застосуванні Методу 1.** Як і під час ДВФЗ, бал за виміром, що є «найслабшою ланкою», міг калібруватися шляхом додавання знаку «+» або «-» залежно від результатів застосування Методу 2 до інших вимірів: якщо загальний бал був вищим або нижчим, ніж бал за найслабшою ланкою, нами здійснювалося підвищення або зниження балу за найслабшою ланкою через додавання знаку «+» або «-». На відміну від ДВФЗ, наш підхід також забезпечує можливість «зниження» загального балу шляхом додавання знаку «-». Це є важливим для розрахунку балів з огляду на те, що найслабші ланки вибиралися «вручну»: на відміну від ДВФЗ наш підхід робить можливою ситуацію, в якій найбільш критичний вимір одержить бал, вищий за інші виміри (якщо його не визначено за найнижчим балом). У таких випадках варто калібрувати цей бал, знизивши його, щоб урахувати наявність проблем за іншими вимірами. Водночас, цей підхід означає, що коли показникові 1-го типу присвоюється бал «А» за всіма вимірами, загальний бал не може перевищувати «А» та не може мати значення «А+».

## Метод 2

**Якщо всі виміри мають приблизно однакову вагу в загальному результаті, здійснюється усереднення окремих балів. Це робилося точно в той самий спосіб, що під час ДВФЗ:**

- окремі виміри оцінювалися за шкалою А-В-С-Д;
- усереднення одержаного набору балів проводилося з використанням «таблиці перерахунку» ДВФЗ (див. нижче). Ця таблиця, фактично, дає змогу визначити «середній» бал для будь-якої можливої комбінації балів за 2-, 3- та 4-вимірними показниками.

У прикладі, наведеному в цьому розділі («Конкурсний відбір кандидатів»), оцінка проводилася за Методом 2. За цим показником було визначено бали D, D, C, а це значить, що середній бал становить D+.

## Скоринг: висновки

Наприкінці описаного вище процесу бальної оцінки для кожного показника дослідження визначається бал, або «рівень», (А-В-С-Д, з позначками + або –). Така оцінка (**вона докладніше роз'яснюється в додатку**) має на меті привернути увагу до тих підфункцій управління, котрі видаються найбільш проблемними та вимагають першочергової уваги (D) і, навпаки, тих, котрі, як здається, досить добре функціонують в умовах системи охорони здоров'я в Україні (A). Найважче було провести межу між С та В.

У дослідженні пропонується кольорове кодування результатів (синій = А, зелений = В, жовтий = С, червоний D, а + та пропонується позначати відтінками цих кольорів). Таке кольорове кодування має на меті привернення уваги розробників державної політики («стернового») до «несправностей», котрі вимагають термінового втручання та ремонту.

## Обмеження

**Вибірка, що використовувалася під час дослідження, не є репрезентативною в національному масштабі з огляду на порядок її формування та невелику кількість співбесід.** Під час визначення балів за кожним із вимірів ми прагнули вийти за межі методики «на основі експертної оцінки», що застосовувалася в рамках ДВФЗ, й намагалися емпірично обґрунтувати свої висновки в оптимальний спосіб. Таким чином, замість того, щоб збирати по кілька експертів за круглим столом для визначення балів, ми вирішили провести опитування. Водночас, з причин, які пояснювалися вище (фінансові обмеження, необхідність роботи з конфіденційною та конкретною інформацією, робота на основі особистих зв'язків і забезпечення довіри медичних працівників, з якими проводилися співбесіди), нам не вдалося провести кількісне опитування з використанням статистично репрезентативної вибірки. З огляду на це ми вирішили використовувати цю комбінацію та здійснювати якісний і кількісний аналіз даних з використанням інформації якісного характеру для «представлення історій реального життя людей», аналізуючи при цьому наявні дані кількісно, щоб визначити бали за різними показниками управління<sup>28</sup>.

Водночас, наші кількісні спостереження не варто приймати за чисту монету. Вони, скоріше, просто вказують на загальні результати. Варто повторити, що методика дослідження передбачає досягнення не статистично репрезентативних результатів, а лише *емпіричних експертних результатів*. Ці результати віддзеркалюють картину здійснення кількох підфункцій управління сектором охорони здоров'я в Україні, котрі можуть бути покладені в основу обґрунтованого обговорення цих питань із партнерами з боку уряду та всіма іншими зацікавленими сторонами.

<sup>28</sup> Аналогічна комбінація якісних і кількісних методик використовувалася в рамках кількох досліджень, у тому числі: i) Ahuja, R., and G. La Forgia, 2012, Measuring Governance in the Health Sector: A toolkit for Assessing Public Sector Management Functions in Government Health Agencies, Delhi, India, World Bank (draft); ii) Belli, P., Shahriari, H., and G. Gotsadze, 2004, Out-of-pocket and informal payments in the Health Sector, Evidence from Georgia, Health Policy 70 (2004); і в кількох публікаціях, присвячених вимірюванню простору для прийняття рішень і децентралізації, див., наприклад, Mitchell, A., Bossert T., 2010, Decentralization, Governance and Health System Performance: Where you stand depends on where you sit, *Development Policy Review* 28 (6).

Рисунок 6. Таблиці перерахунку для Методу 2 (від Секретаріату ДВФЗ, 2011 рік)

Таблиця перерахунку показників для Методу М2

Бали за окремими вимірами			Сукупний бал М2	Бали за окремими вимірами				Сукупний бал М2
<i>2-мірні показники</i>				<i>4-мірні показники</i>				
D	D		D	D	D	D	D	D
D	C		D+	D	D	D	C	D
D	B		C	D	D	D	B	D+
D	A		C+	D	D	D	A	D+
C	C		C	D	D	C	C	D+
C	B		C+	D	D	C	B	D+
C	A		B	D	D	C	A	C
B	B		B	D	D	B	B	C
B	A		B+	D	D	B	A	C+
A	A		A	D	D	A	A	C+
<i>3-мірні показники</i>				D	C	C	C	D+
D	D	D	D	D	C	C	B	C
D	D	C	D+	D	C	C	A	C+
D	D	B	D+	D	C	B	B	C+
D	D	A	C	D	C	B	A	C+
D	C	C	D+	D	C	A	A	B
D	C	B	C	D	B	B	B	C+
D	C	A	C+	D	B	B	A	B
D	B	B	C+	D	B	A	A	B
D	B	A	B	D	A	A	A	B+
D	A	A	B	C	C	C	C	C
C	C	C	C	C	C	C	B	C+
C	C	B	C+	C	C	C	A	C+
C	C	A	B	C	C	B	B	C+
C	B	B	B	C	C	B	A	B
C	B	A	B	C	C	A	A	B
C	A	A	B+	C	B	B	B	B
B	B	B	B	C	B	B	A	B
B	B	A	B+	C	B	A	A	B+
B	A	A	A	C	A	A	A	B+
A	A	A	A	B	B	B	B	B
				B	B	B	A	B+
				B	B	A	A	B+
				B	A	A	A	A
				A	A	A	A	A

*Примітка:* порядок визначення значень за окремими вимірами показника ніяк не впливає на бал за відповідним показником.

Джерело: Секретаріат ДВФЗ, 2011 р.

## Глава 2. Огляд ключових спостережень

### Теми комплексного характеру

**Фінансова, нормативна та адміністративна база системи охорони здоров'я в Україні зберегла всі основні риси семашківської моделі комплексної охорони здоров'я.** В основі цієї моделі, розробленої в Радянському Союзі на початку 1920-х рр., лежить сильно централізована система державних медичних установ, діяльність яких фінансується та регулюється центральними органами державної влади **через всеосяжну та жорстку систему командної вертикалі.**

На нижні щаблі ієрархії делегується дуже невелика кількість рішень. Водночас, з часом рівень децентралізації зріс, і зараз система де-факто виглядає дуже розпорошеною: органи влади різного рівня (центрального, обласного, районного, міського тощо) та різні установи одного рівня (наприклад, декілька установ, які відповідають за профілактику інфекційних захворювань та контроль над реалізацією вертикальних програм), певною мірою, відповідають за фінансування послуг охорони здоров'я та управління ними.

Загалом, послуги мають певні виміри, які залишаються негнучкими: наприклад, норми кадрового забезпечення та штатні розписи, розподіл бюджету або вимоги щодо збирання даних та звітності, але є й інші виміри на зразок наймання на індивідуальній основі, атестації та заохочення персоналу, за якими головні лікарі (керівники окремих закладів) здобули значні повноваження й мають простір для маневру.

**Рівень відповідальності на всіх рівнях цієї системи є слабким попри величезний обсяг нормативних документів. Наголос робиться, головним чином, на додержанні чинних правил, норм тощо з питань планування, формування бюджетів, збирання даних тощо), а не на роботі.** Це твердження проілюстроване на рисунку 7. Прохання оцінити ефективність витрачання коштів спантеличило кількох головних лікарів (ГЛ). Вони заявили, що вони працюють у «гамівній сорочці» з чинних норм і правил кадрового забезпечення, виконання бюджету та звітності, а їхні ресурси є настільки обмеженими й уже повністю розподіленими на підставі цих норм і правил, що будь-яка оцінка ефективності їхнього витрачання втрачає сенс.<sup>29</sup> У більшості інших випадків під ефективністю витрачання коштів вони розуміли утримання видатків у межах установлених граничних значень. Ідентифікація необхідних скорочень та економія коштів аж ніяк не пов'язана з аналізом вигод і результатів розподілу альтернативних видатків.

**Зовнішній аудит і нагляд з боку професійних асоціацій та об'єднань споживачів майже не здійснюються.** Загалом, медичні працівники надають свої послуги практично без зовнішнього висхідного нагляду над їхньою діяльністю. Громадськість не має доступу до медичної статистики. Дуже поширеним є толерантне ставлення до неформальних платежів з боку пацієнтів. При цьому керівники закладів успішно користуються власними системами матеріального заохочення, на зразок можливостей для навчання й підвищення кваліфікації, доступ до яких відкрито тим працівникам, чия робота в межах закладу оцінюється як успішна.

**У сфері роботи з людськими ресурсами під час дослідження було виявлено кілька значних суперечностей.** ГЛ не мають змоги застосовувати оптимальну комбінацію людських ресурсів для досягнення результатів (оскільки їх у цьому обмежують чинні нормативи забезпеченості персоналом), причому на них покладається особиста відповідальність за підтримання високої дисципліни в реалізації політики центральних органів влади, яка передбачає подання комплексної звітності по медичних даних на основі визначених у центрі порівняльних показників. Але при цьому вони

<sup>29</sup> Загалом, головні лікарі просто називають свої бюджети високоефективними з огляду на те, якою мірою їхні призначення є достатніми від самого початку. Відсутність необхідності урізати видатки й жити за мінімальними показниками сприймається як недоречність обговорення питань ефективності видатків. *«В оцінці ефективності немає сенсу: наші кошти настільки малі, що ми їх усе одно витрачаємо лише на найважливіші речі».*

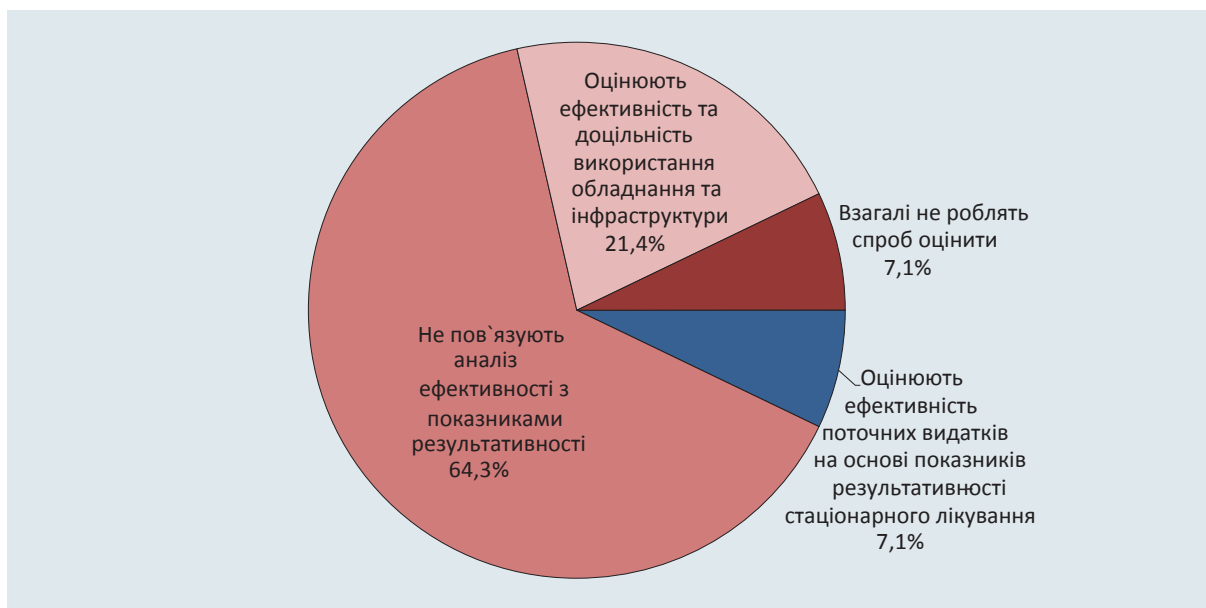


мають змогу самостійно визначати правила гри в межах закладів (зокрема, у сферах відбору персоналу, посадових інструкцій, атестації персоналу, використання грошових потоків особистих готівкових платежів, а також, значною мірою, державних закупівель).

У деяких із цих сфер ГЛ не мають абсолютною влади. Але ця гра має певні правила: зокрема, майже всі працюють весь час на одній і тій самій посаді; грошові виплати є символічними; працівники змушені вносити частку власного доходу на фінансування деяких регулярних видатків закладу.

**У самих закладах медичні працівники «здійснюють інвестиції» в одержання роботи в обмін на стабільність зайнятості та неофіційний дохід.** Деякі зі співбесідників заявили, що їм довелося платити за отримання та збереження за ними робочого місця, і що їм доводиться підтримувати дисципліну та бути лояльними до лінійного керівництва.

**Рисунок 7. Чи існує усталена практика оцінки ефективності витрачання коштів?**  
(% відповідей головних лікарів)



Водночас, під час дослідження було виявлено кілька випадків наявності досить потужних внутрішніх систем моніторингу персоналу. При цьому, знов-таки, постає питання, для яких, власне, цілей застосовуються ці системи моніторингу персоналу? Чи призначені вони для заохочення якісної роботи, чи просто для заохочення дотримання чинних правил, незважаючи на їхню важливість або доцільність? Потужні «внутрішні» інструменти контролю мають використовуватися для гарантування кращих довгострокових перспектив кар'єрного розвитку для тих, хто добивається високих результатів, але ми з'ясували, що так буває не завжди. Водночас, той факт, що ГЛ у багатьох ситуаціях, як здається, досить непогано підтримують свої заклади на плаву, може стати непоганою основою для майбутніх реформ. Якщо програма реформ спрямована на розширення самостійності медичних закладів і зміцнення відповідальності за роботу, то, як показує це дослідження, принаймні деякі опитані головні лікарі цілком здатні успішно керувати такою системою.

Глава, присвячена роботі з інформацією, чітко показує, що система охорони здоров'я має усталені (хоча й неефективні) процеси збирання даних, але використовуються ці дані на всіх рівнях в обмеженому обсязі — в тому числі, під час медичного обслуговування, при управлінні закладами та для стратегічного планування охорони здоров'я. Зібрані дані не завжди є реалістичними, корисними або гідними довіри. Більшість цих даних насправді для ухвалення рішень не використовуються. У більшості закладів індивідуальні електронні картки пацієнтів не ведуться.

**Загалом, якщо вести мову про зроблені під час дослідження спостереження, ситуація викликає занепокоєння, але система має певні сильні сторони, на які міг би опертися уряд.** Сектор, як здається, потрапив у пастку низької рівноваги. Медичних працівників «залишено на милість» головних лікарів; самі ГЛ працюють в умовах суворих і нереалістичних бюджетних норм та штатного розпису; казначейство весь час турбується з приводу розкрадання та привласнення коштів, і ніяк не може позбутися нормативів; міністерство охорони здоров'я (МОЗ) вимагає докладних даних, щоб мати змогу стверджувати, що міністерство здійснює нагляд, але ці дані, фактично, не використовуються й їм не можна довіряти; пацієнтам послуги з охорони здоров'я надаються нібито безоплатно відповідно до конституційних гарантій, але по суті їм доводиться здійснювати неофіційні або офіційні платежі практично за все.

**За таких умов кожен, як здається, намагається «вижити», а не поліпшити функціональність існуючої системи.** Внаслідок цього проведені співбесіди змалювали картину системи охорони здоров'я, що є дуже статичною, і в якій майже відсутній рух працівників між посадами та закладами. При цьому практично відсутні ініціативи з запровадження нових практик у сфері управління, бюджетування або роботи з інформацією. При запровадженні нових нормативних документів (наприклад, щодо програмно-цільового бюджетування) всі якось пристосовуються до нових вимог, не міняючи усталену рутину по суті. Домовленості у сфері роботи з персоналом зазвичай спираються на неформальні стимули та правила, в тому числі, особистою опікою, блатом чи навіть формуванням справжніх династій із високими бар'єрами для входу. Люди зазвичай працюють на одних і тих самих посадах, на яких вони розпочинали свою кар'єру, аж до самої пенсії чи смерті.

Крім описаних вище спостережень, у дослідженні проведено глибинний аналіз п'яти основних функцій надання послуг, а саме управління людськими ресурсами, планування та бюджетування, роботи з інформацією та закупівель. Ці висновки представлено відповідно у главах 3, 4, 5 та 6.

Нижче подано короткий огляд спостережень за кожною з цих функцій управління.

## Управління людськими ресурсами

### *Непрозорість та наймання на роботу за конкурсом*

**Ринок посад у державних закладах охорони здоров'я є непрозорим: інформація про вакантні посади не публікується, а люди дізнаються про наявні вакансії через свої особисті зв'язки.** Брак інформації про вакансії більшість медичних працівників вважають однією з основних трьох перешкод на шляху до ефективного залучення персоналу, причому професіонали у сфері охорони здоров'я дізнаються про вакансії завдяки своїм особистим зв'язкам<sup>30</sup>.

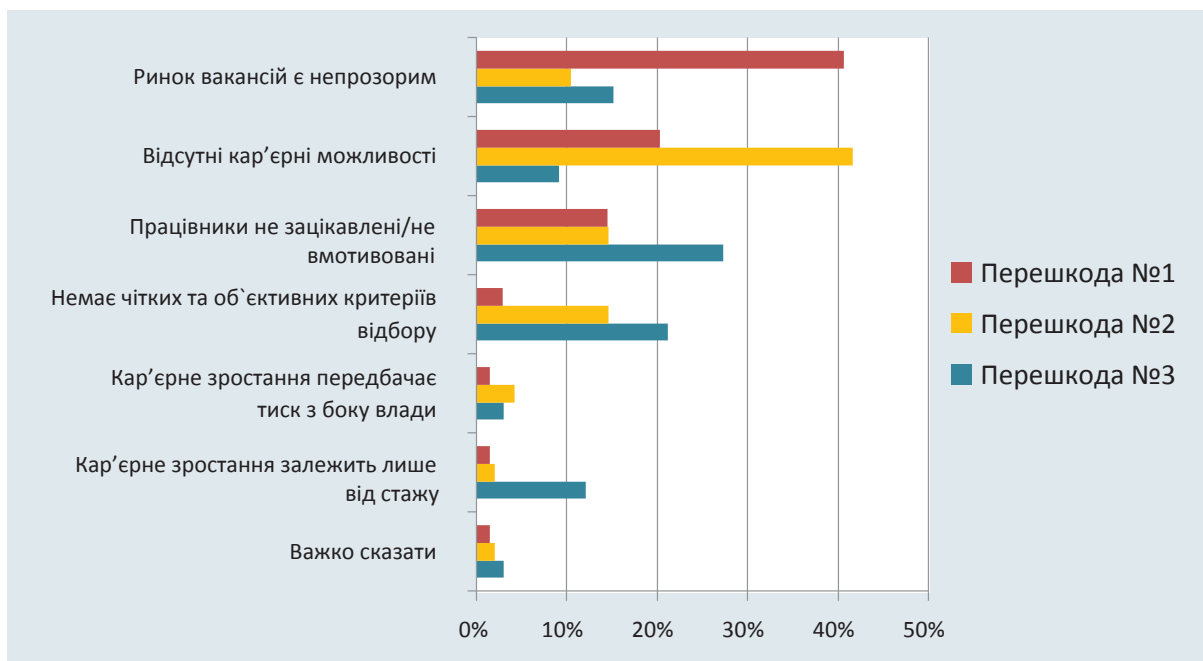
**Рішення про приймання на роботу та просування по службі приймаються майже винятково головними лікарями (ГЛ).** Незважаючи на те, що керівники відповідних відділень теж беруть участь у процесі відбору (вони, наприклад, можуть пропонувати кандидатів або з ними можуть радитися з приводу кваліфікації кандидата), остаточний вибір усе одно робить особисто головний лікар. Як заявив один респондент: *«На посади всіх призначає головлікар і діє при цьому на свій власний розсуд»*. Усеосяжна роль головних лікарів у процесі відбору персоналу неявним чином підтримується чинним законодавством, яке не вимагає проведення консультацій для призначення працівників на рівні закладу:

- Випадки вибору кандидата за наявності кількох кандидатур залишаються нерегульованими. По суті, чинне законодавство передбачає призначення працівників лише за результатами простих кваліфікаційних іспитів на підставі пакету документів, які мають надаватися всіма кандидатами, які шукають роботу в закладах охорони здоров'я.

<sup>30</sup> Навіть якщо інформація надходить не через особисті зв'язки, медичні працівники зазвичай дізнаються про відкриті вакансії в режимі особистого спілкування з відділом кадрів або головним лікарем відповідного закладу. Часто претенденти на робочі місця шукають роботу, просто відвідуючи окремі заклади та звертаючись із питаннями про наявні вакансії до відділу кадрів або безпосередньо до головного лікаря.

- Більшість головних лікарів та адміністраторів, які відповідали на це питання, сказали, що конкуренція за посади спостерігається дуже рідко. Деякі з них заявили, що не стикалися з такими ситуаціями навіть за більш ніж 20 років роботи. Значна частка призначень здійснюється шляхом безпосереднього розподілу випускників вишів та інтернів органами охорони здоров'я. В інших випадках на посаду зазвичай претендує один заявник. Крім того, заяви часто «базуються на пропозиції»: лікарі або медсестри часто подають заяви на певні посади не у відповідь на оголошення про вакансії, а радше через зміну їхньої життєвої ситуації (наприклад, переїзд в інше місто). Такі заявники адресують свої заяви головному лікареві і, якщо в закладі є вакантні посади, стають єдиними кандидатами на них.
- Лише одна третина головних лікарів змогли роз'яснити, якими процедурами вони користуються для вибору одного з кількох кандидатів. Більшість адміністраторів не змогли відповісти на це питання або визнали, що таких процедур і правил не існує. Серед тих, хто зміг роз'яснити свої підходи, більшість зосереджується на перевірці кваліфікації та досвіду роботи.
- Деякі респонденти згадували про конкурси на заміщення посад у сфері охорони здоров'я, організовані відповідними місцевими адміністраціями. Слід відзначити, що лікарі та медичні сестри з тих самих міст скептично ставляться до прозорості та ефективності цих конкурсів, сумніваючись у тому, що за їхніми результатами призначення завжди здійснюється відповідно до заслуг.

Рисунок 8. Вибір трьох основних перешкод при прийнятті на роботу, %



**Протекція відіграє вирішальну роль у призначенні медичних працівників, особливо на привабливі посади<sup>31</sup>.** У більшості випадків респонденти заявляли, що одержати роботу без зв'язків майже неможливо, але професійні якості можуть сприяти забезпеченню вибору конкретної особи з числа кількох «рекомендованих» претендентів. *«Чесно кажучи, щоб знайти роботу, потрібні зв'язки, певна підтримка, а іноді й неофіційна плата. Знайти роботу без цього всього можна дуже рідко. Таке трапляється лише тоді, коли з якоїсь причини лікарні терміново треба замінити вакантну посаду: наприклад, якщо відкривається нове відділення».*

<sup>31</sup> Попри те, що офіційна зарплата лікарів в Україні лише незначною мірою залежить від їхньої посади та спеціалізації, дохід від неофіційних платежів на пряму залежить від того, в якій сфері працює лікар. Наприклад, дуже привабливими вважаються такі спеціальності, як стоматолог, гінеколог та хірург, оскільки такі лікарі користуються великим попитом. Непривабливими посадами є посади терапевта, фіззіатра тощо.

Рисунок 9. Думки щодо важливості критеріїв на основі заслуг у розрізі посад

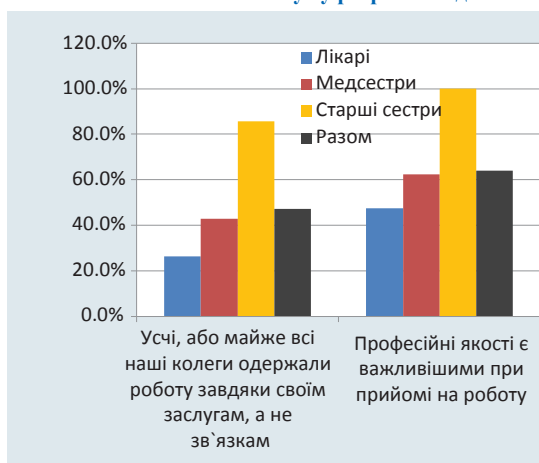
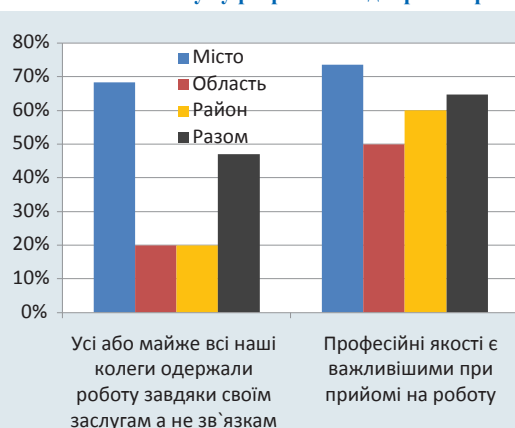


Рисунок 10. Думки щодо важливості критеріїв на основі заслуг у розрізі закладів різних рівнів

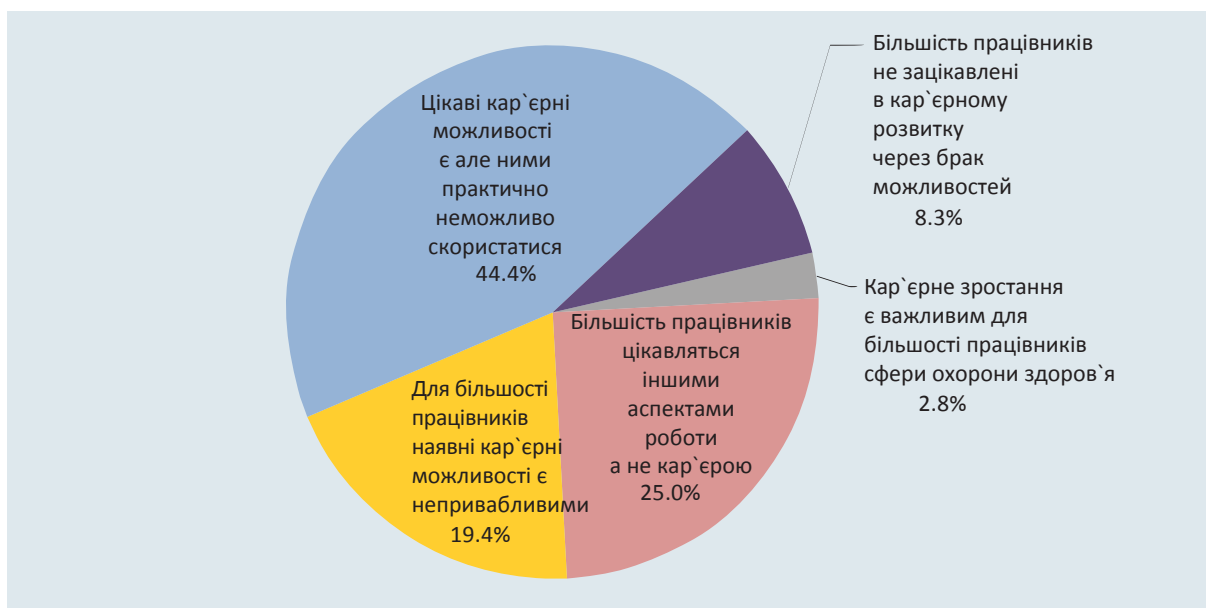


Інші респонденти вказували на те, що для системи охорони здоров'я характерна висока «ізолюваність» великих груп людей, об'єднаних між собою відносинами, побудованими на особистій протекції. Описи процедур наймання лікарів і медичних сестер на роботу містили чимало згадок про абсолютну необхідність зв'язків та наявність значних бар'єрів для входу в коло довірених осіб. «У нас тут склалися професійні династії: тато — хірург, син — теж хірург; усі їх знають, усі знають, що батько — гідна людина, а яблуко від яблуні недалеко падає».

### Статичні структури зайнятості та обмежена професійна мобільність

Система кар'єрного розвитку в системі охорони здоров'я України пропонує вельми обмежені можливості для професійного зростання. Єдиний реальний варіант кар'єрного розвитку для лікаря — це взяття на себе управлінських повноважень (а це передбачає суттєву зміну напрямку кар'єри), тоді як інші можливості кар'єрного розвитку в медицині є набагато менш помітними та привабливими.

Рисунок 11. Ставлення лікарів і медсестер до наявних кар'єрних можливостей

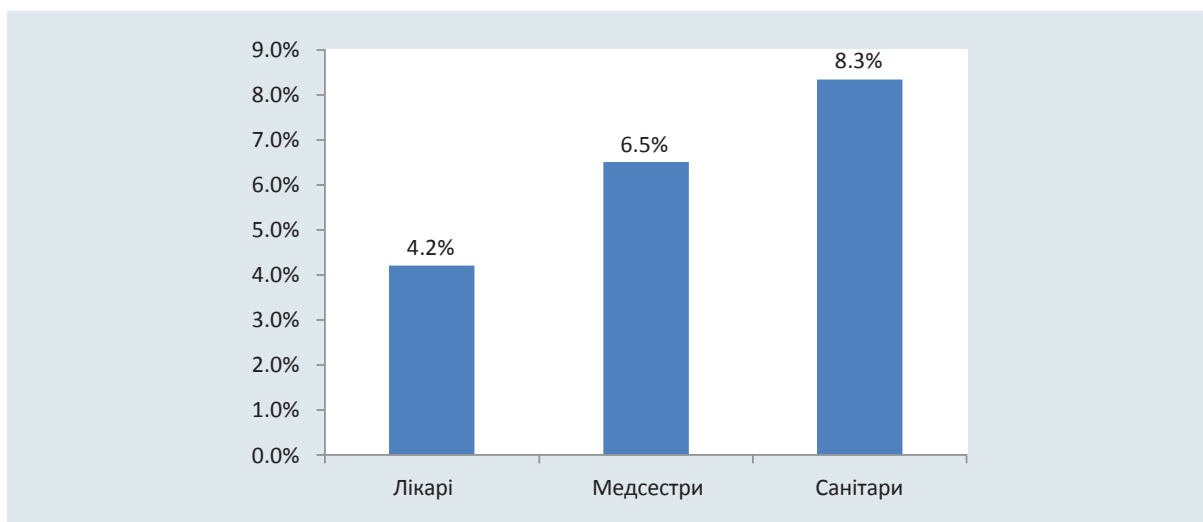


Більшість лікарів і сестер визнали відсутність у них інтересу до використання наявних на сьогоднішній день кар'єрних можливостей, стверджуючи, що цими можливостями скористатися нереально (44,4%), або що вони є непривабливими (19,4%), або що їх не існує (8,3%). «Перейти кудись у

межах закладу неможливо. В основному, люди працюють усе життя на тих посадах, на які прийшли, аж до самої пенсії. Кар'єрного розвитку немає. Але це аж ніяк нікого не турбує». Ще чверть респондентів пояснили, що для більшості лікарів кар'єра не відіграє важливої ролі, оскільки їх цікавлять інші аспекти своєї роботи (більший дохід, більша кількість пацієнтів, приватна практика тощо). Лише 2,8% респондентів згадали про кар'єрне зростання як про важливу мету, досягти якої прагнуть більшість медпрацівників.

**Плинність кадрів за всіма основними категоріями медичних працівників також є винятково низькою.** Фактичні річні показники плинності, зазначені під час співбесід, виявилися дрібними й набагато меншими за середній показник по країні, який становить 29,75% по всіх секторах, згідно з офіційною державною статистикою.

**Рисунок 12. Середні заявлені річні показники плинності для основних категорій медичних працівників у 2012 році (за відповідями головних лікарів)**



Як показано на рисунку 12, найнижчою є плинність лікарських кадрів (4,2%), дещо вищою — сестринських (6,5%), а максимальною — серед санітарів (близько 8,3%). Попри те, що низька плинність зводить до мінімуму прямі й непрямі витрати на пошук потенційної заміни, настільки низький рівень професійної мобільності одночасно є величезним приводом для занепокоєння, бо він показує, що професіонали-медики вважають перехід на іншу посаду дуже неприємним для себе. Ще більш небезпечним є те, що дуже низькі показники плинності можуть бути симптомом наявності певної прихованої вигоди, пов'язаної з подальшим перебуванням у межах організації: працівникам, можливо, довелося «інвестувати» у свої посади, й ці «інвестиції» можуть бути втрачені («незворотні витрати») у випадку звільнення.

Цей висновок узгоджується з твердженнями багатьох лікарів про те, що їм доводиться робити різноманітні та регулярні внески на експлуатацію своїх закладів, і багато вкладати в підтримання добрих стосунків із керівництвом закладів. Крім того, під час дослідження з'ясувалося, що користь від перебування на одній і тій самій посаді, без переходу на інше місце роботи є набагато вищою для лікарів у порівнянні з іншими категоріями медичних працівників (наприклад, медичними сестрами).

**Ризики, пов'язані з низькою плинністю кадрів, керівниками системи охорони здоров'я не визнаються. Вони зазвичай вважають цей показник позитивною ознакою стабільності.** Серед усіх головних лікарів, опитаних під час дослідження, лише 21,4% змогли надати оцінки плинності кадрів у відповідному закладі для лікарів, медичних сестер і санітарів попри наявність добре розвинутої системи ресстрації кадрів.



## Системи повсякденного управління персоналом закладів

Практика управління внутрішньою повсякденною діяльністю закладу та його персоналом головними лікарями є досить усталеною в більшості відвіданих закладів. У більшості закладів застосовуються ефективні внутрішні системи обліку кадрів («мертвих душ» немає, а прогули й сумісництво жорстко контролюються<sup>32</sup>), атестації, навчання та підвищення кваліфікації персоналу. Надійні системи обліку персоналу на рівні окремих закладів є для керівників цих закладів корисним інструментом. Водночас, ці системи можуть використовуватися як у шляхетних, так і в сумнівних<sup>33</sup> цілях.

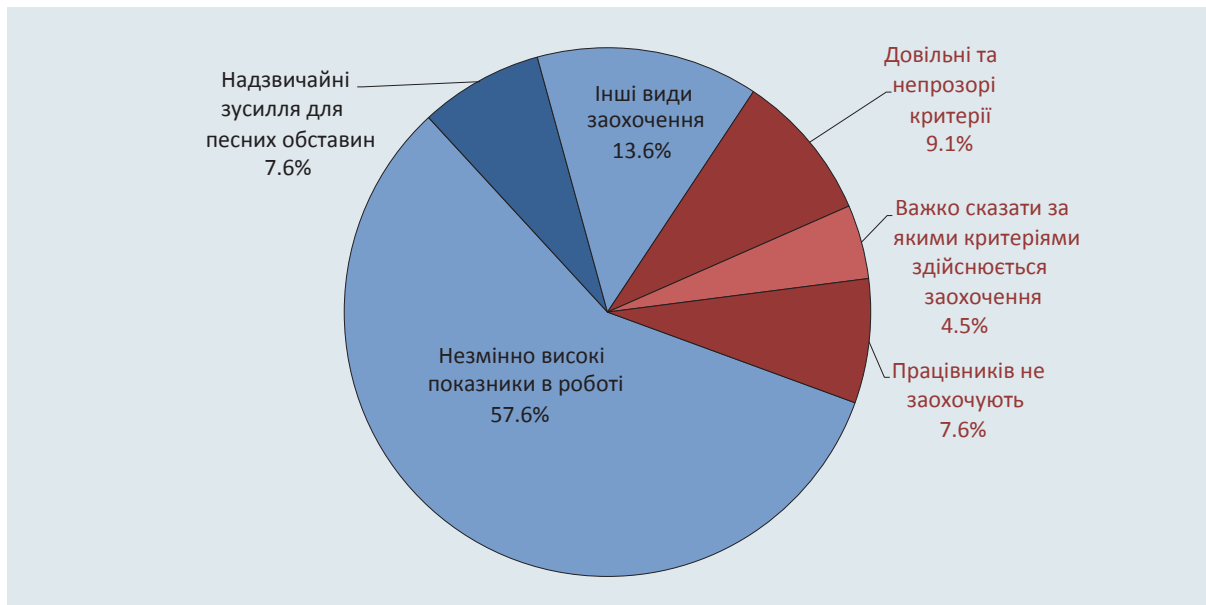
- У більшості закладів використовується комбінація формальної та неформальної систем оцінок, котра сприймається працівниками закладів як загалом корисна. Більшість лікарів і медсестер підтвердили, що в їхніх організаціях застосовується широкий набір корисних засобів оцінки діяльності персоналу. До певної міри таке ставлення обумовлене тим, що як заклад, так і його працівники потребують офіційного визнання своєї успішної діяльності для підтримання рівня професійної акредитації (заклади проходять акредитацію раз на 3 роки, а медичні працівники — атестацію раз на 5 років).
- Водночас, у закладах часто використовуються власні додаткові показники діяльності та системи моніторингу, а також неформальні канали зворотного зв'язку на зразок конференцій, індивідуальних дискусій і наставництва. Більшість персоналу (83,3%) вважають ці системи корисними з огляду на можливості для навчання, що їх ці системи надають (більшість лікарів одержують заохочення у формі додаткових можливостей для навчання), а також завдяки позитивному впливу на особисту мораль і дух колективу.
- Більшість лікарів та медсестер, які взяли участь в опитуванні, вважають, що високі показники в роботі загалом винагороджуються досить справедливо й прозоро. Лише 21,2% опитаних лікарів та медсестер висловили дуже негативне ставлення до чинної системи заохочення: 7,6% заявили, що досягнення ніяк не винагороджуються; 9,1% вважають, що критерії заохочення є довільними та непрозорими, й не мають чіткого зв'язку з високими показниками, а 4,5% визнали, що їм важко сказати, які саме критерії використовує керівництво для заохочення (див. рисунок 13). У більшості випадків, як пояснили нам лікарі та медсестри, заохочення надається за регулярну добру роботу та за надзвичайні досягнення. Дві третини опитаних лікарів і медсестер погодилися з тим, що керівники закладів заохочують керівництво відділень хвалити свої колективи та включати різні внутрішні винагороди в системи заохочення.
- Більшість респондентів вказали на наявність певного зв'язку між показниками діяльності та одержаним заохоченням, але найміцніший зв'язок забезпечується шляхом неформальної оцінки та неформального «м'якого» заохочення. У 78,8% випадків лікарі та медичні сестри заявили, що системи атестації, які використовуються в їхніх закладах, справляють принаймні деякий вплив на винагороду, котру вони одержують (заробітну плату, можливості для навчання, шанс на просування та будь-які інші можливості чи вигоди), але неформальна оцінка, як здається, справляє набагато більший вплив. До неформальних засобів заохочення належать: можливість узяти відгул, коли виникає потреба, гнучкість у виборі строків відпустки й можливість узяти відпустку влітку, добре ставлення, авторитет, престиж, грамоти та письмові подяки. У багатьох випадках респонденти згадували про можливість узяти участь у місцевих (міських та обласних) конкурсах на звання найкращого фахівця (лікаря або медсестри).

<sup>32</sup> Опитані керівники закладів дуже впевнено казали про свою обізнаність щодо можливої роботи своїх працівників в інших місцях у свій робочий час. В усіх випадках (100%) головні лікарі заявили про те, що в їхніх закладах ведуться докладні реєстри всіх працівників, що дає їм змогу контролювати сумісництво та роботу в інших місцях. Як правило, в цих системах зазначаються ідентифікаційні номери всіх лікарів та інших медпрацівників. При цьому важливо, що майже всі керівники заявили про те, що завжди знають про те, що будь-хто з їхніх працівників працює за сумісництвом де-інде.

<sup>33</sup> З одного боку, лікарі та медсестри вважають майже неможливим приховане сумісництво за рахунок свого звичайного робочого часу. Це допомагає знизити ризик витікання ресурсів та появи «мертвих душ», які лише числяться на роботі. З другого боку, наявні певні відомості про те, що керівники закладів, які здійснюють контроль над цими системами, мають змогу зловживати ними на власну користь (наприклад, шляхом свідомого прийняття на роботу «мертвих душ» для прикриття лікарів, які користуються політичною підтримкою).



Рисунок 13. Назвіть типові підстави для заохочення. (% відповідей лікарів та медичних сестер)



### Можливості для навчання обмежені, але сприймаються з великою вдячністю

Під час дослідження з'ясувалося, що в більшості закладів використовуються будь-які можливості для регулярного навчання персоналу, навіть якщо обсяг та якість такого навчання є обмеженими. Більшість лікарів та медсестер, опитаних під час дослідження, проходили курси підвищення кваліфікації кількаразово і, як заявляє більшість, вони значно вплинули на їхню роботу.

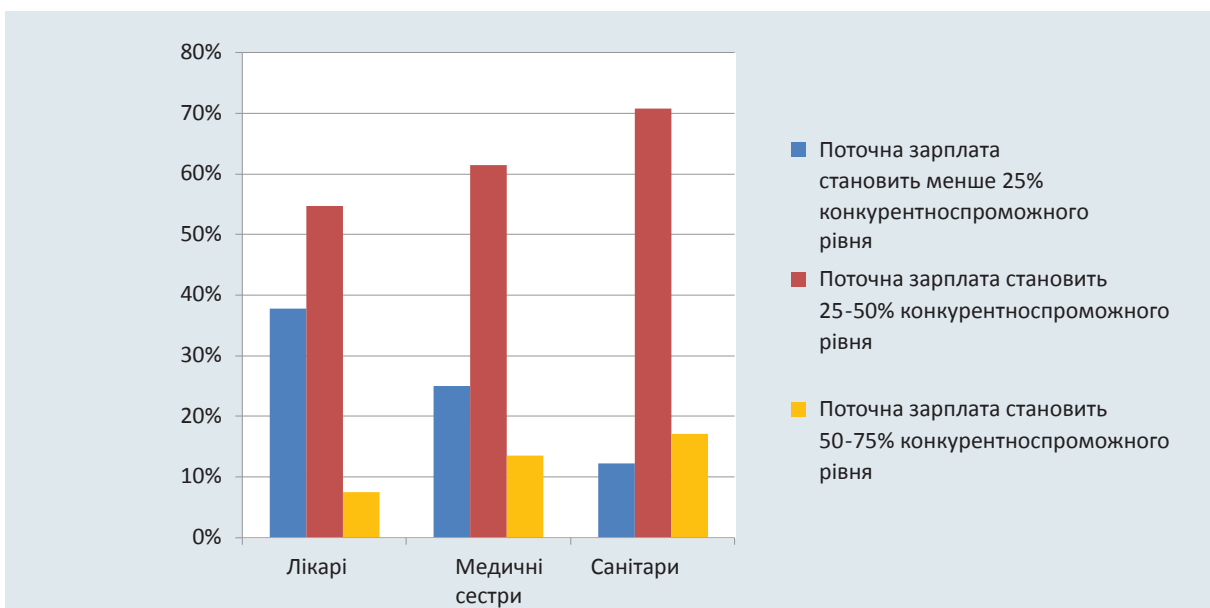
- **Основна програма навчання передбачає обов'язкову професійну підготовку, яка є основною вимогою для переатестації, що проводиться раз на 5 років для визначення «кваліфікаційних категорій».** Під час співбесід підтвердилося, що всі професіонали, які мають кваліфікаційні категорії, беруть участь у такому навчанні (91,4% лікарів та медсестер). Більшість медичних працівників позитивно відгукувалися про таке навчання і вважають його дуже корисним. Водночас, обов'язкове навчання в державних закладах одержало й найбільше число критичних зауважень у порівнянні з курсами на рівні відповідного закладу та зовнішніми заходами.
- **Окрім перепідготовки для переатестації, майже в кожному з закладів ведеться власна діяльність з підготовки та підвищення кваліфікації працівників.** Вона включає в себе проведення тренінгів, семінарів, наставництво, лекції та доповіді. Свою участь у такій роботі підтвердило 88,6% лікарів та медсестер. У порівнянні з державними курсами внутрішнє навчання вважається більш доречним: близько половини лікарів і медсестер заявили, що зміст цих курсів потребує коригування, а друга половина — що зміст цілком відповідає їхнім потребам.
- **Крім того, більшість медичних працівників заявили про свою участь у зовнішніх навчальних заходах.** Мова йде про різні конференції, семінари та практикуми, які, як правило, проводяться за межами відповідних закладів. Значну частку таких заходів, як здається, організовують і спонсорують фармацевтичні компанії, але лікарі та медсестри казали й про курси, які фінансуються іншими спонсорами (наприклад, громадськими організаціями) або самими працівниками.
- **Крім навчання, яке спонсорується фармацевтичними компаніями, працівникам доводиться шукати кошти на іншу зовнішню діяльність з підвищення кваліфікації.** Приблизно в одній чверті випадків респонденти самі платили за додаткове навчання, а в одній третині випадків їм удавалося знайти інші зовнішні джерела фінансування на зразок стипендій. Керівництво закладів зазвичай сприяє відвіданню працівниками зовнішнього навчання за їхній власний рахунок, але висловлення своєї доброї волі може використовуватися як нагода для заохочення (наприклад, заклад може взяти участь в оплаті квитків) чи покарання.

- **Попри те, що навчання високо цінується, його недостатньо.** Загалом, існуючі програми навчання, як здається, є менш важливими для професіоналів з вищою та вузькою спеціалізацією. Серед респондентів саме лікарі з більшим скептицизмом висловлювалися з приводу якості навчання у порівнянні з медсестрами. Під час співбесід респонденти пояснювали, що чимало курсів і конференцій мають або надто широку, або надто вузьку тематику, яка не пов'язана з вимогами їхньої професії. Крім того, багато лікарів заявили про те, що єдиним шляхом для одержання високоякісної освіти є навчання за кордоном, оскільки вітчизняна медична освіта сприймається як застаріла та нерелевантна.
- **Популярним способом підвищення кваліфікації є сумісництво в більш розвинутих закладах.** Як і в країнах з високим рівнем доходів, в Україні лікарі часто шукають додаткову роботу не лише для підвищення рівня доходів, але й для одержання вигоди більш стратегічного характеру: одержання нових знань і досвіду завдяки роботі в більш прогресивних закладах. Це є однією з причин, з якої керівники закладів охорони здоров'я в Україні не висловлюють своєї стурбованості з приводу роботи за сумісництвом, а часто взагалі вважають її корисною.

### Низькі рівні офіційної оплати праці та їхнє дедалі менше значення

За оцінками респондентів, у середньому нинішня заробітна плата лікарів відповідає лише одній третині суми, необхідної для утримання кваліфікованих професіоналів і забезпечення в них достатньої мотивації (див. рисунок 14). Середнє співвідношення між заробітною платою лікарів та сумами, що їх респонденти вважають достатніми для залучення добре мотивованих та висококваліфікованих працівників на лікарські посади, становить 31,5%.

Рисунок 14. Оціночні співвідношення між поточною та бажаною заробітною платою (% відповідей лікарів та медичних сестер)



За оцінками, конкурентоспроможність заробітної плати медсестер та технічних працівників є дещо вищою, але все одно становить менше 50% ринкового рівня. За оцінками, співвідношення заробітної плати та ринкового рівня оплати праці медсестер та технічного персоналу становить відповідно 35,8% та 42,6%. Під час співбесід з працівниками цих категорій їхні відповіді загалом звучали більш позитивно, причому частка тих медичних працівників, котрі оцінювали свою поточну заробітну плату як таку, що становить від 25% до 50% чи від 50% до 75% від ринкового рівня, була вищою.

Респонденти активно виступають за більшу залежність заробітної плати до рівнів кваліфікації та результатів роботи. Хоча більшість лікарів і медсестер хотіли б, щоб їхня зарплата зрос-

ла, найпопулярнішою є не вимога підвищити заробітну плату, а змінити порядок її визначення. Більшість респондентів вважають, що чинна система заробітної плати є малоефективною через слабкий зв'язок із показниками діяльності та через різницю, пов'язану з посадою, досвідом, рівнем освіти та іншими професійними досягненнями. Прив'язка рівня оплати праці до певних показників результативності стала б актуальним і дуже важливим кроком до зміцнення мотивації персоналу. Водночас, респонденти часто пояснювали, що правила такого нарахування зарплати за результатом мають бути дуже прозорими та зрозумілими для всіх через високий ризик зловживань.

**Багато медичних працівників не вважають офіційні зарплати чинником, який впливає на прийняття професійних рішень.** На думку дуже багатьох опитаних медичних працівників, самі по собі низькі зарплати не впливають на їхні професійні рішення чи на якість медичного обслуговування. Лікарі та медсестри поясняли, що в даний час широко поширеним ставленням до низької зарплати є почуття покірності, в результаті чого дуже низька заробітна плата ніяк не впливає на роботу людей. Іноді таке ставлення пояснюється відсутністю альтернативних робочих місць. Водночас, найчастіше такий відносний спокій є ознакою певних неофіційних доходів, котрі є більш важливими, ніж офіційна заробітна плата.

**Дедалі менша важливість офіційних доходів підтверджується тим, що багато лікарів вважають для себе важливішим доступ до якісного обладнання та приміщень, а не підвищення офіційної зарплати.** Один із лікарів заявив: *«Сталін наказав платити лікарям символічну плату, а решту вони заробляють самі. За цим принципом система працює досі. Звичайно, офіційна зарплата має бути гідною, але в нашій країні цього ніколи не буде, це просто нереально».* У відповідь на прохання оцінити ефективність нинішньої системи оплати праці чимало лікарів пояснили, що насправді зарплата як така не відіграє великої ролі, і що для них набагато важливіше мати змогу користуватися добрим обладнанням та якісною продукцією медичного призначення: *«Звичайно, зарплату необхідно підвищувати, але нам потрібне також і якісне обладнання. Нам, наприклад, потрібні якісні реактиви для лабораторії, бо ми маємо три лабораторії, і всі вони показують різні результати, а це заплутує наших пацієнтів».* Той факт, що чимало лікарів віддають перевагу обладнанню перед заробітною платою, знайшов своє віддзеркалення у відповідях головних лікарів на запитання про те, які умови роботи їхні працівники вважають «нормальними». Найбільше респондентів висловилося на користь надійного та сучасного обладнання (82%), тоді як про достатню зарплату згадали лише 55% респондентів.

### **Відсутність чітких правил виявлення помилок та зовнішнього контролю**

**Більшість респондентів відзначили, що системи виявлення поганої роботи та вжиття санкцій є ефективними, але багато респондентів поставилися до цього твердження зі скептицизмом.** Більшість лікарів та медичних сестер вважають існуючі системи виявлення поганої роботи та вжиття санкцій досить ефективною: вона забезпечує виявлення більшості помилок, а санкції, що застосовуються, зазвичай допомагають працівникам виправляти помилки й змінювати свої підходи. Водночас, чимало респондентів висловилися з цього приводу досить скептично, відзначивши, що помилки виявляються або рідко (25,8%), або взагалі ніколи (3,0%). *«Це тут не спрацьовує, тому що наша система базується на понятті медичної корпоративності та лояльності працівників. Ми не виносимо сміття з хати. Якщо, звичайно, помилка не є настільки великою, що про неї говорять на телебаченні».*

**Попри те, що респонденти змогли навести приклади проблем і відповідних санкцій, з зазначенням чітких правил виявлення та усунення відповідних випадків вони впоралися гірше.** Лише половина опитаних лікарів і медсестер згадали про нормативний документ, який описує загальний підхід до виявлення лікарських помилок і вжиття відповідних санкцій. За словами деяких із них: *«Це все індивідуально», «Усе залежить від головлікаря та обговорення з ним», і «Вибір конкретної санкції є довільним, оскільки ситуації є різними».* Багато респондентів були впевнені в тому, що якийсь документ існує (*«У керівництва МАЄ бути якийсь документ, ніхто ж нічого не зробить у нашій системі без документа»*) чи навіть називали різні підрозділи, котрі такий документ мають (*«Такий документ є у профкомі / у відділі кадрів / у юридичному відділі» тощо*).

Водночас, лише в кількох випадках респонденти змогли описати чітко, універсальне та єдине правило, яке застосовується у відповідному закладі. **Менше чверті лікарів і медсестер вважають, що медичні працівники ніяк не захищені від свавілля та незаслужених стягнень, але близько половини опитаних відчують певну незахищеність.** Зокрема, одним із найбільших ризиків є ймовірність подання скарги пацієнтом. У таких випадках практично не існує норм, які захищали б лікаря або передбачали б можливість подання апеляції третій стороні для незалежного розгляду.

## Планування, бюджетування, управління фінансами та продуктивністю

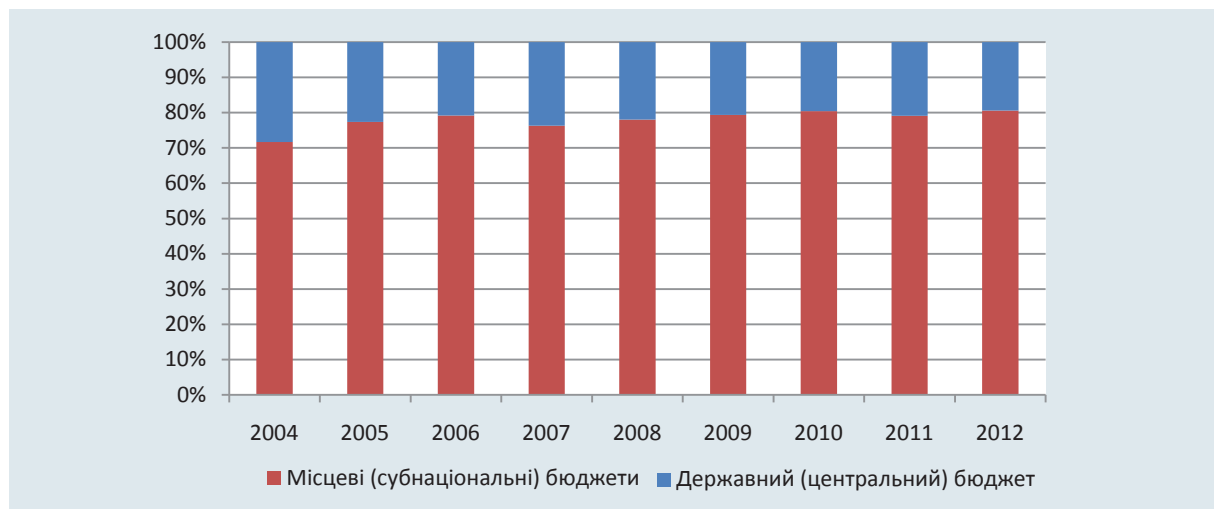
### Політика центру: попри свою непослідовність її сумлінно втілюють у життя

**Обов'язки з бюджетного фінансування системи охорони здоров'я в Україні делеговано місцевим бюджетам.** Місцева влада є ключовим гравцем у державній системі охорони здоров'я в країні й забезпечує більше 80% її коштів. Це означає, що головними розпорядниками бюджетних коштів, відповідальними за ці програми, є регіональні адміністрації, а не лінійні міністерства. Хоча центральні міністерства (котрі самі є головними розпорядниками бюджетних коштів) надають деякі послуги напряму (через певні централізовані програми), роль їхніх видатків є набагато меншою. Місцеві бюджети одержують значну частку коштів у формі трансфертів від уряду країни, як показано на рисунку 15.

Дотації вирівнювання, до складу яких входять кошти на фінансування охорони здоров'я, розподіляються між місцевими бюджетами з урахуванням певних демографічних показників (головним чином, за кількістю населення).

**Попри те, що розпорядження коштами передане на місцевий рівень, право приймати рішення мають зовсім не органи місцевого самоврядування.** На місцевому та регіональному рівнях спостерігається величезна невідповідність між адміністративними та фінансовими обов'язками. Місцеві адміністрації практично не мають ніякої свободи в тому, що стосується розподілу коштів та адміністрування програм. Ухвалення рішень (у тому числі, про бюджети на рівні закладів) регулюється жорсткою вертикаллю норм забезпеченості, встановленою наказами міністерства (зокрема, наказом МОЗ № 33). Місцева влада змушена виконувати нормативи кадрового забезпечення та фінансувати захищені статті бюджету на пріоритетній основі. Це стосується й оплати праці бюджетників, на яку припадає більша частка бюджетів сектору охорони здоров'я.

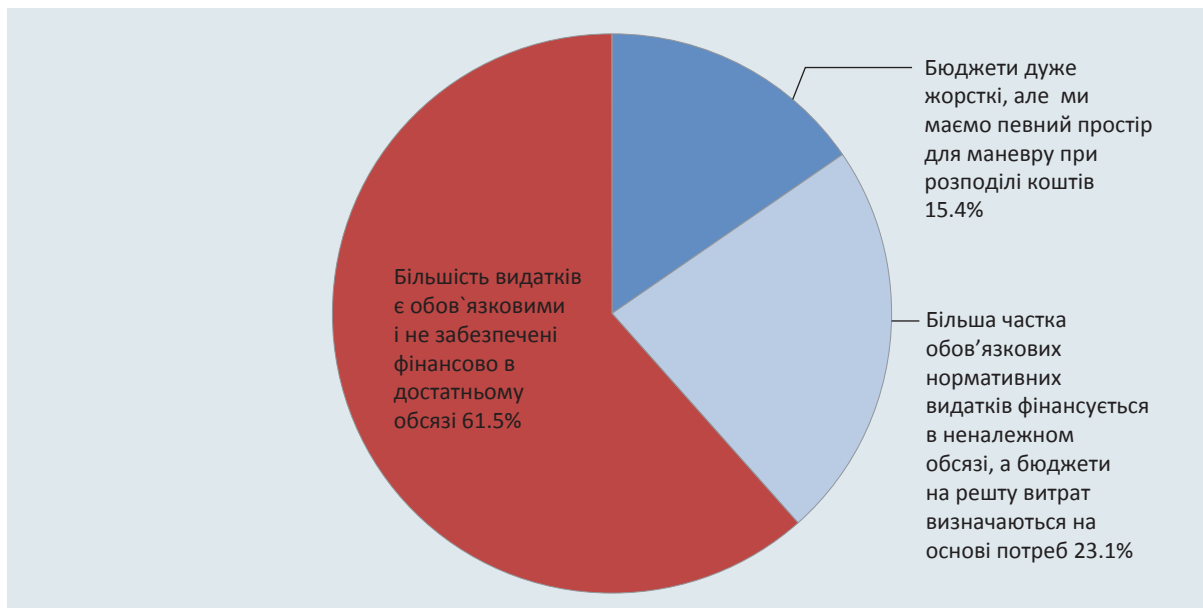
Рисунок 15. Важливість ролі бюджетів субнаціонального рівня у видатках на охорону здоров'я (2004-2012 рр.)



Джерело: Державна казначейська служба України

**Правила розробки бюджетів закладів охорони здоров'я в Україні є докладними, суворими та базуються на вхідному контролі.** Як відзначив один із головних лікарів: «У бюджетному плануванні головне — це час і багато ретельної сумлінної роботи». Бюджетні запити мають відповідати цілій низці нормативних документів, враховувати правила, які регулюють, зокрема чисельність та тип персоналу, визначають конкретні рівні заробітної плати, а також регулюють інші види можливих видатків. Існують докладні інструкції (нормативи або формули) для визначення всіх цих показників на підставі статистики діяльності закладу (на зразок числа ліжок та відвідувань). Під час цих розрахунків керівники закладів мають дотримуватися докладних схем роботи, що пов'язано зі значним обсягом адміністративної роботи — відповідні пояснення подано у врізці 9 у главі 4.

**Рисунок 16. Яка частка обов'язкових видатків зазвичай не перевищує бюджетних призначень? (% відповідей головних лікарів)**



**Заклади охорони здоров'я потрапили на передній край «невідповідності» наявних ресурсів та вимог щодо надання послуг, змушені компенсувати «недофінансування» і, за можливості, стягувати відповідні суми з пацієнтів.** Адміністраторам необхідно не лише представляти свої бюджети, дотримуватися неможливих нормативів, але й знаходити шляхи надання послуг у рамках виділених коштів.

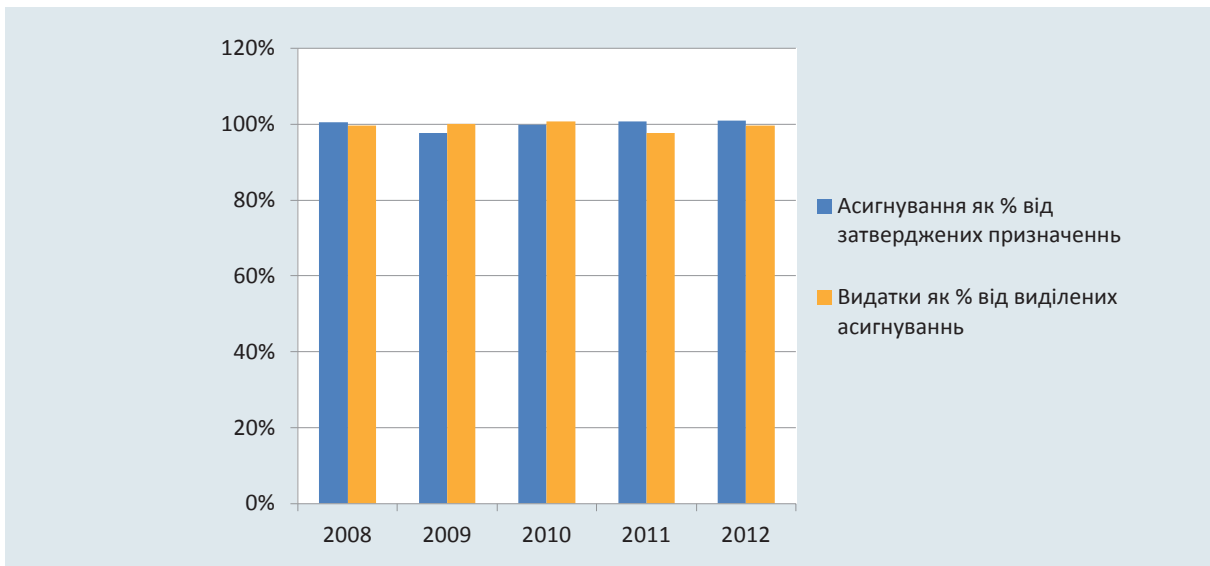
**Усім закладам, які мають справу з недофінансованими мандатами, доводиться шукати шляхів узгодження нав'язаних їм нормативів та мандатів з надання послуг із бюджетною реальністю.** Керівники закладів несуть особисту відповідальність за подання юридично правильних бюджетних запитів, які відповідають усім чинним вимогам. Хоча офіційних рекомендацій з цього приводу немає, домінує підхід, який передбачає використання шаблонів, у яких ураховуються всі вимоги, а також розрахунків, котрі «перетворюють» нав'язані норми витрачання коштів та надання послуг на фактичні норми в межах граничних призначень бюджету. Крім того, дефіцит ресурсів на рівні закладів змушує адміністраторів шукати альтернативних шляхів для забезпечення своєї діяльності ресурсами. Недофінансування часто покривається за рахунок збирання особистих коштів з лікарів та/або пацієнтів.

**На всіх стадіях планування та виконання бюджету Державна казначейська служба України, яка є центральним виконавчим органом, здійснює моніторинг і контроль видатків.** Керівники закладів згодні з тим, що система контролю з боку Казначейства унеможливує виділення коштів понад бюджетні призначення, що цілком відповідає передовій практиці. Державне казначейство проводить перехресну перевірку бюджетних призначень при формуванні бюджетів. Крім того, воно веде моніторинг граничних показників місячного розпису, координуючи тим самим прогно-



зування грошових потоків та управління ними на рівні кожного закладу. Після затвердження бюджетів Державне казначейство проводить кількаразову перехресну перевірку кожної з платіжних вимог на предмет відповідності бюджетним призначенням, затвердженим напрямкам витрачання коштів та місячним граничним сумам до виплати відповідних коштів. При цьому суворо забезпечується дотримання вимог щодо всіх таких перевірок. Загалом, практика виконання бюджету, як було встановлено під час дослідження ДВФЗ, є усталеною (див. врізку 1). Наше дослідження теж підтверджує цей висновок.

**Рисунок 17. Середнє відхилення фактичних асигнувань від затверджених призначень та фактичних витраток від виділених асигнувань**



**Діяльність усіх закладів контролюється та перевіряється різними державними органами (див. главу 4). Приписи, зроблені за результатами цих перевірок, як правило, виконуються.** Переважна більшість респондентів навела зразки заходів, вжитих за результатами проведених у них перевірок. 92,3% опитаних головних лікарів заявили, що якихось заходів було вжито. Характер цих заходів загалом відповідає порядку, встановленому законодавством. Деякі з рекомендацій, зроблених під час перевірок, є сумнівними, причому перевіряючі не завжди враховують наявність коштів для реалізації їхніх рекомендацій. У кількох випадках ці рекомендації призводили до помітного погіршення результатів (наприклад, на основі застарілих нормативів закладам було наказано користуватися в роботі з сучасним обладнанням неналежним набором хімічних речовин, що призвело до їхнього пошкодження, або здійснювати дуже неефективні з економічної точки зору закупівлі: див. главу 4).

**Бюджетам закладів і прогнозам грошових потоків зазвичай можна довіряти, але випадки внесення змін та затримок дедалі частішають.** Протягом останнього десятиліття Україна зробила величезний крок уперед у порівнянні з багаторічною заборгованістю в державному секторі наприкінці 1990-х років. Заборгованість було поступово погашено майже повністю після економічного та фінансового оздоровлення, яке розпочалося у 2000 році. Попри те, що Уряд заявляв про відсутність нової бюджетної заборгованості під час економічної кризи 2008 — 2010 років, в економіці виник певний фіскальний тиск. Офіційні статистичні дані щодо заборгованості перед бюджетним сектором по заробітній платі не було оприлюднено<sup>34</sup>, але за даними профспілок у сфері охорони здоров'я затримки почали зростати протягом 2012 року. Більшість керівників закладів, опитаних під час роботи над цією статтею, підтвердили свою здатність одержувати необхідні кошти згідно з бюджетними призначеннями відповідно до граничних місячних значень. Водночас, у 23,1% випадків

<sup>34</sup> Державний комітет статистики має великий обсяг докладної медичної статистики на своєму сайті, а Державна казначейська служба публікує певну інформацію про стан виконання бюджету. Водночас, жоден із цих органів (та жодне інше джерело) не публікує даних про заборгованість з виплати заробітної плати в державному секторі. Конкретна статистична інформація щодо заборгованості з виплати заробітної плати в державному секторі відсутня.



респонденти згадали про те, що останнім часом їм довелося зіткнутися з затримками платежів (опитування проводилося восени 2012 року). Вона самі зіткнулися з тим, що кошти виплачувалися лише на фінансування захищених статей бюджету, тоді як платежі, пов'язані з будь-якою іншою діяльністю «блокувалися». В одному з випадків заклад зіткнувся з 2-тижневою адміністративною затримкою здійснення платежу за технічний огляд карети швидкої допомоги, яка обслуговує два відділення інтенсивної допомоги, що фактично позбавило їх можливості надавати послуги екстреної допомоги. Крім того, навіть при розгляді захищених статей під час співбесід говорилося про приховані епізоди неповного фінансування. Попри те, що всі зарплати на сьогоднішній день офіційно сплачуються, деякі респонденти розповіли про замасковану заборгованість (наприклад, у формі обов'язкової неоплачуваної відпустки, під час якої доводиться працювати на своєму робочому місці).

### **Значні витрати на дотримання нормативних документів**

**Законодавством визначені докладні правила планування бюджетів, їхнього виконання й моніторингу, котрі часто є суперечливими й майже не залишають головним лікарям та іншим керівникам простору для маневру.** Вони сумлінно дотримуються норм, установлених для формування бюджетів, навіть якщо це пов'язане зі значними адміністративними та фінансовими витратами. Заклади вважають своїм пріоритетним завданням дотримання вимог центральної влади — як з точки зору управління бюджетом, так і з точки зору галузевих інструкцій.

**На всіх етапах управління бюджетом чинні правила вимагають виконання дуже докладної паперової роботи та встановлюють значну особисту відповідальність працівників за нього.**

- Опрацювання бюджетів здійснюється за суворими нормативами витрачання коштів у межах граничних значень, що вимагає значних обсягів паперової роботи та дуже знижує рівень мотивації. Головні лікарі скаржаться на брак часу й мотивації для докладання зусиль до стратегічного бюджетування. Головні лікарі також скаржаться на низький рівень мотивації при плануванні. Вони пояснили, що планування віднімає більшу частку їхнього часу, але практично не має реального змісту: *«Усе планування стосується не так того, чого ми хочемо досягти, як того, що нам дадуть витратити»*; *«Немає ніякої свободи в ухваленні рішень, наприклад, про закупівлю нового обладнання або ремонт приміщень закладів»*.
- Система казначейського моніторингу та контролю є обтяжливою, призводить до затримок у фінансуванні та накладає на керівників закладів величезний адміністративний тягар. Лише декілька головних лікарів заявили про те, що вони витрачають менше 5% свого часу на вирішення питань і проблем, пов'язаних із Державним казначейством, зокрема на перевірку та затвердження платіжних вимог. Більшості адміністраторів доводиться витратити на ці питання близько 15-30% свого робочого часу, а деяким — 30-50% або навіть більше. При цьому контроль з боку Казначейства охоплює всі види доходів і видатків закладів, включаючи їхні власні надходження від орендної плати за майно, передане в суборенду. Іноді це ускладнює для закладів використання навіть цих, теоретично більш доступних джерел фінансування.
- Ще одним тягарем є перевірки закладів, причому майже половина керівників вважають, що перевірки лише заважають діяльності та можуть призводити до погіршення якості роботи. Більшість головних лікарів (68,8%) вважають, що той тиск у формі різноманітних перевірок, під яким їм доводиться зараз працювати, є надмірним. Особливо тривалими (по 1 — 1,5 місяців) є перевірки, що проводяться Держфінінспекцією як центральним ревізійним органом, причому в цей час, за словами деяких головних лікарів, їм доводиться витратити весь свій робочий час (і працювати понаднормово) на виконання лише завдань, пов'язаних із перевіркою.

### **Відсутність зв'язку між ресурсами та результатами**

**Протягом останнього десятиліття Уряд України реалізував масштабні реформи з переведення державного бюджету на принципи програмно-цільового бюджетування (ПЦБ).** Правила складання бюджетів в Україні послідовно змінювалися, починаючи з 2001 року, з включенням до

них принципів ув'язки видатків з показниками результатів. Протягом усіх цих років Уряд опрацював докладні нормативні документи щодо розробки та виконання бюджетів на основі «програм» — напрямків діяльності зі спільною метою. Застосування принципу програмно-цільового бюджетування стало обов'язковим для всіх видатків державного бюджету у 2010 році (але запровадження цього принципу де-факто розпочалося набагато раніше, ще у 2002 році). Впровадження принципу ПЦБ для видатків місцевих бюджетів (на які припадає більша частка видатків у сфері охорони здоров'я) розпочалося у 2007 році. Повний перехід на витрачання коштів за методом ПЦБ заплановано на 2014 рік.<sup>35</sup>

**Водночас, додавання принципу ПЦБ до системи бюджетування на основі ресурсів ускладнює справжню прив'язку ресурсів до результатів навіть за умов належного впровадження обліку на програмній основі.** ПЦБ має ґрунтуватися на відповідальності та досягненні результатів, але з огляду на постійні спроби контролювати ресурси, а не результати, розробка бюджетів на основі принципів ПЦБ може стати суто символічним заняттям. Система ПЦБ в Україні співіснує з великим числом жорстких постатейних нормативних вимог на зразок докладних нормативів витрат за окремими статтями видатків та пріоритетів витрачання коштів, визначених міністерствами. У нашому дослідженні чітко показано, що ці статейні вимоги відіграють домінуючу роль у процесі формування бюджету, навіть попри те, що в остаточній редакції всі підсумкові значення групуються в програми та затверджуються відповідно до класифікації за програмно-цільовим принципом.

**Бюджетний облік за програмним принципом сприймається більшістю керівників закладів як додатковий бюрократизм, а не корисний інструмент управління.** З огляду на необхідність дотримання нормативів витрат і захищених статей, керівництву закладів важко забезпечити змістовне застосування принципів бюджетування, орієнтованого на результат.

**Практично жоден із опитаних головних лікарів, як здається, не знав про основні цілі запровадження програмно-цільового бюджетування, навіть якщо їхні заклади вже працюють за принципом ПЦБ.** У відповідь на запитання про те, яка частка їхніх бюджетів розробляється за програмами, орієнтованими на результат, а не за наперед визначеними формулами, результатами переговорів чи за іншими методами, жоден із головних лікарів не сказав, що принцип програмно-цільового бюджетування лежить в основі рішень, які вони приймають. Переважна більшість керівників сказали, що визначають свої видатки за формулою на основі ресурсних показників (64,5%). Решта заявили про те, що основну роль у їхніх розрахунках відіграє певна формула, але меншу частку бюджету вони розподіляють на альтернативних засадах: або шляхом інкрементального коригування історичних тенденцій за аналогічними розділами бюджету, або резервування невеликої частки бюджету для здійснення необхідних дискреційних видатків. Такі відповіді надавалися навіть тими головними лікарями, які застосовують облік за програмно-цільовим принципом у процесі формування бюджетів своїх закладів.

### *Характер і масштаб платежів приватних осіб*

**Система охорони здоров'я України фінансується, головним чином, за рахунок податків та значної частки особистих готівкових платежів (як формальних, так і неформальних), котра перевищує 40 відсотків сукупного обсягу видатків на охорону здоров'я або близько 3 відсотків ВВП країни за результатами опитувань домогосподарств України, що проводилися протягом останніх десяти років (див. Державна служба статистики України, 2011 рік).** Охорона здоров'я в Україні фінансується з загального фонду державного бюджету, хоча пропозиції щодо впровадження обов'язкового соціального страхування обговорюються вже протягом кількох років,

<sup>35</sup> Наказ Мінфіну № 805 від 02.08.2010 р. «Про затвердження основних підходів до запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів» чітко описує порядок впровадження ПЦБ й передбачає повне переведення всіх місцевих бюджетів на ПЦБ до 2014 року. За даними Мінфіну, сотні місцевих бюджетів уже «використовують елементи ПЦБ». Наше дослідження не підтверджує цього (див. главу 3), незважаючи на те, що у двох областях із нашої вибірки мав розпочатися експеримент з ПЦБ (Львівська та Луганська області).

а впровадження страхової медицини визначене в чинній стратегії реформ у сфері охорони здоров'я як стратегічна мета. За своїм розміром ринок приватної медицини в Україні є мізерним як з точки зору надання допомоги, так і з точки зору фінансування за рахунок приватного страхування. Добровільним приватним страхуванням охоплено менш ніж 2% населення, причому багато зі страхових послуг усе одно надаються державними закладами охорони здоров'я з огляду на незначну кількість приватних закладів.

**Законність платних медичних послуг є предметом дебатів у сфері конституційного права.** Можливість офіційного справляння плати з пацієнтів напряму під час отримання ними послуг у державних медичних закладах обговорюється з 1996 року. Платні послуги передбачені низкою чинних нормативних документів (включаючи Бюджетний кодекс), але вони суперечать статті 49 Конституції України, згідно з якою «медична допомога надається безоплатно».

**Усі кошти, залучені закладами охорони здоров'я, мають бути повністю зазначені в їхній звітності з чітким цільовим призначенням; позабюджетні надходження не допускаються.** Під час дослідження з'ясувалося, що всі заклади регулярно одержують платежі приватних осіб, відомості про які їм доводиться включати у звітність; Бюджетний кодекс дає закладам змогу одержувати й витратити додаткові «власні надходження», але вони мають обліковуватися в повному обсязі у спеціальному фонді закладу<sup>36</sup>. Крім того, *Бюджетний кодекс* однозначно визначає можливі джерела власних надходжень, а також конкретні типи власних видатків, які можуть покриватися за рахунок відповідних власних джерел. Такі суворі норми роблять приховування платежів приватних осіб привабливішим.

**Більш ніж половина опитаних головних лікарів заявили про те, що офіційні платежі приватних осіб є для них одним із трьох найбільших джерел власних надходжень.** Попри те, що платні послуги не завжди є основним джерелом доходу, вони завжди мають значний обсяг і часто перевищують суми інших власних надходжень на зразок орендної плати. Зокрема, найбільша процентна частка головних лікарів назвала саме «додаткові послуги» найважливішим джерелом власних надходжень. Благодійні внески як джерело доходів в більшості закладів не посіли першого місця, але дехто широко їх використовує: зокрема, дитячим закладам охорони здоров'я заборонено надавати будь-які платні послуги, тому вони використовують благодійні внески як альтернативний варіант приймання платежів від приватних осіб. Механізми визначення цін на більшість офіційно платних медичних послуг зазвичай є прозорими та мають універсальний характер у межах області (й затверджуються відповідними обласними державними адміністраціями).

**Попри те, що бюджетні заклади охорони здоров'я зобов'язані вести облік усіх своїх фінансових потоків на казначейських рахунках, принаймні декотрі з них приймають платежі від приватних осіб через інші організації.** Значна частка закладів, відвіданих під час роботи над цим дослідженням, має позабюджетні фонди, котрі забезпечують можливість збирання та використання деяких внесків приватних осіб. Вони, як правило, мають статус благодійних фондів із окремими рахунками в комерційних банках. У багатьох закладах масштаб позабюджетних операцій може бути дуже великим (а іноді й перевищує загальний бюджет закладу).

**Більшість закладів регулярно збирають приватні внески на діяльність закладу з персоналу (близько третини офіційної місячної заробітної плати).** Найчастіше ці суми компенсуються за рахунок пацієнтів. 58,8% опитаних лікарів та медсестер визнали, що вносили свої власні кошти для того, щоб підтримати роботу закладу. У нашій виборці середня пригадана сума останнього такого внеску склала 592 грн. (медіанне значення — 100 грн., мода — 50 грн.), але розмір цих внесків коливався в межах від 2 до 10 000 грн. Середній місячний внесок у розмірі 592 грн. становить 32,9% заявленої офіційної середньої заробітної плати лікарів та 43,8% заявленої офіційної середньої заробітної плати медсестер. У 61,3% випадків такий платіж стягується регулярно, а не одноразово.

<sup>36</sup> Спеціальний фонд бюджету закладу включає в себе перелік надходжень і видатків, чітко визначених законодавством. Надходження повинні мати конкретне цільове призначення, а видатки мають повністю відповідати відповідним джерелам надходжень та їхньому цільовому призначенню. Будь-які видатки за рахунок спеціального фонду можуть здійснюватися лише за умови фактичного одержання надходжень із відповідним цільовим призначенням.

Деякі з таких внесків здійснюються готівкою, деякі — проводяться через благодійні фонди при закладах (в одному з випадків мова йшла про щомісячний внесок до фонду по 5 грн. з кожного працівника). Зазвичай зібрані кошти використовуються для придбання канцелярського приладдя та витратних матеріалів (інструментів, перев'язувальних матеріалів, тестів тощо), а також на ремонт і реконструкцію закладів. Водночас, у багатьох випадках мета збирання коштів є незрозумілою.

Це вказує на той факт, що лікарі та інші медичні працівники спочатку збирають кошти з пацієнтів, а потім діляться цим доходом від ОГП, одержаних від пацієнтів, з адміністрацією.

## Робота з інформацією

### *Складні багатоярусні системи загальної медичної звітності*

**Збирання та обробку даних у закладах охорони здоров'я в Україні організовано досить добре та за чіткою стандартизованою схемою.** Національна нормативна база, що регулює збирання медичних даних в Україні, є дуже складною та детальною. Конкретні форми первинної та узагальненої статистичної звітності стандартизовані та регулюються централізовано міністерством охорони здоров'я. Крім того, визначено чіткий порядок заповнення та обробки форм звітності.

Загалом, МОЗ використовує 246 форм обов'язкової звітності для реєстрації та узагальнення медичної статистики. Узагальнені статистичні дані формує Центр медичної статистики (ЦМС) МОЗ за інформацією з різних джерел, включаючи територіальні підрозділи ЦМС та місцеві органи охорони здоров'я, а також організації на кшталт санітарно-епідеміологічних служб (які відстежують дані щодо конкретних інфекцій, щеплень та ризиків для здоров'я людей у довікллі) і служби медичної експертизи.

**Співбесіди підтвердили, що ці універсальні норми сумлінно застосовуються.** Переважна більшість фахівців з медичної статистики заявили, що сформована ними статистична інформація стандартизується згідно з вимогами національного законодавства, й лише деякі з них згадали про проблеми, пов'язані зі складністю та незрозумілістю цих вимог. Крім того, згідно з чинними настановами, медична статистика збирається для узагальнення на національному рівні.

### *Низька економічна ефективність процесу збирання даних*

**Збирання медичної інформації в Україні коштує досить дорого.** Половина статистиків закладів охорони здоров'я вважають, що обробка даних вимагає оформлення надмірної кількості документації, що є однією з основних перешкод для забезпечення якості даних.

**Комп'ютеризовані системи для первинного збирання даних практично не використовуються.** Як правило, первинна медична документація (медичні картки окремих пацієнтів) ведеться на папері, але узагальнені статистичні звіти є стандартизованими та формуються автоматично з використанням спеціально розробленої програми «Медстат». Для формування узагальненої звітності деякі заклади мають змогу використовувати електронні засоби ведення первинної медичної документації, відомості з яких можуть передаватися в автоматичні системи для формування статистичної звітності, але такі випадки трапляються рідко.

**Персонал закладів, включаючи лікарів, витрачають непропорційно багато часу на оформлення документації, пов'язаної зі статистичною звітністю.** Багато фахівців зі статистики вважають, що навантаження на них перевищує їхні можливості й робить виконання службових завдань майже неможливим. Крім того, більш ніж половина опитаних лікарів та медсестер заявили, що вважають обов'язки з ведення статистики такими, що віднімають надто багато часу, а формат звітів, на їхню думку, є незручним. У середньому, за словами лікарів і медсестер, вони витрачають на реєстрацію та збирання даних 8,5 годин на тиждень (тобто близько однієї п'ятої свого робочого часу).



Популярним прикладом необґрунтованого навантаження у сфері збирання даних є використання «статистичних талонів». На цих папірцях записуються основні дані про окремих пацієнтів для збирання первинних даних. У багатьох закладах ці дані узагальнюються вручну шляхом сортування квитанцій (наприклад, за хворобою) без використання прикладних програм та можливостей автоматичної фільтрації. Відповідні завдання часто покладаються на лікарів і медсестер. Виконання цих завдань віднімає багато часу, а сама робота майже не піддається перевірці.

**Працівники інформаційно-статистичних відділів розчаровані відсутністю апаратних засобів та проблемами з прикладними програмами, які зараз використовуються МОЗ для формування узагальненої звітності.** Представники деяких закладів хотіли б мати більше комп'ютерів, але багатьох турбує й низька якість програмного забезпечення, яке зараз використовується для формування стандартизованої звітності. Дехто стикається з проблемами через те, що програмне забезпечення, надане МОЗ, не має необхідної функціональності, а на думку інших існуючі програми не завжди є сумісними та доречними.

**У багатьох випадках фахівці інформаційно-статистичних відділів вважають, що обсяг їхніх завдань у сфері роботи з інформацією визначено невірно: внаслідок цього вони витрачають сили на непотрібну роботу й працюють неефективно.** Менш ніж половина фахівців-статистиків закладів охорони здоров'я вважають, що завдання, на виконання яких іде більша частка робочого часу, є справді важливими. Найбільше часу віднімає організація процесу збирання даних, навіть якщо це завдання не завжди сприймається як таке, що виконується ефективно.

### **Викривлення даних внаслідок неефективності збирання інформації та неналежних стимулів**

**Попри те, що органи охорони здоров'я використовують різні механізми перевірки даних, спеціалісти закладів (медпрацівники та статистици) не впевнені в якості даних, які ними надаються.** Підрозділи, відповідальні за консолідацію даних, ретельно перевіряють звіти перед поданням, проводять перевірки закладів і організують навчальні заходи для статистиків. Неподання статистичної звітності або звинувачення в поганій якості даних може супроводжуватися жорсткими офіційними та неофіційними стягненнями. Це надає органам статистики потужний важіль впливу на заклади охорони здоров'я. Водночас, наявність такого важеля не завжди гарантує високу якість даних. Фактично, деякі фахівці закладів вважають, що надмірна увага з боку ЦМС змушує заклади викривлювати реальну картину справ. З другого боку, приблизно чверть фахівців-статистиків на рівні закладів заявили, що їхні дані ніколи не бувають або рідко бувають об'єктивними (й лише половина представників закладів заявили, що їхні дані завжди є об'єктивними).

**Незважаючи на те, що більшість лікарів та медсестер довіряють первинній документації, сформованій у відповідних закладах, вони рідко довіряють узагальненій медичній статистиці.** Чверть усіх лікарів та медсестер заявили, що не бажають спиратися на ці дані.

- Чимало медичних працівників вважають, що викривлення даних обумовлене необхідністю підтримання нав'язаних показників у статистиці охорони здоров'я (*«З усіма проблемами у сфері охорони здоров'я в Україні працюють статистици. Це вони зменшують смертність. Якщо якийсь показник зростає або падає, все залежить від того, що написали та під чим підписалися статистици. Ці тенденції часто на практиці не спостерігаються, але їх завжди видно у статистичній звітності»*).
- Але викривлення мають місце й через дуже низьку ефективність систем збирання даних (ведення первинної документації та первинне узагальнення на папері, незручні формати). Оскільки реєстрацію більшості первинних даних та первинне узагальнення не комп'ютеризовано, збирання даних здійснюється дуже ненадійно. Крім того, лікарі та медсестри скаржаться на те, що чимало форм є застарілими й незручними, що ускладнює достовірну реєстрацію первинних даних. Деякі форми вимагають надання надмірної інформації: наприклад, у медичних картках



стаціонарних хворих необхідно зазначити, чи є пацієнт «робітником», чи «службовцем». У той самий час, форми можуть надавати можливість зазначення базової медичної інформації — наприклад, діагнозу. Наприклад, статистичні квитанції, що прикріплюються до карт стаціонарних хворих, виписаних із лікарень, містять лише незначну частину повного медичного діагнозу пацієнта.

### *Погане узгодження даних з потребами процесу прийняття рішень*

**Використання даних є обмеженим на всіх рівнях — включаючи надання первинної допомоги, керування закладами та розробку місцевих стратегій охорони здоров'я.**

- **Медичні працівники, які беруть участь власне в наданні медичних послуг, рідко вбачають цінність у зібраних даних, оскільки вони є або нерелевантними, або недостовірними.** Лише менш ніж у половині випадків опитані лікарі та медсестри вважали дані, які їх просять збирати, корисними, релевантними та достатньо достовірними для використання у своїй практичній роботі. Більшість медичних працівників вважають збирання даних тягарем для себе, який вони несуть заради опрацювання аналітики на національному рівні. Вони не вважають такі дані корисними на рівні надання медичної допомоги. Дані є нерелевантними, головним чином, тому, що нічого не кажуть лікареві про історію звернень хворого в інші заклади (до, під час та після призначеного ними лікування). Такий горизонтальний обмін даними між закладами суворо обмежується, а ті дані, якими можна було б обмінюватися, часто є секретними.
- **Вибір статистичних даних для використання керівниками закладів є обмеженим, насамперед через те, що вони майже не мають можливості для ухвалення управлінських рішень (крім моніторингу дотримання нормативів).** Наведені опитаними керівниками приклади показують, що головні лікарі часто не використовують внутрішню статистичну службу в належний спосіб, бо вважають, що в них немає достатніх повноважень для ухвалення управлінських рішень. Наприклад, вони не мають змоги перерозподілити кошти на виконання визначених пріоритетними завдань або для виплати необхідного матеріального заохочення. У той самий час внутрішні адміністративні дані регулярно використовуються для планування на основі нормативів — це стосується, зокрема, кількості використаних ліжок-днів. Зважаючи на те, що значний обсяг діяльності закладів залежить від дотримання нормативів (зокрема, кількості зайнятих ліжок), такі статистичні дані є критично важливими для поточного планування та звітності. Інакше кажучи, керівникам закладів необхідно стежити за дотриманням цих нормативів для формування звітності, а також для ведення діяльності в обсягах, які дають їм змогу вимагати фінансування в достатньому обсязі.
- **Незважаючи на те, що зібрані дані використовуються в розробці місцевих планів охорони здоров'я, вони недостатньою мірою інтегровані в місцевий політичний процес і процес ухвалення рішень, і не завжди є реалістичними.** Опитування підтвердило, що місцеві стратегії охорони здоров'я зазвичай розробляються на основі актуальної медичної статистики, сформованої за допомогою ЦМС. У деяких стратегіях використовуються такі планові показники, як кількість щеплень, кількість перевірених на туберкульоз, або показники материнської та дитячої смертності, чи показники виявлення онкологічних захворювань. Там, де такі дані використовуються, багато з ЦМС (але не всі) заявили, що планові показники є цілком реалістичними з урахуванням фактичного значення відповідних показників. Пояснення, надані ЦМС, були не дуже однозначними та іноді викликали сумніви з приводу їхніх власних прогнозів. Крім того, на відміну від ЦМС, статистики закладів охорони здоров'я не завжди впевнені в достовірності статистичних даних, які використовуються для прогнозування потреб в охороні здоров'я на місцевому рівні. Зокрема, лише 30,8% опитаних у ЦМС заявили, що статистичні дані надаються не лише адміністраторам, але й місцевим політичним діячам у намаганні справити суттєвий вплив на пріоритети місцевої влади.

## **Погана придатність систем поширення даних для боротьби з неінфекційними захворюваннями.**

Ціла низка окремих хвороб (головним чином, інфекційних, а також рак) відстежується окремо через систему спеціалізованих обласних диспансерів. Основний обсяг первинної медичної статистики узагальнюється на рівні статистичних відділів центральних районних та міських лікарень перед відправленням в обласні підрозділи ЦМС. Водночас, ціла низка «спеціалізованих» медичних звітів (щодо шкірних та венеричних захворювань, ВІЛ/СНІД, раку, туберкульозу тощо) надходить через мережу спеціалізованих закладів «в обхід» центральних районних та міських лікарень.

**Двосторонній обмін інформацією про пацієнтів між закладами, як правило, не здійснюється навіть у тих випадках, коли такий обмін є критично важливим (наприклад, у випадку онкохворих).** У випадку смерті пацієнта або при виписці пацієнта заклад оформлює виписку з медичної карти, котра надається самому пацієнтові або його близькому родичу, після чого відповідний заклад не отримує про цього пацієнта ніякої подальшої інформації. Якщо пацієнта з інфекційним захворюванням або раком виявляють у закладі охорони здоров'я, а потім ставлять на облік у спеціалізованому диспансері, то перший заклад, до якого звернувся пацієнт, не одержує про нього ніякої подальшої інформації.

**Більшість лікарів скаржаться на те, що брак горизонтального обміну даними значно ускладнює їхню роботу.** Більшість лікарів пояснили, що за своїм характером інформація, яку вони збирають, відрізняється від тих відомостей, які потрібні їм для роботи: «дані про захворюваність і дані про наслідки лікування». Водночас, ці дані є недостовірними або секретними (й недоступними). Хоча лікарі мають повний доступ до показників, яким вони не довіряють («дані, не придатні ні до чого»), їм потрібна інформація, яка «засекречена й одержати її неможливо». Багато з них визнають, що забезпечення доступності даних вимагатиме значних змін у процедурах збирання даних та обміну ними; необхідно буде збирати дані з інших аспектів лікування й поширювати їх по горизонталі з використанням нових комп'ютеризованих систем обміну медичною інформацією. До даних, яких не вистачає, опитувані віднесли:

- **інформацію про особисту медичну історію до госпіталізації:** алергії; історія життя; медична історія сім'ї;
- **медичну інформацію, зібрану під час лікування:** аналізи, проведені в інших закладах; характер і результати паралельного лікування в інших закладах; відомості про те, чи є пацієнт ВІЛ-позитивним і чи страждає він на інші захворювання, які впливають на зміст лікування та безпеку медичного персоналу, й котрі пацієнт має право тримати в таємниці.
- **особисту медичну історію після виписки:** відомості про перебіг захворювань, які контролюються спеціалізованими диспансерами; результати лікування; медичні дані про послуги, надані закладами первинної, вторинної та третинної медичної допомоги; відомості про операції, виконані в інших закладах; результати подальших медичних оглядів.

## **Закупівлі**

Більшість закладів, які у своїй роботі використовують досить прогресивні положення Закону України «Про здійснення державних закупівель», прийнятого у 2010 році, здійснюють значні закупівлі з використанням прозорих конкурентних процедур. На рівні закладів положення цього закону застосовуються неухильно та регулярно. Результати співбесід показали, що фахівці з закупівель ретельно додержуються положень закону, а всі закупівлі, розмір яких перевищує граничне значення, передбачене законом<sup>37</sup> (тобто всі закупівлі, крім малоцінних), здійснюються шляхом проведення конкурсних торгів із належною публікацією всієї інформації, неухильним додержанням рішень комітету з конкурсних торгів та регулярним проведенням перевірок. Цей висновок підтверджується

<sup>37</sup> 100 тисяч гривень при закупівлі товарів та 1 млн гривень при закупівлі робіт.

тим, що деякі з фахівців з проведення закупівель з роздратуванням згадували про необхідність додержання нових нормативних документів і скаржились на додаткову роботу, пов'язану з ними.

**За відсутності чітких правил закупівлі малоцінних товарів і послуг вони часто закуповуються в непрозорий спосіб, а вибір постачальників здійснюється неоптимально.** Як і слід було очікувати, закупівлі на суми до 100 тисяч гривень згідно з чинним законом здійснюються без дотримання якихось конкретних правил. У більшості випадків рішення про такі закупівлі приймаються безсистемно, а часто — *«на основі практики, що склалася»* (тобто договори укладаються з традиційними постачальниками).

**При тому, що заклади й справді додержуються положень закону, здійснювані закупівлі мають серйозні вади, котрі є відзеркаленням прогалин, що містяться в самому законі.** В організації торгів спостерігається кілька суттєвих недоліків, котрі можуть викривляти результати торгів та загалом знижувати якість медичних послуг, що надаються:

- **Не розмежовано функції служби закупівель (СЗ) та Тендерного комітету (ТК).** Закон «Про здійснення державних закупівель» не передбачає відокремлення функції підготовки торгів та управління виконанням договорів від функції вибору постачальників та ухвалення рішень про укладення договорів. Фактично, СЗ та ТК розглядаються в законі як єдине ціле, тож саме так робота організується й на практиці. До Тендерних комітетів закладів входять працівники, котрі відповідають за виконання двох-трьох потенційно суперечливих завдань (наприклад, розрахунок обсягів закупівлі лікарських засобів, підготовку технічних умов, визначення кваліфікаційних вимог і, одночасно, вибір постачальників). Нинішня організація роботи комітетів з конкурсних торгів відбирає надмірну кількість робочого часу у членів цих комітетів (бо їх ніхто не звільняє від виконання основних службових обов'язків).
- **Брак розуміння «конфлікту інтересів» як поняття або ситуації, яку необхідно враховувати.** Немає чітких визначень «конфлікту інтересів» та правил дій на його випадок (не існує форм заяв для фахівців з закупівель про наявність потенційного конфлікту інтересів, відсутні правила повідомлення про наявність конфлікту інтересів тощо). При цьому жоден із опитаних фахівців із закупівель не був знайомий із самою ідеєю, а інтуїтивне розуміння поняття конфлікту інтересів було абсолютно невірним.
- **Надмірна кількість та глибина перевірок, що проводяться органами, мандат яких не стосується закупівель безпосередньо.** З приводу закупівель проводяться численні перевірки різноманітними контролюючими органами, включаючи, зокрема, органи внутрішніх справ та державної безпеки. Це не лише призводить до збільшення адміністративних витрат для керівництва закладів, але й викликає занепокоєння з приводу реальної мотивації для такої надмірної уваги.
- **Дуже неефективні системи роботи з інформацією.** Навіть якщо інформація ретельно реєструється, відповідна реєстрація, як правило, ведеться на папері; дані важко узагальнювати та практично неможливо використовувати для управління виконанням договорів у реальному часі. Особливо слабкою є інформація про постачальників (історія співробітництва, рівень якості). Однією з причин цього є неспроможність закладів користуватися інформацією про постачальників на практиці: «чорні списки» не ведуться, а можливості недопущення постачальників, які працювали незадовільно, до участі в торгах відсутні.

**Заклади не влаштовують якість медичної продукції, що закуповується централізовано, та механізми централізованого здійснення закупівель.** Централізовані закупівлі, що здійснюються за загальнодержавними цільовими програмами, критикують за низьку якість і невідповідність потребам лікарень. Водночас, лікарні не почуваються спроможними відмовитися від продукції, що постачається в такий спосіб. Крім того, закупівля деяких товарів на рівні закладів (зокрема, обладнання) контролюється централізовано державним підприємством, яке має незрозумілі повноваження та має дуже суперечливі інтереси (зокрема, воно здійснює маркетинг і реалізацію певних видів обладнання, його технічне обслуговування, розробляє стандарти та оцінює відповідність цим стандартам).

## Що можна робити краще: рекомендації щодо політики

Що можна робити краще? У літературі, присвяченій оцінці діяльності системи охорони здоров'я, йдеться про визначення очікувань, вимірювання досягнень з точки зору результатів, відстежування змін у ресурсах системи охорони здоров'я та інших ресурсах, що використовуються для досягнення зазначених результатів, оцінку ефективності використання ресурсів, а також оцінку впливу функцій системи на виявлені рівні досягнень та ефективності. Для поліпшення ситуації мають бути визначені чіткі показники, оскільки підвищення організаційної ефективності може бути забезпечене через нові структури та стимули управління.

В Україні на часі стоять питання про те, як краще платити закладам і заохочувати персонал до кращої роботи, і як краще розгортати людські ресурси та підбирати відповідні набори навичок. **Дві з ключових проблем, які лежать в основі дисбалансу, описаного в цьому звіті, пов'язані, як здається, з порядком розподілу ресурсів та надмірним і не завжди раціональним набором нормативних документів у системі.**

Дослідження підтвердило інформацію, вже відому за результатами оцінки ДВФЗ (див. врізку 1): однією з основних вад системи УДФ в Україні є **відсутність зв'язку між стратегіями та бюджетами й між бюджетами та результатами**. Отже, однією з відповідей на ці проблеми мало б стати впровадження програмно-цільового бюджетування (ПЦБ). Водночас, як показано у главі 4, якщо нова система ПЦБ, що впроваджується в Україні, співіснуватиме з великим числом жорстких постатейних нормативних вимог на зразок докладних нормативів витрат за окремими статтями видатків та пріоритетів витрачання коштів, визначених міністерствами, то її впровадження завершиться невдало. Ці вимоги до порядку визначення статей за економічною класифікацією видатків бюджету відіграють домінуючу роль у процесі розробки, виконання та моніторингу бюджету, тоді як раціональному використанню ресурсів або ефективності витрат приділяється мало уваги (див. рисунок 7).

Скасування «нормативів витрат» має запроваджуватися з одночасним здійсненням змін у системі платежів, із відмовою від урахування історичних даних про видатки, ресурси та розподіл коштів між статтями. Нова платіжна система на основі кількості вилікуваних хвороб з урахуванням рівня тяжкості хвороби може повністю змінити бюджетний процес (фактично, усунувши потребу в дискреційній торгівлі навколо бюджету на основі наявних ресурсів, про яку йдеться в розділі 4) й забезпечити запровадження нової об'єктивної формули як основи для визначення бюджету кожного закладу, а тим самим — більшу гнучкість, зокрема, й на етапі виконання бюджету.

Ще однією з ключових реформ, на користь якої можна навести спостереження, зроблені в рамках дослідження, є розширення **самостійності надавачів медичних послуг**. Лікарні та інші медичні заклади мають об'єднуватися в «групи», а керувати ними мають професійні менеджери з відповідною кваліфікацією, уповноважені ухвалювати рішення та відповідальні за якість і ефективність надання послуг, а не за дотримання сотень дрібних стандартів і нормативів, багато з яких видаються непотрібними або ірраціональними, але їх дотримання перевіряється великою кількістю контролюючих органів, головним заняттям яких є подальше видобування ренти з системи під машкарою контролю за дотриманням таких нормативів. Інакше кажучи, керівників закладів необхідно *послідовно звільняти від ручного управління ресурсами, бюджетами, даними тощо*, а управлінська самостійність має набути два важливих виміри:

- (1) здатність організувати надання послуг, включаючи призначення та звільнення, визначення робочих годин персоналу, порядку оплати праці, капітальні видатки, закупівлю лікарських засобів і управління запасами тощо з певною гнучкістю та відповідно до загальних принципів, що визначаються рамковими нормами;
- (2) здатність залишати за собою заощадження й управлінську відповідальність у випадку перевищення видатків.

**Водночас, більша самостійність має супроводжуватися посиленою відповідальністю за результати.** Інакше кажучи, необхідно забезпечити відповідальність за роботу та фінансові результати. Щоб забезпечити таку відповідальність, у рамках реформування необхідно створити нову



структуру управління лікарнями з чітким розподілом управлінських та контрольних повноважень між відповідно виконавчим директором та радою. Застосування чинної правової бази діяльності державних підприємств у секторі охорони здоров'я може виявитися недоречним.

**I, нарешті, більша відповідальність вимагає кращого інформаційного підґрунтя, щоб забезпечити можливість довіри до ключової інформації про показники діяльності кожного закладу та використання цієї інформації при ухваленні рішень.** Нові інвестиції в інформаційні технології (ІТ) та глибокі зміни в порядку створення та поширення інформації в системі, є критичними елементами надання керівникам розширених повноважень і можливості активніше брати на себе ініціативу в управлінні закладами.

Наведена нижче матриця зводить докупи рейтинги за окремими показниками, основні проблеми, виявлені під час дослідження, а також основні рекомендації, зроблені за результатами дослідження.

### Матриця основних спостережень і рекомендацій








Сфера діяльності та показники	Рівень		Основні проблеми	Рекомендації
<b>Робота з персоналом</b>				
<i>Наймання на роботу</i>				
Показник HRM-1. Публікація інформації про вакансії	Рівень С		<ul style="list-style-type: none"> <li>Виятково жорсткі штатні розписи, які затверджуються на національному рівні за типами закладів;</li> <li>Відсутність основних етичних норм і стандартів медичної практики;</li> <li>Непрозорість оприлюднення оголошень про вакансії; нормою є відсутність конкурсу при заміщенні вакантних посад.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Скасувати Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 23 лютого 2000 року «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;</li> <li>Затвердити нове законодавство, включаючи проект Кодексу етики українського лікаря;</li> <li>Запровадити прозорі механізми публікації оголошень про вакансії, а також нові законодавчі норми щодо відбору персоналу в разі наявності кількох кандидатів. Законодавством має бути встановлено обов'язковість конкурсного відбору.</li> </ul>
Показник HRM-2. Прозорість процедур призначення	Рівень С+			
Показник HRM-3. Конкурентний відбір кандидатів	Рівень D+			
Показник HRM-4. Важливість заслуг як критеріїв при найманні нових працівників	Рівень С+			
Показник HRM-5. Посадові інструкції	Рівень А			
<i>Управління персоналом</i>				
Показник HRM-6. Можливості для кар'єрного зростання	Рівень D+		<ul style="list-style-type: none"> <li>Брак можливостей для кар'єрного зростання;</li> <li>Обовязкова процедура переатестації на кваліфікаційну категорію не справляє достатнього впливу на заробітну плату та тарифну категорію працівника.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Змінити єдині кваліфікаційні вимоги для кожної з категорій працівників закладів охорони здоров'я, встановлені «Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників» (випуск 78, «Охорона здоров'я»). У нових нормах мають підкреслюватися вимоги до конкретних навичок, необхідних для роботи на кожній посаді, а не лише встановлюватися мінімальні кваліфікаційні вимоги.</li> <li>Переглянути кар'єрні можливості лікарів та медичних сестер шляхом перегляду «Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників» (Випуск 78, «Охорона здоров'я»), затвердженого наказом МОЗ № 117 від 29.03.2002 року). Забезпечити більшу гнучкість в управлінні кар'єрним зростанням на рівні закладів охорони здоров'я. Заохочувати кар'єрне зростання шляхом відкриття можливостей для просування по службі на всіх рівнях, а особливо для лікарів.</li> <li>Надати більше гнучкості у визначенні чисельності персоналу та рівнів оплати праці на рівні закладів;</li> <li>Переглянути Положення про порядок проведення атестації лікарів, затверджене Наказом Міністерства охорони здоров'я № 359 від 19.12.1997 року.</li> </ul>
Показник HRM-7. Процедури просування по службі	Рівень В			
Показник HRM-8. Повсякденна оцінка діяльності	Рівень А			
Показник HRM-9. Позитивне стимулювання	Рівень В+			



Сфера діяльності та показники	Рівень		Основні проблеми	Рекомендації
Показник HRM-10. Вчасна виплата заробітної плати	Рівень А			
Показник HRM-11. Навчання	Рівень А			
Показник HRM-12. Санкції	Рівень С+		<ul style="list-style-type: none"> <li>Лікарі та медсестри почувуються незахищеними у випадку незадоволеного стягнення. На даний час правила апеляційного оскарження є такими ж, що і для індивідуальних трудових спорів (вони викладені в главі XV КЗпП України).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Передбачити процедури розгляду скарг медичних працівників на основі статті 150 КЗпП, яка надає всім працівникам право на оскарження дисциплінарного стягнення.</li> </ul>
<i>Утримання кваліфікованих працівників</i>				
Показник HRM-13. Рівні оплати праці в державному секторі в порівнянні з приватним сектором	Рівень С		<ul style="list-style-type: none"> <li>Заробітна плата дуже низька й практично не залежить від показників у роботі.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Посилити залежність заробітної плати від рівнів кваліфікації та результатів роботи.</li> </ul>
Показник HRM-14. Плинність кадрів	Рівень D		<ul style="list-style-type: none"> <li>Винятково низька плинність кадрів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запровадити нові правила, які змусять працівників переходити на інші посади та/або в інші заклади через певну кількість років. Підвищити рівень прозорості внутрішнього ринку вакансій.</li> </ul>
<b>Планування та бюджетування</b>				
<i>Формування бюджету відповідно до цілей політики</i>				
Показник RB-15. Стратегічні настанови	Рівень А			
Показник RB-16. Зв'язки між стратегічними планами та бюджетами закладів	Рівень С+		<ul style="list-style-type: none"> <li>Правила розробки бюджетів закладів охорони здоров'я в Україні є докладними, суворими та базуються на жорстких нормативах.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запровадити для закладів лише два бюджетних призначення на поточні видатки. Перше на виплату зарплати, а друге — на здійснення всіх інших періодичних видатків. Перейти на принципи виплат лікарням за групами подібних діагнозів</li> <li>Ув'язати планування та бюджетування шляхом: а) виділення коштів бюджетним закладам у вигляді граничної суми («бюджетного конверту») як загального орієнтиру для планування; б) забезпечення більшої гнучкості в розподілі ресурсів на рівні закладів</li> </ul>
Показник RB-17. Залучення працівників до процесу стратегічного планування	Рівень С+		<ul style="list-style-type: none"> <li>Персонал інформують, з ним не консультуються. В деяких випадках головною метою інформування, як здається, є звернення до працівників по кошти.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запровадити механізми змістовного залучення професійних працівників до процесу планування та формування бюджету.</li> </ul>
Показник RB-18. Здатність до стратегічного планування та бюджетування	Рівень С+			
Показник RB-19. Бюджетування, орієнтоване на результат	Рівень D		<ul style="list-style-type: none"> <li>Запровадження ПЦБ без зміни інших правил формування бюджету не змінить бюджетний процес, і не вдосконалив його.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Виділяти закладам лише два бюджетних призначення. Перше на виплату заробітної плати, а друге — на всі інші видатки. Перейти на принципи виплат лікарням за групами подібних діагнозів.</li> </ul>
Показник RB-20. Зрозумілість і послідовність правил розробки бюджету	Рівень С			

Сфера діяльності та показники	Рівень		Основні проблеми	Рекомендації
<i>Бюджети капітальних витрат</i>				
Показник РВ-21. Критерії визначення пріоритетності інвестиційних проектів	Рівень В		• Планування та визначення пріоритетів капітальних інвестицій здійснюється, як здається, на рудиментарному рівні, але є в цілому надійним і адекватним.	• Розробити стандартизовані національні процедури оцінки капітальних проектів та планів капітальних витрат обласного рівня, розрахованих на три роки.
Показник РВ-22. Оцінка та відбір проектів	Рівень С+			
<i>Виконання бюджету та управління коштами</i>				
Показник РВ-23. Прогнозованість і доступність коштів	Рівень А			
Показник РВ-24. Гнучкість витрачання коштів та прозорість коригування	Рівень В		• Процедури коригування бюджетів протягом поточного року віднімають багато часу.	• Спростити процедури коригування бюджету протягом поточного року.
Показник РВ-25. Виділення коштів та контроль зобов'язань	Рівень С+		• Казначейство здійснює ефективний контроль для запобігання несанкціонованому здійсненню видатків, але система є неоквириною, слугує важким адміністративним тягарем для керівництва закладів.	• Спростити діючі процедури.
<i>Перевірки</i>				
Показник РВ-26. Обсяг та характер перевірок	Рівень С+		• Перевірки надто сильно орієнтовані на дотримання правил, а не на вивчення результатів роботи.	• Зміцнити процес внутрішнього аудиту; зміцнити аудит функціонування (результатів діяльності). • Зменшити кількість органів, які можуть проводити перевірки в кожному окремому закладі охорони здоров'я; • Запровадити процес підвищення якості, який включатиме в себе аудит якості.
Показник РВ-27. Адміністративний тягар, пов'язаний з перевітками	Рівень С+			
Показник РВ-28. Ступінь вжиття заходів за результатами перевірок	Рівень В			
Показник РВ-29. Політика розгляду скарг	Рівень С			
<i>Збирання доходів та об'єднання фінансових ризиків</i>				
Показник РВ-30. Значимість офіційно дозволених доходів і видатків за рахунок власних джерел	Рівень С+		• Надходження від платних послуг є значними. Попри це, узгодженого порядку приймання цих платежів не існує.	• Зменшити відстань між обіцянками держави та тим, що вона реально здатна надавати: чітко визначити законні доплати за послуги у сфері охорони здоров'я зі встановленням регульованих цін, чітким визначенням звільнених від оплати пільгових категорій (хронічно хворих та незабезпечених осіб), а також установити граничні обсяги платежів, які можуть здійснюватися кожним хворим протягом року.
Показник РВ-31. Обсяг незаявлених надходжень і витрат	Рівень С+			

Сфера діяльності та показники	Рівень		Основні проблеми	Рекомендації
<b>Моніторинг та оцінка</b>				
<i>Збирання даних</i>				
Показник МЕ-32. Розподіл обов'язків та координація	Рівень В		<ul style="list-style-type: none"> <li>«Джерела» інформації не вважають інформацію корисною або достовірною. Вони не мають мотивації для ретельного збирання інформації.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Розробити нові стандарти та процеси, усунувши перешкоди на шляху збору та обміну даними, зробивши цей процес необтяжливим і раціональним. Зібрана інформація має бути корисною, насамперед, для тих, кого просять її збирати.</li> <li>Визначити нові <i>послідовні інституційні рамки</i> розвитку «електронної охорони здоров'я» з чітким визначенням обов'язків з державного управління, регулювання, управління якістю даних та впровадженням рішень «електронної охорони здоров'я».</li> <li>Визначити набір <i>стандартів і нормативів</i>, які диктуватимуть «правила гри», що їх мають додержуватися всі «гравці» простору інформації з питань охорони здоров'я в Україні</li> </ul>
Показник МЕ-33. Наявність, періодичність і стандартизація даних	Рівень А			
Показник МЕ-34. Якість інформації	Рівень В+			
Показник МЕ-35. Економічна ефективність процесу збирання даних	Рівень С+		<ul style="list-style-type: none"> <li>Запроваджено значну кількість вимог щодо збирання даних (більше 200 різних форм лише у сфері охорони здоров'я в цілому).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Рационалізувати вимоги щодо збирання даних; об'єднати різні вертикальні програми та/або вдосконалити координацію між ними з точки зору збору даних.</li> <li>Визначити нові <i>послідовні інституційні рамки</i> розвитку «електронної охорони здоров'я» з чітким визначенням обов'язків з державного управління, регулювання, управління якістю даних та впровадженням рішень «електронної охорони здоров'я».</li> </ul>
Показник МЕ-36. Здатність до збирання даних та статистичного аналізу	Рівень С+			
<i>Використання інформації</i>				
Показник МЕ-37. Використання статистичних даних професіоналами у сфері охорони здоров'я	Рівень С		<ul style="list-style-type: none"> <li>Хоча більшість працівників сфери охорони здоров'я мають доступ до зібраних даних, вони рідко вважають їх корисними.</li> <li>Інформація про показники результатів діяльності закладів публічно недоступна або доступ до неї є важким.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Створити нові системи опрацювання інформації на основі потреб низових користувачів цих систем, а не потреб установ вищого рівня у звітності.</li> <li>Доводити до відома громадськості статистичні дані про співвідношення показників діяльності різних закладів.</li> </ul>
Показник МЕ-38. Використання інформації в управлінні закладами охорони здоров'я	Рівень В+			
Показник МЕ-39. Використання інформації в процесі стратегічного управління охороною здоров'я на місцях	Рівень С			
Показник МЕ-40. Прозорість інформації про результати діяльності	Рівень С+			
<b>Закупівлі</b>				
<i>Нормативне регулювання</i>				
Показник PR-41. Прозорість і зрозумілість нормативного регулювання державних закупівель у секторі охорони здоров'я	Рівень В+			

Сфера діяльності та показники	Рівень		Основні проблеми	Рекомендації
<i>Цикл здійснення закупівель</i>				
Показник PR-42. Методика визначення обсягів фармацевтичної продукції для закупівлі	Рівень С		<ul style="list-style-type: none"> <li>Обсяги закупленої фармацевтичної продукції часто залежать від суб'єктивних рішень, радше ніж об'єктивної методики кількісної оцінки потреби в медикаментах. Це створює ризик відкатів з боку постачальників, а також невинувато викривлює пропорції закупленої пропорції в бік певних груп товарів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запровадити законодавчу вимогу розрахунку обсягу закупленої фармацевтичної продукції на основі прозорої і об'єктивної методології.</li> </ul>
Показник PR-43. Функціональність і незалежність Тендерного комітету	Рівень С+		<ul style="list-style-type: none"> <li>ЗУ «Про здійснення державних закупівель» не вимагає розмежування функцій служби закупівель та Тендерного комітету, а радше розглядає їх як єдине ціле, що створює неминучий конфлікт інтересів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запровадити законодавчу вимогу чіткого відокремлення функцій Тендерного комітету від функцій служби закупівель.</li> </ul>
Показник PR-44. Об'єктивні критерії призначення членів Тендерних комітетів	Рівень D+		<ul style="list-style-type: none"> <li>Критерії членства в комітеті з конкурсних торгів, визначені законом, є нечіткими. Більше того, опитані фахівці із закупівель та члени ТК зазвичай не обізнані навіть з цими узагальненими критеріями (не знають про їх існування або розуміють їх невірно).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запровадити чіткі правила відбору членів Тендерного комітету за критеріями професійної кваліфікації, з окремою чіткою зазначеною вимогою щодо відсутності конфлікту інтересів і вимогою періодичної ротації.</li> </ul>
Показник PR-45. Виконання рішень Тендерного комітету	Рівень А			
Показник PR-46. Оскарження	Рівень А-			
Показник PR-47. Інформаційна система здійснення закупівель	Рівень D+		<ul style="list-style-type: none"> <li>Вимагає обирати переможця торгів за критерієм найнижчої ціни і не передбачає можливості «чорних списків» постачальників, які працюють незадовільно.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запровадити можливість і чіткі процедури для створення «чорних списків» постачальників, які в минулому проявили незадовільне виконання погоджених зобов'язань.</li> </ul>
Показник PR-48. Процес адміністрування договорів про закупівлю фармацевтичної продукції	Рівень С		<ul style="list-style-type: none"> <li>Законодавство вимагає перевірки Державною службою України з лікарських засобів лише тих ліків, щодо яких було виявлено порушення на рівні закладу (де перевіряється невідповідність у документації чи пакуванні). Таким чином, потенційно фальсифіковані ліки з правильно оформленою упаковкою та документацією практично повністю не перевіряються.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запровадити процедури періодичних вибіркового лабораторних перевірок придбаної фармацевтичної продукції з метою виявлення фальсифікованих ліків з правильно оформленою упаковкою та документацією.</li> </ul>

Сфера діяльності та показники	Рівень		Основні проблеми	Рекомендації
Показник PR-49. Процес адміністрування договорів про закупівлю обладнання та медичних засобів	Рівень В			
Показник PR-50. Аудит закупівель	Рівень В		<ul style="list-style-type: none"> <li>Обсяг аудитів з питань закупівель є надмірним і часто використовується як важіль впливу на результати торгів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Уточнити діючі правила аудиту закупівель і запровадити вимогу обов'язкового оприлюднення результатів перевірок.</li> </ul>
<i>Доброчесність і прозорість системи закупівель</i>				
Показник PR-51. Етика та антикорупційні заходи	Рівень D		<ul style="list-style-type: none"> <li>Повне незрозуміння поняття конфлікту інтересів серед фахівців із закупівель і повна відсутність процедур розв'язання таких ситуацій (вимог і форм декларування суперечливих інтересів, правил розкриття інформації, вжиття заходів у випадку недодержання політики з питань конфлікту інтересів тощо).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запровадити чіткі законодавчі визначення конфлікту інтересів, а також чіткі процедури, які б дозволяли фахівцям з закупівель ефективно вирішувати ситуації, де такі суперечливі інтереси можуть виникати.</li> </ul>

## Висновки

У дослідженні пропонується нова методика вивчення політики та практики управління в секторі охорони здоров'я в Україні та того, як вони сприяють або заважають медичному обслуговуванню та роботі. У дослідженні висвітлено основні вади чинної політики та практики управління у сфері планування ресурсів (людських, матеріальних та фінансових), менеджменту, моніторингу, а також ув'язано ці вади з розподілом повноважень та можливостей, структурою заохочення та відповідальності. Одержані результати мають системний характер (показники для відстежування та бальні оцінки для кожної з функцій) і використовуватимуться як стратегічний інструмент роботи з інформацією для привернення уваги уряду до питань реформування сектору охорони здоров'я.

**Додатковою цінністю** дослідження є те, що в ньому запропоновано набір конкретних і придатних для впровадження рекомендацій щодо шляхів удосконалення управління сектором охорони здоров'я в Україні за кожною з розглянутих функцій (див. попередній розділ) й одночасно зроблено спробу зробити внесок в опрацювання нової, більш жорсткої методики кількісної оцінки показників діяльності у сфері управління державним сектором, яка в перспективі може бути застосована й до інших секторів та інших країн. Завдяки цим засобам дослідження має на меті зробити внесок у зниження фрагментації, що зараз спостерігається в Банку, а також у науковій спільноті та спільноті розробників державної політики в тому, що стосується вимірювання та кількісної оцінки у сфері управління державним сектором та державного управління.

**Відкритим залишається питання про те, чи дає обрана методика змогу досягти емпірично достовірних результатів.** Як було пояснено, запропонована методика поєднує в собі якісні та кількісні аспекти. Розмір вибірки не є статистично репрезентативним, а «бальна оцінка» (визначення «рівню») ґрунтується на результатах проведеної нашою групою спільної оцінки різних відповідей на питання анкети та камеральні дослідження на основі чіткої ув'язки відповідей на питання анкети й спостережень, зроблених за результатами камеральних досліджень, із підсумковими балами відповідно до попередніх розділів. Водночас, більшість питань були «закритими», а не відкритими, а отже дають змогу об'єктивно оцінити частоту певної відповіді у вибірці. Інакше кажучи, запропонована методика має більш надійне емпіричне підґрунтя, ніж методика ДВФЗ, й одночасно поши-



рюється на інші виміри державного управління, що мають критичне значення для сектора охорони здоров'я, включаючи управління людськими ресурсами.

**Водночас, обмежений розмір вибірки накладає суворі обмеження на валідність одержаних результатів. Зокрема, основним обмеженням (і в минулому воно також обмежувало достовірність аналогічних досліджень у сфері державного управління) є наявність в анкеті кількох делікатних питань, на котрі деякі респонденти можуть надавати правдиві відповіді з великою неохотою. Це обмеження могло вплинути й на результати цього дослідження. Ця проблема має гострий характер у ситуації масштабної невідповідності реалій формальним правилам, коли респонденти можуть піддатися спокусі просто повторити співбесідникам положення правил, а не розповісти їм, як усе працює в реальному житті, якщо вони не мають надійної довіри до співбесідників. Для зменшення цього ризику наша група розпочала проведення співбесід з лікарів, медичних сестер та адміністраторів, із якими один або декілька членів групи мали особисті зв'язки, аби забезпечити максимальну ймовірність отримання правдивих відповідей.**

Після цього вибірка розширювалася на підставі рекомендацій, наданих першими опитаними. Цей підхід може дещо послабити, але не усунути можливість надання неправдивих відповідей. Крім того, інформація, одержана в результаті опитування, доповнювалася висновками експертів, а також поглибленим вивченням чинних законів та нормативних документів.

Незважаючи на це, описані тут спостереження слід розглядати лише як вказівки на реальність: зокрема, рейтинги слід розглядати як такі, що описують реалії в наближений спосіб, але завжди з систематичною похибкою в напрямку більш позитивних результатів у порівнянні з реальною ситуацією, оскільки ми не можемо виключити ймовірність надання неправдивих відповідей деякими респондентами, які не хотіли понести відповідальність за свої порушення або не довіряли тим, хто проводив співбесіди, а тому додали рожевої барви до свого опису реалій.

Ще одним «обмеженням» дослідження є те, що воно в явний спосіб було присвячене питанням державного управління на рівні надавачів послуг. Це лише один із трьох кутів у трикутнику відповідальності (рисунок 4). Це окрема підсистема в межах системи охорони здоров'я та системи державного управління. Управління суміжними підсистемами — це дуже важливе питання, яке ми спеціально висвітлювали в цьому дослідженні лише в тому обсязі, в якому воно позначається на надавачах послуг. Зокрема, ми виставили досить високі бали за показником РВ-19, який стосується стратегічного планування й бюджетування. Водночас, при стратегічному плануванні на рівні надавачів послуг наявність рамкових нормативів, достовірних макроекономічних та демографічних даних є позасистемною змінною. Завданням показника є вимірювання «внутрішньої» здатності лікарень вести змістовний процес стратегічного планування. Це не означає, що інші аспекти системи охорони здоров'я є неважливими. Доречно відзначити, що аспекти державного управління, які вимірюються з використанням показників, — це лише невелика частина загальної картини. Водночас, вони допомагають виявляти окремі симптоми, котрі, взяті разом, можуть указати на базовий діагноз.

**Ми сподіваємося, що ця робота стане приводом для дебатів у рамках «спільноти практиків» у складі науковців та аналітиків, зацікавлених у вивченні питань державного управління.** Оскільки центр уваги при наданні допомоги заради розвитку дедалі частіше зміщується в напрямку питань державного управління (наприклад, у рамках операцій на основі результатів), а не в напрямку придбання ресурсів<sup>38</sup>, узгодження спільної метрики та методики оцінки поступу в цій сфері стає дедалі нагальнішим питанням для міжнародної спільноти, а також відповідних міністерств та адміністрацій-партнерів. Слід сподіватися, що такі дослідження, як представлене тут, можуть бути повторені з метою подальшого розвитку та зміцнення методики дослідження та результатів.

<sup>38</sup> Така ситуація пов'язана з тим, що надходить дедалі більше доказів, які показують, що для підсумкового результату важливим є не так обсяг ресурсів, вкладених у конкретний сектор, як по-справжньому нематеріальні чинники на зразок якості управління, якості інформації, призначеної для ухвалення рішень, або загального середовища регулювання й заохочення, а також механізми відповідальності перед громадянами та бенефіціарами послуг, що надаються.

## Глава 3. Робота з персоналом

### Вступ

#### *Державні службовці та звичайні працівники*

**Серед працівників сектора охорони здоров'я в Україні можна виділити дві великих категорії: це державні службовці та звичайні працівники.**

- 1) державні службовці або службовці органів місцевого самоврядування (працівники МОЗ України, МОЗ АРК, а також управлінь охорони здоров'я, за винятком працівників, які не мають статусу державних службовців — технічних працівників, бухгалтерів тощо);
- 2) особи, які не мають статусу державних службовців або службовців органів місцевого самоврядування (усі працівники закладів охорони здоров'я, а також працівники органів охорони здоров'я, які не мають статусу державного службовця).

**Якщо діяльність працівників системи охорони здоров'я, що належать до першої категорії, регулюється законодавством про державну службу, то діяльність другої категорії регулюється лише трудовим законодавством.** В принципі, режим роботи для працівників закладів охорони здоров'я регулюється тими самими положеннями, що й робота працівників інших секторів. Водночас, цей режим має низку особливостей. Серед них — особливі вимоги до кандидатів на вакантні посади у сфері охорони здоров'я (вони мають відповідати *Єдиним кваліфікаційним вимогам МОЗ*), особливий порядок переатестації, особливий порядок призначення керівників закладів охорони здоров'я тощо. Ці особливості докладніше описано нижче.

#### *Процес заміщення вакантних посад*

##### ШТАТНИЙ РОЗПИС

**Всі роботодавці в Україні (в т.ч. заклади охорони здоров'я) працюють на основі «штатного розпису».** Штатний розпис визначено в законодавстві України як «документ, що встановлює для даного підприємства, установи, організації структуру, штати і посадові оклади працівників. Штатний розпис містить назви посад, чисельність персоналу та оклади за кожною посадою<sup>39</sup>». У штатному розписі зазначаються лише види посад і відповідні посадові оклади, тоді як кількість годин роботи для кожної посади детально регулюється Кодексом законів про працю України (КЗпП).

**Бюджетні організації зобов'язані дотримуватися суворих правил формування та затвердження своїх штатних розписів.** Усі організації (крім бюджетних) мають право самостійно визначати свої штатні розписи (згідно зі статтею 64 Господарського кодексу України)<sup>40</sup>. Водночас, усі організації, які одержують державні кошти (у т.ч. медичні установи), зобов'язані дотримуватися правил формування штатних розписів, узгоджувати їх з Міністерством фінансів та щороку забезпечувати їхнє затвердження на рівні відповідних державних органів (наприклад, обласна лікарня подає штатний розпис на затвердження в обласне управління охорони здоров'я). Крім загальних правил, установлених КМУ та Мінфіном) для всіх видів бюджетних установ, окремі лінійні міністерства можуть запроваджувати галузеві вимоги до штатних розписів. Зокрема, у сфері охорони здоров'я МОЗ жорстко регулює зміст штатних розписів в описаний нижче спосіб.

**У типовій формі штатного розпису на кожний рік зазначаються найменування всіх видів посад бюджетної організації, згруповані за її підрозділами.** Для кожного виду посади у штатно-

<sup>39</sup> Лист Міністерства праці та соціальної політики «Щодо штатного розпису», № 162/06/187-07 від 27.06.2001 р.

<sup>40</sup> Господарський кодекс України, № 436-IV, 16.01.2003 р., чинну редакцію прийнято 30.10.2012 р.

му розписі зазначається: кількість ставок (кількість працівників) за кожною посадою, посадовий оклад; премії та доплати за кожною посадою, а також відповідний фонд оплати праці за кожною посадою (в місячному та річному розрахунку).

**Кількість ставок у штатному розписі суворо визначається Наказом МОЗ № 33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»<sup>41</sup>.** Конкретніше:

- Цим наказом визначено штатні нормативи для 52 типів закладів охорони здоров'я (у 52 додатках). Для кожного з 52 типів закладів у додатках визначено підрозділи, кількість посад та конкретні штатні розписи для кожного підрозділу / або кількості ліжок. Деякі структурні підрозділи та посади утворюються за наявності певних видів обладнання (наприклад, ставки рентгенологів). Наприклад, в обласній лікарні може бути утворене ендокринологічне відділення, й вона має право взяти на роботу одного ендокринолога на 20 ліжок. Деякі ставки розписуються між певними підрозділами: наприклад, у проктологічних відділеннях обов'язково передбачається половина посади онколога.
- Наказом регулюються види посад медичного, фармацевтичного, освітнього, адміністративного, допоміжного та управлінського персоналу для всіх видів закладів охорони здоров'я. Наприклад, при визначенні чисельності персоналу кухонь Наказом передбачено наймання одного чистильника овочів та картоплі на 50 ліжок у закладах до 500 ліжок та на 55 ліжок у закладах на 500 і більше ліжок.
- Так само Наказом визначається мінімальна кількість ліжок у кожному відділенні, що дає підставу для призначення завідувача відповідного відділення, а також іншого управлінського персоналу (наприклад, посаду завідуючого приймальним відділенням дозволено встановлювати в лікарнях на 250 ліжок і більше).
- Наказ надає керівникам закладів охорони здоров'я право вносити пропозиції щодо внесення змін до штатних розписів окремих підрозділів та встановлювати нетипові для відділень певного типу посади. Водночас, такі нововстановлені посади все одно мають бути визначені в Наказі № 33, а всі зміни здійснюються в межах виділеного фонду оплати праці, причому зміни можуть стосуватися лише посад однієї й тієї самої категорії персоналу (медичного, фармацевтичного, адміністративного та управлінського).
- У випадку створення нових закладів охорони здоров'я, для яких потрібні посади, не зазначені в Наказі № 33, структура їхнього штату визначається за узгодженням з МОЗ.

**Процес розробки та затвердження штатного розпису тісно пов'язаний із процесом формування та затвердження бюджету кожного медичного закладу.** Головним принципом, що лежить в основі цього підходу, є обов'язковість забезпечення кожною бюджетною організацією відповідності чисельності її працівників виділеним асигнуванням. Штатний розпис затверджується щорічно разом із бюджетом закладу. Штатний розпис описує всю структуру організації, включаючи всі підрозділи та посади, котрі фінансуються за рахунок доходів із власних джерел закладу. Будь-які зміни до затверджених штатних розписів вносяться лише з використанням тих самих форм та в рамках такого самого процесу, які використовувалися для затвердження первісного штатного розпису.<sup>42</sup> Як правило, штатні розписи всіх бюджетних організацій затверджуються органами влади того рівня, якому належить відповідний заклад. Ієрархія цього процесу є такою самою, що й у випадку затвердження бюджету організації.

<sup>41</sup> Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

<sup>42</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2002 р. № 228 «Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ»

## ПРИЗНАЧЕННЯ НОВОГО ПЕРСОНАЛУ

**Наразі немає чітких норм, які регулювали б процес призначення нових працівників (крім як на керівні посади).** Власники закладів або вповноважені органи заміщають вакансії у своїх закладах (згідно зі штатним розписом), укладаючи договори з відповідними працівниками. Контроль за цим процесом може здійснюватися лише в тих випадках, коли цього явним чином вимагає статут закладу або певний законодавчий документ, чи з боку обласного управління охорони здоров'я на етапі погодження штатного розпису. Законодавством визначено порядок контролю за призначенням та звільненням персоналу лише для завідувачів закладів (головних лікарів), але не для інших видів вакантних посад.

**Для прийняття на роботу на медичну посаду кандидат має відповідати Єдиним кваліфікаційним вимогам МОЗ.** Єдині кваліфікаційні вимоги визначають офіційні документи, що їх повинні мати кандидати на посади, а не їхні знання та навички.

- *Єдині кваліфікаційні вимоги* для всіх категорій працівників закладів охорони здоров'я (керівників, лікарів, спеціалістів, технічного персоналу) встановлені «Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників» (випуск 78, «Охорона здоров'я»), затвердженим Наказом МОЗ № 117 від 29.03.2002 року.
- Для кожної категорії медичних працівників у Довіднику визначено коло ключових завдань та обов'язків (посадову інструкцію) та кваліфікаційні вимоги. У цих визначеннях лише кваліфікаційні вимоги сформульовано чітко та однозначно, тоді як необхідні навички та обов'язки визначено в досить загальних словах. Наприклад, до *сестри медичної старшої* висувуються такі кваліфікаційні вимоги: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа»; підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо); наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії; стаж роботи за фахом понад 5 років. При цьому вимоги до знань і навичок старшої медичної сестри сформульовано досить загально: вона повинна знати чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; правила оформлення медичної документації тощо. Вимоги до кваліфікації, навичок та обов'язків інших категорій медичних працівників сформульовані в аналогічний спосіб.

## ВІДНОСИНИ МІЖ КЕРІВНИЦТВОМ ТА ПІДЛЕГЛИМИ

**Законодавство передбачає укладення з кожним працівником трудового договору та наявність посадової інструкції, але ніяк не визначає зміст та рівень деталізації цих документів.** Зазначений *Довідник* визначає більшість цих вимог у дуже загальній формі. Згідно зі статтею 21 Кодексу законів про працю України (КЗпП) основні обов'язки та обсяг робіт мають бути визначені в трудовому договорі та внутрішньому трудовому розпорядку. Але й для цих документів не встановлено юридичних вимог щодо рівня деталізації обов'язків у трудових договорах, посадових інструкцій та інших документів, які регулюють відносини між керівництвом та підлеглими. З огляду на це зміст і рівень деталізації таких посадових інструкцій визначаються рішенням керівника закладу. Як показано в цій роботі, під час дослідження було з'ясовано, що посадові інструкції на рівні окремих закладів є досить конкретними та обов'язковими для виконання (див. Показник HR-5).

## РЕГУЛЮВАННЯ ЕТИЧНИХ ПИТАНЬ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Основні обов'язки медичних та фармацевтичних працівників визначені Основами законодавства України про охорону здоров'я.** Згідно зі статтею 78 зазначених Основ, медичні та фармацевтичні працівники зобов'язані сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу; безплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях; дотримуватись вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю. Про ці обов'язки йдеться також у *Клятві лікаря*, текст якої був затверджений Указом Президента України № 349 від 15.06.1992 року. Цю *Клятву* дають випускники вищих навчальних медичних закладів України. До

2009 року Клятва лікаря була єдиним документом, у якому декларувалися принципи професійної діяльності лікарів<sup>43</sup>.

У 2009 році МОЗ розробило та оприлюднило на власному веб-сайті<sup>44</sup> для обговорення проект *Етичного кодексу лікаря України*. Цей проект був затверджений Всеукраїнською нарадою організацій лікарів, що відбулася в Євпаторії (24-27.09.2009 року). Водночас, цей документ так і не було затверджено як законодавчий акт, що зробило б його обов'язковим до виконання всіма медичними працівниками.

Загалом, зміст проекту *Етичного кодексу* відповідає нормам *Міжнародного кодексу медичної етики Всесвітньої медичної асоціації*. Проект *Етичного кодексу* встановлює обов'язок лікаря поважати честь і гідність пацієнта, зберігати таємницю медичної інформації (п. 3.6 Етичного кодексу), приділяти пацієнту стільки часу і уваги, скільки необхідно для встановлення точного діагнозу, виконання повного обсягу допомоги, не втручатися в приватні справи пацієнта і членів його родини (п.3.3 Етичного кодексу), шанувати право пацієнта на вибір лікаря (п. 3.5 Етичного кодексу), не вимагати від пацієнта або його родичів будь-яких винагород, не передбачених законодавчими і нормативними актами (п. 2.6 Етичного кодексу), не розповсюджувати з метою прибутку ліки та вироби медичного призначення, не приймати участь у змові з фармацевтами та представниками медичної промисловості з метою отримання незаконного доходу, не приймати винагороди від виробників і розповсюджувачів за призначення запропонованих ними ліків, не створювати передумови для нелегального отримання винагород тощо (п. 2.7 Етичного кодексу)<sup>45</sup>.

## Наймання персоналу

### Показник HRM-1. Публікація інформації про вакансії

**Публікація інформації про вакансії забезпечує надання кваліфікованим кандидатам можливості подати заяву про прийом на роботу. Це є передумовою залучення найбільш придатного та кваліфікованого персоналу.** Важко сформулювати достатньо велике коло кваліфікованих кандидатів, якщо інформація про вакантні посади є доступною лише через особисті зв'язки, а не через публічні канали на зразок веб-сайтів, публікацій, органів зайнятості та професійних організацій тощо. Крім того, навіть у випадку офіційної публікації відомостей про вакантні посади, подана інформація може бути обмеженою або недостовірною, що може не сприяти добросовісній конкуренції. З огляду на критичну важливість ефективного та змістовного оприлюднення інформації про посади, обрахунок цього показника вівся за Методом 1. «Найслабша ланка» — ось нинішня оцінка сприйняття лікарями та медсестрами проблемності закритого та непрозорого ринку праці.

Таблиця балів (Метод 1)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи сприймається непрозорість навколо вакантних посад (відсутність у вільному доступі відомостей про вакансії) медичними працівниками як одна з найважливіших 3-х перешкод та проблем у процесі пошуку роботи? [Вимір, що відповідає найслабшій ланці]	% лікарів і медсестер, які зазначили «Непрозорість ринку вакансій» серед 3-х найбільших перешкод і проблем у сфері наймання на роботу.	54,3%	Рівень С
Як часто особисті зв'язки стають основним джерелом інформації про вакансії?	% лікарів і медсестер, які заявили, що особисті зв'язки зазвичай є основним джерелом інформації про вакантні посади.	52,2%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С</b>

<sup>43</sup> Див. <http://www.apteka.ua/article/22890>

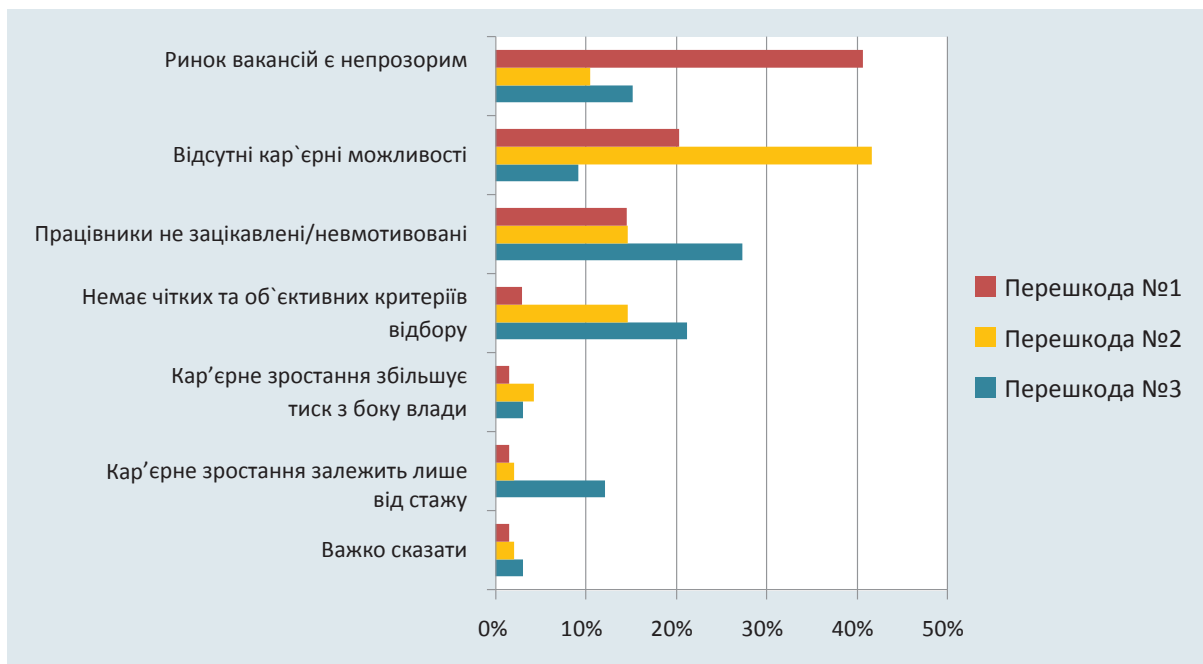
<sup>44</sup> [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20090324\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20090324_0.html)

<sup>45</sup> Етичний кодекс лікаря України, затверджений і підписаний Всеукраїнською нарадою організацій лікарів, що відбулася в Євпаторії (24-27.09.2009 року) (<http://health-ua.com/pics/pdf/19/30-31.pdf>)



У цьому дослідженні було з'ясовано, що ринок вакансій у державному секторі охорони здоров'я України є дуже непрозорим. 54,3% лікарів та медсестер зазначили «відсутність інформації про вакансії» (що є ключовим виміром для цього показника) серед трьох найбільших перешкод на шляху ефективного наймання на роботу. Що цікаво, найбільша частка лікарів і медсестер (40,6%) позначила цю проблему не просто як одну з трьох найбільших, а як головну проблему в найманні персоналу. Цю ситуацію ілюструє рисунок 18. Крім того, 52,2% лікарів і медсестер заявили, що особисті зв'язки є основним каналом надходження інформації про нові вакансії до професіоналів.

Рисунок 18. Вибір трьох основних перешкод при прийнятті на роботу, %

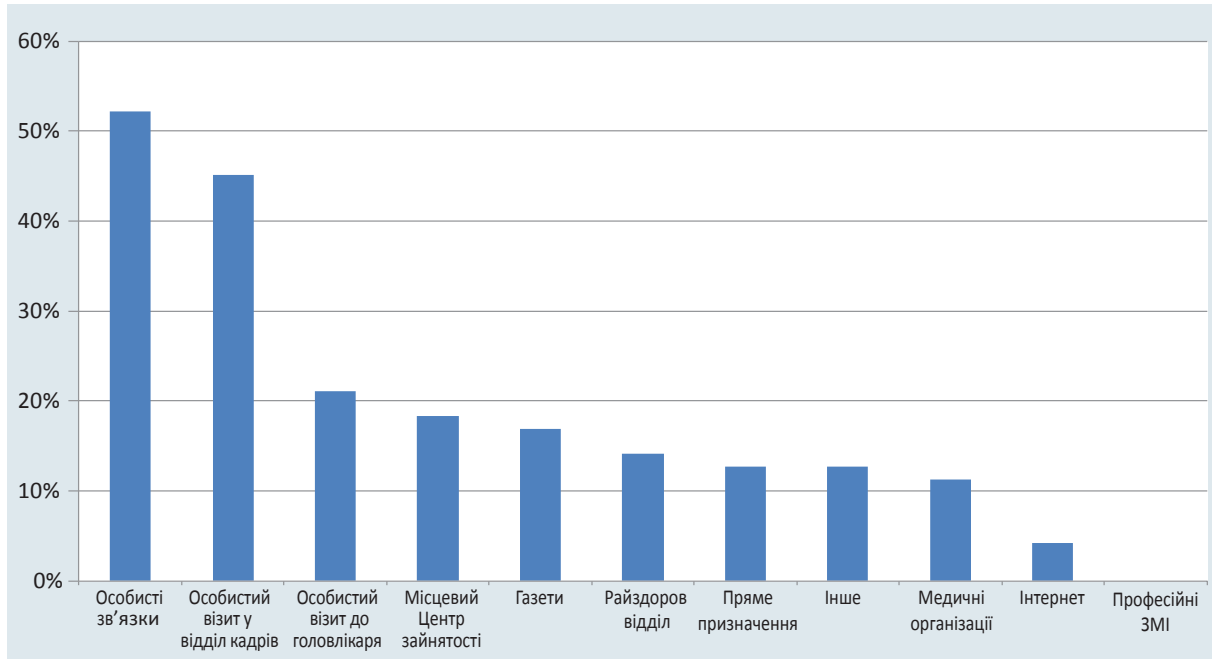


Результати співбесід явно підтверджують висновок про велику важливість особистих зв'язків для одержання інформації про доступні посади. На рисунку 19 показано, що особисті зв'язки найчастіше зазначалися серед основних джерел одержання інформації про вакантні посади в порівнянні з усіма іншими потенційними джерелами. Крім того, на другому та третьому місці за частотою зазначення виявилися особисте спілкування з відділом кадрів та з головним лікарем (ГЛ) відповідної лікарні. Часто претенденти на робочі місця шукають роботу, просто відвідуючи окремі заклади та звертаючись із питаннями про наявні вакансії до відділу кадрів або безпосередньо до головного лікаря. Цю ситуацію ілюструють пояснення, надані лікарями та медичними сестрами під час співбесід.

- *«Як правило, коли хтось іде з роботи, люди кажуть про це один одному, й ця інформація поширюється серед знайомих».*
- *«Найважливішу роль відіграють зв'язки та здатність спілкуватися — адже це лежить в основі нашої професії. У нашому місті дізнатися про робочі місця, не маючи зв'язків, неможливо».*
- *«Доводиться питати друзів, колег, ходити по відділах кадрів».*
- *«Поширення інформації з вуст в уста ми називаємо «сарафаним радіо». Власне, саме так колеги передають інформацію один одному».*
- *«Мені сказала про цю посаду завідувача відділенням, яка добре мене знала, бо ми багато років працювали разом, тому вона й запропонувала цю роботу мені. Вона знала, що я маю солідний досвід. Коли мене призначили на попередню посаду, я дізналася про вакансію від подруги. Вона працювала там і сказала мені, що в них відкрилася вакансія».*

**Пошук роботи через місцеві центри зайнятості є більш характерним для медсестер, ніж для лікарів.** Окрім одержання інформації про посади через особисті зв'язки та відвідання закладів, 18,3% респондентів визнали роль місцевих центрів зайнятості в наданні інформації про вакансії. Роль місцевих центрів зайнятості пояснюється у **виносі 3**. Ці організації зобов'язані збирати всю інформацію про вакантні посади та сприяти заміщенню вакансій. Дослідження показало, що цим каналом користуються, в основному, медичні сестри, а не лікарі. 25% медсестер скористалися цим каналом, шукаючи роботу, тоді як серед лікарів це зробили лише 12,2%.

**Рисунок 19. Назвіть основне джерело інформації про вакантні посади? (%)**



### **Показник HRM-2. Прозорість процедур призначення**

**Відкриті та прозорі процедури призначення на посади є ключовим засобом підвищення якості призначень.** Прозорий та відповідальний процес відбору забезпечує об'єктивність та безсторонність під час визначення кандидатів, а це, у свою чергу, є необхідним для оптимального розподілу людей між посадами. Крім того, такий процес обмежує можливість дискримінації та пропонування роботи в обмін на особисті послуги. Мінімальною вимогою для забезпечення прозорості є залучення ширшого кола учасників до процесу відбору кандидатів, що створює можливість для оскарження суб'єктивних висновків. З огляду на критичну важливість залучення до процесу ширшого кола учасників, підрахунок оцінки за цим показником вівся за Методом 1, а фактичне залучення ширшого кола учасників використовувалося як «вимір, що відповідає найслабшій ланці». Прозорості сприяє також належне документування кадрових рішень: відповідні документи можуть використовуватися для проведення аудиту або зовнішніх перевірок кадрових рішень.

**Процедури призначення персоналу в державній системі охорони здоров'я в Україні є непрозорими, головним чином, через неколегіальність процесу відбору персоналу та диспропорційну роль, яку відіграють головні лікарі.** Під час опитування 50% лікарів та медичних сестер заявили, що рішення про приймання на роботу в їхньому закладі ухвалюються лише головним лікарем. Дуже часто трапляється залучення до процесу відбору завідуючих відповідними відділеннями: наприклад, вони можуть пропонувати кандидатів або з ними можуть проводитися консультації щодо кваліфікації кандидата, але остаточне рішення все одно ухвалює особисто головний лікар. Один із респондентів сказав: «На посади всіх призначає головлікаря і діє при цьому на свій власний розсуд».

Таблиця балів (Метод 1)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Які юридичні вимоги передбачають залучення широкого кола учасників до процесу відбору персоналу, визначають критерії відбору та порядок документування ухвалених рішень?	Камеральне дослідження національного законодавства.	Правила не вимагають колегіального ухвалення рішень, але визначають певні критерії відбору та вимоги щодо ведення документації.	Рівень С
Чи правда, що рішення про наймання на роботу ухвалюються лише однією особою (головним лікарем) безконтрольно? <b>[Вимір, що відповідає найслабшій ланці]</b>	% лікарів та медичних сестер, які зазначили, що медичних працівників вибирає лише головний лікар.	50,0%	Рівень С
Наскільки часто під час процесу наймання на роботу кандидати зобов'язані подавати певний пакет документів, які підтверджують професійні досягнення та кваліфікацію кандидатів?	% лікарів і медсестер, які підтверджують, що їм доводилося подавати певний пакет документів під час їхнього приймання на роботу.	90,1%	Рівень А
Загальна оцінка			Рівень С+

**Навіть у випадку залучення до процесу підбирання кадрів органів місцевого самоврядування та інших місцевих органів влади головні лікарі можуть все одно зберігати за собою контроль.** У 10,9% випадків респонденти згадували про те, що в призначенні медичного персоналу в їхніх містах брали участь відповідні відділи охорони здоров'я. Останні відповідають за «розподіл» випускників між закладами охорони здоров'я. Водночас, процес наймання на роботу респонденти описують як «складний і болісний», зважаючи на те, що випускників, як правило, спочатку призначають в депресивні, малопривабливі або інші пріоритетні місцевості, а вплинути на цей процес важко. Крім того, головні лікарі зберігають за собою значний контроль у процесі вибору працівників. Один із респондентів заявив, що йому довелося дати хабара майбутньому головному лікареві за участь у міському конкурсі, навіть попри те, що цей платіж не гарантував призначення на цю посаду саме його.

Всеосяжна роль головних лікарів у процесі відбору працівників приховано підкріплюється чинним законодавством. Воно не вимагає проведення консультацій або участі кількох сторін у відборі персоналу на посади закладу. Порядок наймання на роботу на більшість посад у секторі охорони здоров'я<sup>46</sup> та процедури призначення регулюються Кодексом законів про працю України (КЗпП) та уточнюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, а також підзаконними актами Кабінету Міністрів України (КМУ)<sup>47</sup> та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ)<sup>48</sup>. Ці нормативні документи, фактично, описують пакет основних документів, які мають надаватися всіма найманими працівниками й задовольняють мінімальним кваліфікаційним вимогам<sup>49</sup>. Крім того, в цих нормативних документах описується процес перевірки необхідних документів та порядок початку роботи новопризначеними працівниками (перевірка пакета документів, підписання трудового договору<sup>50</sup>, видання наказу про призначення<sup>51</sup>, визначення умов, на яких працівникові дозволяється

<sup>46</sup> Це не державні службовці, до яких належать працівники органів охорони здоров'я на центральному, обласному, районному та місцевому рівні. Усі решта працівників сфери охорони здоров'я не є державними службовцями.

<sup>47</sup> Наприклад, у тому, що стосується обов'язків органів охорони здоров'я щодо погодження деяких призначень на посади та звільнень.

<sup>48</sup> Зокрема, *Галузевими правилами внутрішнього трудового розпорядку*, затвердженими Наказом МОЗ № 204-о від 18.02.2000 р.

<sup>49</sup> Надаються такі документи: паспорт або інший документ, що посвідчує особу, трудова книжка, документ про освіту, документ про підтвердження відповідності Єдиним кваліфікаційним вимогам МОЗ, а також довідка про стан здоров'я (частина друга статті 24 Кодексу законів України про працю, стаття 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

<sup>50</sup> Стаття 25 КЗпП, частина дев'ята статті 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

<sup>51</sup> У наказі зазначається посада (професія) згідно з Національним класифікатором професій України або штатним розписом, а також умови оплати праці (пункт 7 розділу II Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку).

розпочати роботу<sup>52</sup>, та вимога про внесення запису до трудової книжки впродовж 5 днів від початку роботи<sup>53</sup>). У КЗпП зазначено, що наказ про призначення має бути підписаний власником закладу або уповноваженим ним органом, але цей кодекс не містить вимог щодо відбору або процесу ухвалення рішень на зразок необхідності залучення кількох осіб до цього процесу. Крім КЗпП, провідна роль головних лікарів у призначенні нового персоналу підкріплюється іншими підзаконними актами. Вибір та призначення персоналу закладів віднесено до обов'язків завідувача закладу в переліку основних вимог до завідувача закладу згідно з «Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників» (випуск 78, «Охорона здоров'я»<sup>54</sup>) Крім того, МОЗ затвердив Примірний статут закладу охорони здоров'я<sup>55</sup>, який покладає на завідувача закладу відповідальність за призначення всіх працівників закладу й не містить вимог щодо додаткового погодження таких рішень (стаття 6). З цього підходу існують винятки, але їх мало.

**При цьому самі головні лікарі призначаються органами влади відповідного рівня, які відповідають за лікарні або інші заклади охорони здоров'я, а їхнє призначення передбачає проведення широких консультацій та отримання погоджень.** Більшістю закладів охорони здоров'я в Україні опікуються органи влади субнаціонального рівня, котрі виступають у ролі «власника закладу».<sup>56</sup> Зокрема, це правило стосується не лише органів місцевого самоврядування (міських та сільських рад), але й органів влади регіонального (обласного та районного) рівня, які керують діяльністю закладів, що перебувають у спільній власності територіальних громад сіл, селищ та міст відповідного району чи області<sup>57</sup>. Головні лікарі цих місцевих або регіональних закладів призначаються та звільнюються відповідною радою або її виконавчим органом. Конкретні процедури регулюються місцевими нормативними документами й можуть дещо відрізнятися одні від одних у різних регіонах. У селах, селищах міського типу та містах відповідальність за призначення завідувачів закладів покладається на міського голову, хоча в деяких містах (зокрема, в Ізюмі<sup>58</sup> та Сумах<sup>59</sup>) зазначене загальне положення статутів було переглянуто на користь запровадження більш широких консультацій з місцевими радами та адміністраціями (але відповідний процес докладно не описаний). У районах та областях кандидатів на керівні посади в закладах зазвичай висуває місцева державна адміністрація (голова адміністрації або ключового підрозділу), а саме призначення підлягає затвердженню місцевою радою<sup>60</sup>.

Водночас, чинне законодавство вимагає надання новопризначеними спеціалістами детальної документації та офіційних відомостей про кваліфікацію. Ця вимога сумлінно дотримується. Законодавство України здобуло за цим показником оцінку С, а не D, тому що КЗпП, Основи законодавства України про охорону здоров'я та підзаконні акти у сфері охорони здоров'я містять конкретні мінімальні кваліфікаційні вимоги до посад медичних працівників. Вони також регулюють порядок перевірки документів. Опитування вказало на те, що ці вимоги сумлінно додержуються. Повідомлення, надані респондентами всіх груп — лікарями, медсестрами та адміністраторами —

<sup>52</sup> Йдеться про такі умови: роз'яснення прав та обов'язків, підписання документу про умови оплати праці, пільги та компенсації, інформування про правила внутрішнього трудового розпорядку та колективний договір, визначення робочого місця, обладнання та інструментів, необхідних для роботи, інструктаж з питань техніки безпеки, гігієни праці та виробничої санітарії, а також з протипожежної охорони (стаття 29 КЗпП).

<sup>53</sup> Стаття 48 КЗпП.

<sup>54</sup> Затверджено Наказом МОЗ № 117 від 29.03.2002 р.

<sup>55</sup> Міністерство охорони здоров'я, Наказ № 734 від 30.08.2010 р. «Про затвердження Примірного статуту закладу охорони здоров'я — комунального некомерційного підприємства та Примірного договору про надання медичних послуг».

<sup>56</sup> Стаття 17 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні».

<sup>57</sup> Стаття 10 глави V Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні».

<sup>58</sup> Рішення № 2255 36-ї сесії 5-го скликання Ізюмської міської ради (Харківська область) від 28.05.2008 р. «Про затвердження Статуту територіальної громади міста Ізюма Харківської області».

<sup>59</sup> «Статут територіальної громади міста Суми», затверджений Рішенням Сумської міської ради № 893-МП від 26.10.2011 р.

<sup>60</sup> Крім того, на рівні районів кандидатури, запропоновані районною державною адміністрацією, погоджуються відповідним підрозділом обласної державної адміністрації.

щодо практики прийому на роботу вказують на те, що зазначений процес майже повністю відповідає встановленим правилам. Зокрема, 90,1% лікарів і медсестер заявили, що їм довелося подати встановлений пакет документів разом із заявою про прийом на роботу. Крім того, 69% лікарів та медсестер не лише подали документи, але й пройшли офіційну співбесіду.

### **Винеска 2. Випадки ухвалення рішень на місцях про розширення кола консультацій щодо призначення персоналу на рівні закладів**

Попри те, що національне законодавство не вимагає проведення широких консультацій при призначенні працівників закладів, відповідна практика існує:

- Окремі органи місцевого самоврядування (власники закладів) мають змогу встановлювати додаткові вимоги до головних лікарів про затвердження призначень лікарів та інших медичних працівників місцевою владою, але такі випадки зустрічаються рідко. Зазначена вимога може бути запроваджена у формі місцевого нормативного документа (наприклад, через Статут територіальної громади) або через статут закладу. Зокрема, Положення про порядок регулювання діяльності міської лікарні<sup>61</sup>, затверджене Стахановською міською радою (пункт 4.5) передбачає призначення та звільнення працівників закладу й затвердження їхніх посадових інструкцій «за узгодженням з відділом охорони здоров'я Стахановської міської ради».
- У професійних журналах обговорюються питання підведення правової бази під спроби місцевих рад вимагати від головних лікарів погодження ухвалених ними рішень з комісіями міських рад. Це є ознакою існування таких ситуацій. Національний журнал «Практика управління медичним закладом» підняв це питання у №8<sup>62</sup> за 2011 рік, звернувшись до головного спеціаліста Федерації профспілок України з проханням прокоментувати рішення деяких районних рад, які вимагають від головних лікарів центральних районних лікарень узгоджувати кандидатури заступників головних лікарів з комісіями районних рад з питань охорони здоров'я. Надана відповідь була не надто переконливою, але вказувала на те, що ця практика не відповідає чинному законодавству.
- Нормативні документи МОЗ передбачають узгодження з місцевими органами охорони здоров'я призначення та звільнення працівників окремих категорій. Нормативні документи МОЗ вимагають погодження призначень і звільнень принаймні деяких категорій медичних працівників. Зокрема, Примірна посадова інструкція завідуючого відділенням (кабінетом) ендоскопії, затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я №393 від 11.07.2007 р.<sup>63</sup>, встановлює обов'язковість призначення та звільнення таких працівників головними лікарями «за узгодженням з головним позаштатним спеціалістом управління охорони здоров'я обласної (міської) державної адміністрації». Оскільки не існує єдиного документа, котрий містив би комплексний опис процедури призначення працівників на посади всіх типів, важко зробити висновок про кількість інших посад, щодо яких встановлені аналогічні вимоги.

### **Показник HRM-3. Конкурентний відбір кандидатів**

**Найкращим шляхом до призначення працівників на основі заслуг та зменшення ризику блату та кумівства є відбір кандидатів шляхом відкритого конкурсу.** Для виявлення найпридатніших і найбільш здібних кандидатів усім потенційним кандидатам мають бути надані рівні можливості для подання заяви на роботу, а оцінка їхньої придатності для посади має проводитися шляхом відкритого та справедливого конкурсу. Конкурсна перевірка кандидатів докорінно відрізняється від простої перевірки права на роботу на посаді. Обмеження перевірок тим, чи має особа необхідні для

<sup>61</sup> Положення про другу міську лікарню міста Стаханова, затверджене Рішенням № 321/29 15-ї сесії 4-го скликання Стахановської міської ради від 11.04.2003 р.

<sup>62</sup> «Практика управління медичним закладом», № 8, 2011 (<http://www.med-info.net.ua>).

<sup>63</sup> Примірна посадова інструкція завідуючого відділенням (кабінетом) ендоскопії, затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я №393 від 11.07.2007 р.



роботи документи або певний мінімальний кваліфікаційний рівень, не забезпечує вибору найкращого кандидата з кількох можливих. Необхідною умовою конкурентного відбору є запровадження та додержання чітких правил.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи встановлено законом вимогу про конкурсний відбір кандидатів, і якими є правила проведення такого конкурсу?	Камеральне дослідження національного законодавства.	Законом не встановлено вимогу про конкурсний відбір; не існує правил здійснення вибору серед кількох кандидатів.	Рівень D
Як часто здійснюється конкурентний відбір потенційних працівників?	% головних лікарів, котрі стверджували, що як мінімум $\frac{3}{4}$ вакантних посад було заміщено за наявності конкуренції.	6,7%	Рівень D
Які процедури застосовуються, якщо на певну посаду претендує кілька кандидатів? Чи існують неформальні правила, які й визначають ці процедури?	% випадків, коли головні лікарі були здатні роз'яснити процедури або правила у випадку наявності кількох кандидатів на посаду.	33,3%	Рівень C
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень D+</b>

**У більшості випадків наймання медичних працівників на роботу в Україні здійснюється без прозорої конкуренції за умов відсутності встановлених законом чи нормативними документами вимог щодо конкурентного відбору медичних працівників.** За всіма трьома вимірами цього показника під час дослідження практично не було виявлено доказів відкритості, рівності та конкурентності процесів відбору працівників:

- **Національне законодавство не містить вимог або правил, які регулюють конкурсний відбір персоналу закладів охорони здоров'я.** Трудове законодавство України та галузеві норми не встановлюють обов'язковості оприлюднення інформації про вакантні посади в закладах охорони здоров'я (окрім надання інформації Державній службі зайнятості — див. виноска 3) **або проведення відкритого конкурсу для заміщення вакансій.** Випадки вибору кандидата за наявності кількох кандидатур залишаються неврегульованими. Фактично, чинне законодавство та норми передбачають призначення працівників лише за результатами простої перевірки кваліфікації на основі пакета документів, що мають подаватися всіма кандидатами на посади у сфері охорони здоров'я (див. попередній розділ)<sup>64</sup>.
- **Цей підхід у секторі охорони здоров'я відрізняється від підходів у секторі освіти.** Міністерство освіти розв'язало проблему неврегульованості конкурсного відбору персоналу в 1993 році шляхом затвердження галузевого *Порядку наймання та звільнення педагогічних та науково-педагогічних працівників закладів освіти, що є у державній власності*<sup>65</sup>. Цей Порядок доповнив трудове законодавство, надавши керівникам закладів освіти можливість укладати договори за результатами конкурсного відбору кандидатів. У випадку наукових працівників конкурсний відбір став обов'язковим (що відповідає також положенням Закону України «Про освіту»<sup>66</sup>). Було дуже докладно прописано правила відбору для цієї категорії працівників та затверджено типові договори. Застосування іншого підходу в секторі освіти певною мірою позначається й на секторі охорони здоров'я: медичні заклади, які виконують функції навчальної бази для закладів медичної освіти (вишів), можуть наймати на роботу медичних працівників, які працюють на наукових посадах (і добираються на конкурсній основі).

<sup>64</sup> Питання юридичних вимог до кваліфікації докладніше обговорюються в розділі, присвяченому показникові важливості критеріїв на основі заслуг.

<sup>65</sup> Наказ Міністерства освіти України «Про порядок наймання та звільнення педагогічних та науково-педагогічних працівників закладів освіти, що є у державній власності» № 293 від 05.08.1993 р.

<sup>66</sup> Закон України «Про освіту», 1060-ХІІ від 23.05.1991 р. (в поточній редакції — від 18.10.2012 р.).

- **Як було відзначено вище, наймання працівників на керівні посади підлягає узгодженню з органами влади вищих рівнів, але законодавство не містить вимог щодо узгодження у випадку наявності кількох кандидатів.** При розгляді кандидатів на посаду керівника закладу охорони здоров'я / головного лікаря кандидатури підлягають затвердженню власником закладу або його повноважним представником<sup>67</sup>. Водночас, нормативні документи не містять положень на випадок розгляду кількох кандидатур та проведення відбору на конкурсній основі. При цьому відбір кандидатів на керівні та інші посади на конкурсній основі не заборонено<sup>68</sup>.
- **Переважна більшість головних лікарів заявили про те, що в більшості випадків вони мають справу з одним-єдиним кандидатом на посаду.** Лише в 6,7% випадків головні лікарі заявили про те, що у них на посаду зазвичай претендує кілька претендентів (завжди або більш ніж у трьох чвертях випадків). Більшість керівників-респондентів заявили, що випадки конкуренції за посаду є дуже рідкісними. Деякі з них, навіть маючи більш ніж 20-річний стаж роботи на посаді, ніколи не мали справи з кількома кандидатурами одночасно. Значна частка призначень здійснюється шляхом безпосереднього розподілу випускників вищих та інтернів органами охорони здоров'я. В інших випадках на посаду зазвичай претендує один заявник. Крім того, заяви часто «базуються на пропозиції»: лікарі або медсестри часто подають заяви на певні посади не у відповідь на оголошення про вакансії, а радше через зміну їхньої життєвої ситуації (наприклад, переїзд в інше місто). Такі претенденти звертаються до головного лікаря і, за наявності вакантної посади, стають єдиними кандидатами на неї.
- **Опитані заявляли про відсутність конкуренції як за привабливі, так і за непривабливі посади та місця роботи<sup>69</sup>.** Головні лікарі пояснили, що реальні ситуації при найманні працівників на привабливі та непривабливі посади є досить різними, але в обох випадках призначення здійснюється не за конкурсом. Зазвичай важко знайти претендентів на непривабливі посади та/або на роботу в непривабливій місцевості (наприклад, один головний лікар заявив, що «готовий стати на коліна, щоб знайти добру медсестру»). Привабливі ж вакансії практично не рекламуються, що обмежує можливості для конкуренції.
  - Наприклад, в одному з випадків головний лікар поскаржився на те, що, коли лікарі йдуть з привабливих посад, претенденти дізнаються про це ще до того, як про це дізнається головний лікар; головний лікар дізнається про майбутню вакансію тоді, коли потенційний претендент звертається до нього, висловлюючи зацікавленість у посаді.
  - В іншому випадку один із лікарів пояснив, що у випадку привабливих посад застосовується особливий підхід, який забезпечує постійну наявність вакансій про всяк випадок для при-

<sup>67</sup> Див. попередній показник.

<sup>68</sup> Під час цього дослідження було виявлено лише один такий випадок: як мінімум, у 2012 році. Кіровоградська обласна державна адміністрація провела низку конкурсів на заміщення посад керівників комунальних закладів, у тому числі закладів охорони здоров'я. Кожний із конкурсів проводився на підставі відповідного рішення державної адміністрації, але ці рішення не знаходяться в публічному доступі. У сфері охорони здоров'я в березні було оголошено конкурс на заміщення посади головного лікаря Кіровоградської обласної лікарні з оприлюдненням відповідного оголошення на веб-сайті обласної державної адміністрації (<http://kr-admin.gov.ua/start.php?q=News1/Ua/2012/01031204.html>). В оголошенні не містилося посилань на вимоги законодавства (як це зазвичай робиться під час публікації офіційних документів). У ньому лише було подано перелік критеріїв відбору заявників (наприклад, внесення пропозиції з оригінальною концепцією розвитку закладів на короткострокову та довгострокову перспективу). Згодом, у серпні, було оголошено ще один конкурс на заміщення посад головних лікарів одразу трьох обласних закладів охорони здоров'я (Обласного центру профілактики ВІЛ та контролю над СНІД, Обласного наркологічного диспансеру та Новомиргородського туберкульозного диспансеру). Згідно з публікаціями в деяких засобах масової інформації, ці епізоди були пов'язані з низкою скандалів, які мали місце в цій області на початку 2012 року: зокрема, виявилось, що новий Перинатальний центр, відкритий в області за участю Президента України, так і не розпочав роботу, тому що в річному бюджеті не було передбачено коштів на його функціонування (<http://gre4ka.com.ua/society/perynatalnyj-tsentr-v-kirovohradi.html>). Цей та інші епізоди нібито призвели до цілої низки звільнень керівників органів обласних органів охорони здоров'я (<http://gre4ka.com.ua/society/na-kirovohradschyni-brakuje-holovnyh-likariv.html>) з подальшим призначенням працівників на вакантні посади.

<sup>69</sup> Див. примітку 27. Привабливими вважаються посади, котрі дають змогу одержувати неформальні платежі; непривабливими — посади тих лікарів-спеціалістів та в тих відділеннях, де одержувати неформальні платежі важче.

значення ВПП-претендентів. На деяких посадах на частину ставки працюють дружні «мертві душі» (іноді з керівного складу) (на чверть ставки, на півставки). Коли ж до головного лікаря надходить прохання взяти на роботу когось із тих, до кого він є лояльним, «мертві душі» звільняються з роботи, а для потрібної особи з'являється вакантна посада.

- **Лише 33,3% головних лікарів змогли роз'яснити процедури, які вони застосовують при виборі працівника за наявності кількох кандидатур.** Більшість адміністраторів відповідь на це питання та визнання відсутності процедур і правил далися важко. Серед тих, хто зміг роз'яснити свої підходи, більшість зосереджується на перевірці кваліфікації та досвіду роботи. Такі головні лікарі підкреслювали необхідність одержання рекомендацій від колишніх роботодавців; деякі висловлювалися на користь наймання кандидатів середнього віку. Водночас, 13,3% головних лікарів визнали, що спираються при призначенні на власну суб'єктивну та емоційну реакцію на заявників, довіряючи своїй інтуїції та досвідові роботи з людьми.
- **Деякі респонденти згадували про конкурси на заміщення посад у сфері охорони здоров'я, організовані відповідними місцевими адміністраціями.** Деякі головні лікарі описали порядок проведення відкритих конкурсів для призначення лікарів у місцеві лікарні, що організуються управлінням охорони здоров'я місцевої державної адміністрації. У таких містах усі заклади подають свої заявки на нових лікарів, відбір яких здійснюється комісіями, створеними при міському голові, з залученням представників відповідних медичних закладів. Слід відзначити, що лікарі та медичні сестри з тих самих міст скептично ставляться до прозорості та ефективності цих конкурсів, сумніваючись у тому, що за їхніми результатами призначення завжди здійснюється відповідно до заслуг.

### Виноска 3. Роль Державної служби зайнятості

Згідно з Законом України «Про зайнятість населення» одним із завдань Державної служби зайнятості є надання роботодавцям усієї країни допомоги в пошуку кваліфікованих працівників, а отже й допомога безробітним у пошуку роботи<sup>70</sup>. Цей мандат охоплює й усіх роботодавців у секторі охорони здоров'я, включаючи бюджетні установи.

Для виконання своїх обов'язків ДСЗ: збирає інформацію про всі нові вакансії від усіх зареєстрованих роботодавців, надає її зареєстрованим безробітним та «*відбирає та направляє працівників необхідної кваліфікації до роботодавців, які їх потребують*»<sup>71</sup>.

Збирання ДСЗ інформації про відкриті вакансії чітко врегульоване: Закон України «Про зайнятість населення» зобов'язує всі організації, підприємства та установи незалежно від форми власності подавати ДСЗ дані про наявні у них вакансії, а також інформації про плани реструктуризації, в результаті яких можуть бути створені вакантні посади. Усі юридичні особи мають зареєструватися в місцевих центрах зайнятості, котрі є територіальними органами ДСЗ, як платники збору на страхування від безробіття та щомісяця подавати в ці центри звітність про наявні вакансії (причому, якщо підприємство не зареєструється або не подаватиме звіт про вакансії, до нього можуть застосовуватися штрафні санкції). За дотриманням цих вимог стежить Державна інспекція з питань праці.

При цьому зазначені закони не визначають правил відбору Державною службою зайнятості претендентів на посади за наявності кількох прийнятних кандидатур. Попри те, що строк чинності Закону України «Про зайнятість населення» в нинішній редакції спливає у 2013 році, йому на зміну прийде нова редакція закону (ухвалена у 2012 році), яка не містить ніяких роз'яснень з цього питання.

<sup>70</sup> Закон України «Про зайнятість населення» (01.03.1991 р., № 803-ХІІ, поточна редакція від 18.10.2012 р. чинна до 01.01.2013 р., після чого набере чинності Закон України «Про зайнятість населення» від 05.07.2012 р., № 5067-VI).

<sup>71</sup> Пункт «д» глави 4 Положення «Про Державну службу зайнятості», затвердженого Кабінетом Міністрів Української Радянської Соціалістичної Республіки від 24.06.1991 р. № 47 (поточна редакція від 11.05.2006 р.)

### Показник HRM-4. Важливість заслуг як критеріїв при найманні працівників

**Наймання працівників за ознакою компетентності, а не особистих відносин лежить в основі формування заслуженого та професійного медичного персоналу.** Системи призначення можуть спиратися на різні рішення з перевірки професійних якостей кандидатів. До них належать засоби захисту від блату та кумівства — це, наприклад, широкі та прозорі консультації та конкурсний відбір. Основним показником функціонування системи є оцінка співвідношення призначень на підставі заслуг та призначень на підставі суб'єктивних чинників на кшталт особистих зв'язків, хабарів чи політичної опіки. У цьому дослідженні зазначене співвідношення оцінювалося за комбінацією двох змінних: періодичності призначень на підставі заслуг в очах лікарів і медсестер, а також їхньої думки з приводу того, чи враховуються заслуги під час наймання на роботу більшою мірою, ніж інші суб'єктивні чинники (усереднено за Методом 2).

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Якою є періодичність призначень на основі заслуг в очах опитуваних?	% лікарів і медсестер, котрі заявили, що всі або майже всі люди, яких вони знають, одержали роботу, головним чином, завдяки своїм заслугам (знанням, досвіду та іншим професійним якостям), а не завдяки іншим чинникам.	47,2%	Рівень С
Чи вірять медичні працівники в те, що професійні якості під час прийняття на роботу є важливішими за особисті зв'язки та лояльність?	% лікарів та медсестер, котрі заявили, що професійні якості є важливішими за особисті зв'язки та лояльність у процесі прийняття на роботу.	63,9%	Рівень В
Загальна оцінка			Рівень С+

**Відповіді лікарів та медсестер України показали, що особисті зв'язки відіграють вирішальну роль у призначенні медичних працівників.** На цьому тлі 63,9% опитаних медпрацівників заявили у своїх відповідях, що професійні якості є важливішими під час прийняття на роботу, ніж чинники, не пов'язані з заслугами, на зразок зв'язків або лояльності до керівництва закладу. 22,2% вважають, що заслуги та інші чинники є однаково важливими, й лише 13,9% заявили, що зв'язки є важливішими. Водночас, лише 47,2% медпрацівників підтвердили, що майже всі їхні колеги одержали роботу, головним чином, завдяки своїм професійним якостям, а не через зв'язки або інші суб'єктивні чинники. У багатьох випадках респонденти заявляли, що одержати роботу без зв'язків майже неможливо, але професійні якості можуть сприяти забезпеченню вибору конкретної особи з числа кількох претендентів «зі зв'язками».

- *«Головним лікарям треба підбирати кваліфікований персонал, але вони створюють умови, за яких мають змогу обрати когось, кого вони знають та від кого можуть щось одержати. Професійні якості є важливими, але зв'язки також потрібні; головний лікар відбирає найкращих з-поміж тих, кого він знає».*
- *«Я не знаю жодного винятку; всі лікарі, кого я знаю, одержали роботу завдяки особистим зв'язкам. Усі члени моєї сім'ї є лікарями, тож я знаю досить багато людей у цій сфері й це не чув ні про кого, хто б одержав роботу без зв'язків».*
- *«Професійна кваліфікація береться до уваги лише тоді, коли треба забезпечити якість і коли має місце конкуренція. Але тут ці речі не є важливими й усе доводиться робити за домовленістю. Кожний комусь щось винен, і якимось має віддячувати».*

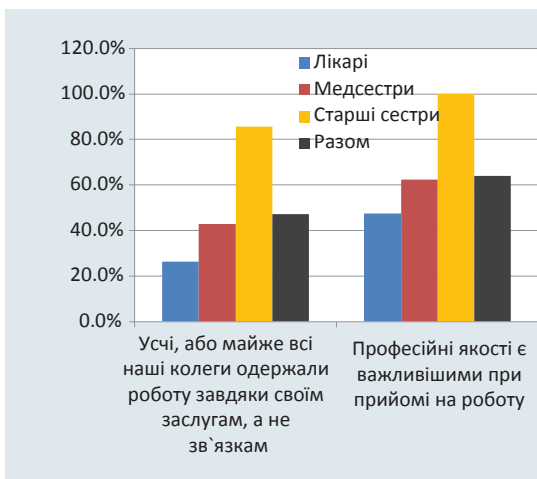
**Зв'язки та блат відіграють важливішу роль, коли мова заходить про привабливі посади.** На рисунку 20 показано, що медичні працівники, котрі працюють на більш привабливих посадах (лікарського рівня), з більшим скептицизмом ставляться до важливості професійної кваліфікації для отримання роботи. Лише 26,3% лікарів заявили, що майже всі їхні колеги були найняті головним чином через їхні заслуги (в порівнянні з 47,2% в середньому, 42,9% серед медичних сестер та 85,7% серед старших медичних сестер), і лише 47,4% лікарів вірять, що професійні якості відіграють у процесі прийняття на роботу більшу роль, ніж зв'язки, хабарі та блат (у порівнянні з 63,9%

в середньому, 62,5% серед медичних сестер та 100% серед старших медичних сестер). Зокрема, старші медичні сестри, котрі самі беруть участь у найманні медичних сестер, налаштовані з приводу заслуг найбільш оптимістично: у 85,7% випадків вони заявляли про те, що всі їхні працівники були найняті на роботу завдяки професійним якостям, а у 100% випадків вони заявили про те, що професійні якості є важливішими за зв'язки (чим значно викривили середній показник). Різниця між відбором за заслугами на привабливі та непривабливі посади знаходить своє підтвердження в результатах співбесід:

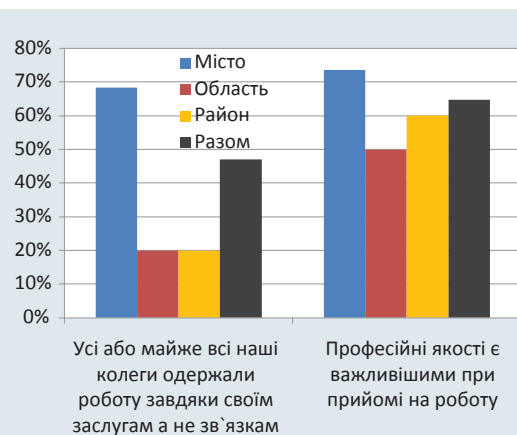
- *«Чесно кажучи, щоб знайти роботу, потрібні зв'язки, певна підтримка, а іноді й неофіційна плата. Знайти роботу без цього всього можна дуже рідко. Таке трапляється лише тоді, коли з якоїсь причини лікарні терміново треба замінити вакантну посаду: наприклад, якщо відкривається нове відділення».*
- *«Це залежить від посади: у нашому закладі легко влаштуватись анестезіологом, а от гінекологом — неможливо. Я не знаю жодного такого фахівця, який не користувався б своїми зв'язками».*
- *«Без хабарів та зв'язків можливо знайти роботу лише непрестижного ґибу: лікаря швидкої допомоги, інфекціоніста, дільничного терапевта, лаборанта, спеціаліста зі статистики. На інших посадах, особливо в державних закладах, зв'язки є важливішими».*

**Заклади обласного та районного рівнів, як здається, вважають професійні якості менш пріоритетними, ніж заклади міського рівня.** Як показано на рисунку 21, лише 20% працівників закладів районного та обласного рівнів стверджували, що більшість їхніх колег були найняті завдяки своїм заслугам (у порівнянні з 68% в міських закладах<sup>72</sup>). Професійні якості вважалися більш важливими, ніж зв'язки у 60% випадків на обласному рівні та у 50% випадків на районному рівні в порівнянні з 74% в міських закладах.

**Рисунок 20. Думки щодо важливості критеріїв на основі заслуг у розрізі посад**



**Рисунок 21. Думки щодо важливості критеріїв на основі заслуг у розрізі закладів різних рівнів**



**Декілька лікарів пояснили, що те, як людина одержала роботу, майже ніколи не обговорюється навіть серед близьких друзів.** Саме це може бути однією з причин, через яку на відповіді на запитання за цим показником було надано багато незмістовних або суперечливих відповідей (які було виключено з розрахунків).

- *«Такі питання ніколи не обговорюються. Якщо судити з мого досвіду, знайти роботу самостійно дуже важко».*

<sup>72</sup> Під час майбутніх досліджень варто перевірити гіпотезу про те, що муніципальні лікарні мають кращі показники у сфері надання послуг, і що причиною цього є їхній тісніший зв'язок із місцевим населенням. Виконавчі органи місцевого самоврядування (міські голови) обираються, а не призначаються, на відміну від голів обласних та районних державних адміністрацій.



- «Ніхто нікому ніколи не каже, як його взяли на роботу; усі знають, що такі питання не обговорюються. Я вважаю, що ніхто не одержує роботу сам, оскільки в нашому місті конкуренція дуже гостра».
- «Важко оцінити, чи професійні якості відіграють більшу роль, ніж зв'язки, тому що люди не описують процес наймання на роботу в подробицях. Крім того, лікарі, як правило, тримаються за свої посади після призначення».

**Інші респонденти також вказували на те що для системи охорони здоров'я характерна висока «ізолюваність» великих груп людей, об'єднаних між собою відносинами, побудованими на особистій протекції.** Описи процедур прийняття лікарів і медичних сестер на роботу містили чимало згадок про абсолютну необхідність зв'язків та наявність значних бар'єрів для входу в коло довірених осіб.

- «У нас тут склалися професійні династії: тато — хірург, син — теж хірург; усі їх знають, усі знають, що батько — гідна людина, а яблуко від яблуні недалеко падає».
- «Якщо ти сам по собі, тобі нема на кого розраховувати. Але більшість людей у нашому університеті навіть не думають про те, як отримати роботу; вони знають, що їхні зв'язки все вирішують. Є багато людей, котрі заплатили за свої дипломи. Вони платитимуть і за роботу й не турбуватимуться, бо знають, що у випадку якихось проблем їм можна просто заплатити».
- «У медичному братстві всі один одного знають. Саме тому важко розмежувати випадки, коли люди знаходили роботу завдяки зв'язкам чи без зв'язків».

### Показник HRM-5. Посадові інструкції

**Чіткі, точні та актуальні посадові інструкції допомагають працівникам усвідомлювати, що від них очікується, й працювати відповідним чином.** За мінімальний критерій оцінки якості посадових інструкцій було обрано наявність таких документів у письмовій формі. Саме через це зазначений показник оцінюється за Методом 1. Що ж стосується працівників, які мають посадові інструкції, якість цього інструменту має кілька вимірів. По-перше, недостатньо самої лише наявності посадових інструкцій, адже вони мають застосовуватися на практиці. По-друге, якщо працівники звертаються до своїх посадових інструкцій, вони мають бути корисними для них у більшості ситуацій. По-третє, посадові інструкції мають регулярно переглядатися на предмет врахування в них поточних завдань та і пріоритетів, для оцінки якості роботи та визначення індивідуальних цілей кар'єрного розвитку.

Таблиця балів (Метод 1)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існують посадові інструкції в письмовій формі? [вимір мінімальної вимоги]	% лікарів та медсестер, які мають посадову інструкцію, викладену в письмовій формі.	97,2%	Рівень А
Чи посадові інструкції використовуються на практиці?	% лікарів та медсестер (серед тих, хто має посадові інструкції), котрі читали їх після підписання.	82,6%	Рівень А
Чи є посадові інструкції корисними?	% лікарів та медсестер (серед тих, хто має посадові інструкції), котрі в більшості випадків вбачають у них користь.	76,5%	Рівень А
Чи регулярно переглядаються посадові інструкції?	% лікарів та медсестер (серед тих, хто має посадові інструкції), котрі заявили, що ці документи переглядаються принаймні раз на 5 років.	81,0%	Рівень А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень А</b>

**Система управління персоналом в Україні заслуговує на виняткову оцінку А за цим показником.** Національне законодавство передбачає укладення трудових договорів та наявність посадових

інструкцій, викладених у письмовій формі, з описом завдань та обов'язків згідно з типовими вимогами, встановленими для всіх категорій медичних працівників. Крім того, згідно зі статтею 21 Кодексу законів про працю України (КЗпП) основні обов'язки та обсяг робіт мають бути визначені в трудовому договорі. Зокрема, у сфері охорони здоров'я основні вимоги до знань, функціональних обов'язків та кваліфікації працівників закладів охорони здоров'я визначаються в *Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників (випуск 78, «Охорона здоров'я»)*, хоч і в досить загальних рисах. Існування посадових інструкцій та докладних вимог до їхнього змісту є одним із ключових критеріїв, які впливають на проходження закладом регулярної державної акредитації (про це більш докладно йдеться в виносці 5). Вимоги включають у себе, зокрема, типовий шаблон посадової інструкції, яка повинна містити описи завдань, прав та обов'язків, необхідних знань і навичок.

**Результати опитування підтверджують дуже високий рівень дотримання відповідних вимог:**

- **Наявність письмових посадових інструкцій серед лікарів і медсестер була підтверджена в 97,2% випадків.** Крім того, у 56,3% випадків респонденти заявляли, що їхні посадові інструкції відповідали не лише вимогам національного законодавства, але й конкретним місцевим нормам, затвердженим органами влади субнаціонального рівня.
- **У 82,6% випадків працівники підтвердили, що зверталися до своїх посадових інструкцій як мінімум один раз після їхнього підписання.** Посадові інструкції, схоже, є «живими документами», котрі використовуються на практиці. У більшості випадків причиною цього є потреба в розв'язанні суперечливих ситуацій або конфліктів по роботі. Водночас, деякі працівники використовують посадові інструкції для того, щоб дізнатися, чи можна їм здійснювати певну діяльність. Крім того, в деяких випадках опис обов'язків був необхідним під час атестації для складення звітів про самостійну оцінку себе самого.
- **Посадові інструкції, схоже, найчастіше використовуються для розв'язання конфліктів з хворими, ніж конфліктів у закладах.** Ось приклади таких епізодів:
  - *«Бувають ситуації, коли нам доводиться захищатися й пояснювати, які обов'язки ми маємо виконувати. Наприклад, медичні сестри зобов'язані перевіряти медичні картки хворих до того, як їх прийме лікар, і дізнаватися, хто направив їх у заклад. Багато пацієнтів заперечують проти цього й наполягають на тому, щоб лікар одразу прийняв їх. Корисно мати змогу показати їм, що юридичний обов'язок медсестри полягає в підготовці хворих та лікарів до прийому».*
  - *«Іноді хворі не погоджуються з попередніми діагнозами й відмовляються визнавати, що в них є якась хвороба. Наприклад, хворі можуть не погодитися з діагнозом, поставленим дитині, тому що не хочуть проблем для своєї дитини. Деякі батьки не можуть погодитися з тим, що їхня дитина є інвалідом, і вірять, що дитина здорова, навіть якщо це не так. У таких випадках батьки наполягають на тому, що ми не повинні ставити попередній діагноз, а маємо лише зазначити симптоми. Тому я змушений доводити, що маю право ставити попередній діагноз, а робити це без посадової інструкції важко».*
  - *«У нас іноді бувають конфлікти з матерями, які відмовляються показувати новонароджених лікарям. У таких випадках ми користуємось посадовими інструкціями, в яких сказано, що лікар має право відвідувати всіх новонароджених протягом перших тижднів життя».*
- **У 76,5% випадків лікарі та медсестри вважають свої посадові інструкції корисними.** Більшість лікарів та медсестер вважають свої посадові інструкції корисними. Посадові інструкції сприймаються як основний інструмент регулювання трудових відносин, навіть якщо він може посилювати бюрократичний тягар. Водночас дехто скаржиться на надмірну формальність цих документів, котрі іноді існують лише на папері й ніяк не стосуються надання послуг та фактичних потреб хворих.

- «У мене був конфлікт з керівництвом, тому що мене змушували чергувати в прийомному відділенні. Це виходить за межі моїх обов'язків, тому що я неонатолог. Я спробувала використати свою посадову інструкцію, щоб захистити власні права, але це не допомогло й мені доводиться чергувати».
  - «У нас була проблема з санітаркою, котра працювала в коридорі. Її посадова інструкція вимагала не лише забезпечення чистоти в коридорі, але й надання допомоги хворим при потребі. Спочатку вона відмовлялася це робити, але після ознайомлення з посадовою інструкцією нам удалось розв'язати цей конфлікт».
  - «Посадові інструкції використовуються не так у випадку конфліктів, як в інших ситуаціях. Наприклад, у нас трапилась пожежа, а прокуратура відкрила справу. Вони ознайомлювалися з посадовими інструкціями всіх працівників, щоб дізнатися, хто що мав робити в такій нештатній ситуації».
- У 81,0% випадків посадові інструкції регулярно переглядаються. У 27% випадків наявні посадові інструкції зазнали перегляду протягом попередніх 5 років, а ще в 54% випадків вони були переглянуті протягом попереднього року. Водночас, пояснення, надані під час співбесід, показали, що такий перегляд не завжди є змістовним, а зміст інструкцій залишається незмінним по суті навіть у випадку перегляду. Як правило, характер змін залежить від ухвалення нових документів на національному чи місцевому рівні, які доводиться враховувати в посадових інструкціях відповідних працівників. «Щойно надійдуть накази МОЗ, як їх необхідно відобразити в посадових інструкціях».

## Управління персоналом

### Показник HRM-6. Можливості для кар'єрного зростання

Можливості для кар'єрного зростання дають професіоналам змогу реалізовувати свій потенціал шляхом розширення своїх навичок, знань та обов'язків. Надання працівникам широкого кола можливостей для прийняття на себе нових обов'язків і здобуття нових навичок та професійного досвіду є одним із ключових чинників, необхідних для заохочення безперервного навчання, високих показників у роботі та потужного морального духу. Індивідуальні прагнення та цінності можуть бути різними й не всі працівники мають амбіції лідера або прагнуть просунутися по службі. Таким чином, можливості для професійного зростання у сфері охорони здоров'я включають у себе не лише можливості сходження по адміністративній лінії, але й можливість переходу на інші посади та виконання завдань, котрі відповідають індивідуальним прагненням працівника у сфері професійного розвитку. Для оцінки якості кар'єрних можливостей за цим показником у дослідженні використовувалося середнє значення двох вимірів: оцінка обсягу наявних можливостей та ступінь привабливості цих можливостей для медичних працівників та відповідної мотивації.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існує достатній обсяг можливостей для кар'єрного зростання в медичній професії?	% лікарів та медсестер, які заявили, що обсяг можливостей є достатнім	17,1%	Рівень D
Чи наявні кар'єрні можливості мотивують і надихають медичних працівників?	% лікарів та медсестер, які заявили про те, що кар'єрні можливості практично не існують, а ті, що існують, є непривабливими або не можуть бути використані	72,1%	Рівень C
Загальна оцінка			Рівень D+

Система кар'єрного розвитку у сфері охорони здоров'я в Україні орієнтована лише на здобуття з часом керівних повноважень, тоді як можливості для професійного зростання на технічних посадах є менш помітними та привабливими. Лише 17,1% опитаних респондентів (головним чином, лікарів) заявили, описуючи розвиток своєї кар'єри, про наявність широкого кола можливостей

для професійного зростання у своїх організаціях. Більшість лікарів та медсестер (75,7%) пояснили, що єдиним варіантом кар'єрного розвитку для них є перехід на керівну чи адміністративну посаду (старшої медичної сестри, завідувача відділенням або головного лікаря). Це пов'язане зі значною зміною в напрямку кар'єри.

- *«Ті, кого просунули на керівні посади, зазвичай стають чистими адміністраторами, вони відсторонюються від практичної медицини. Як правило, ніхто цього не хоче. Як у нас кажуть, «ми всі навчалися з різних причин». Хтось хотів бути директором, а хтось хотів стати хірургом.»*
- *«Про яке кар'єрне зростання в нашій охороні здоров'я може взагалі йти мова? Те питання, яке ви нам ставите, має дивне формулювання та явно призначене не для нашого суспільства. Який розвиток кар'єри може бути в медсестри? В найкращому випадку вона може стати старшою або головною медсестрою. Але головна медична сестра лише одна, тоді як звичайних медсестер — сотні.»*
- *«Мені згадався епізод, коли головна медсестра пішла на пенсію й замість неї когось призначили. Але якби вона не пішла на пенсію, нікого б нікуди не просунули.»*

**Як правило, попередник (колишній завідувач відділенням або головна медсестра) може пропонувати кандидата замість себе або впливати на процес вибору наступника:**

- *«Як правило, у нас є резерв кандидатур на такі керівні посади — десь по двоє на посаду. Зокрема, члени «кадрового резерву», як правило, виконують обов'язки своїх лінійних керівників за їхньої відсутності. Коли нам доводиться обирати когось для призначення з резерву, ми, як правило, просимо колишнього керівника самому запропонувати кандидатуру. Крім того, нам потрібна згода й самого кандидата. Як правило, небагато є людей, які бажали б працювати на цих керівних посадах.»*

**Більшість лікарів і сестер (72,1%) визнали відсутність у них інтересу до використання наявних на сьогоднішній день кар'єрних можливостей.** Серед тих лікарів та медсестер, які поділилися своїми думками щодо рівня мотивації в кар'єрному розвитку, більшість вважає, що наявні кар'єрні можливостей є непривабливими для професіоналів-медиків. Як показано на рисунку 22, лише 2,8% респондентів згадали про кар'єрне зростання як про важливу мету, досягти якої прагнуть більшість медпрацівників. Ще чверть респондентів пояснили, що для більшості лікарів кар'єра не відіграє важливої ролі, оскільки їх цікавлять інші аспекти своєї роботи (це питання обговорюється нижче). Водночас, решта лікарів і медсестер заявили про те, що нинішніми можливостями або неможливо скористатися (44,4%), або вони є непривабливими (19,4%), або їх узагалі не існує (8,3%).

**Рисунок 22. Ставлення лікарів і медсестер до наявних кар'єрних можливостей**





- *«Перейти на іншу посаду в межах закладу неможливо: єдиний спосіб просунутися — це усунути, перейшовши в іншу лікарню. В основному, люди працюють усе життя на тій посаді, на яку прийшли аж до самої пенсії. Кар'єрного розвитку немає, але це аж ніяк нікого не турбує».*

**Медичні працівники, котрі вважають наявні кар'єрні можливості недосяжними, зазвичай пов'язують це з непрозорими та дорогими процедурами просування по службі, особливо на рівні вищої категорії.** Як показано на рисунку 22, 44,4% лікарів та медсестер заявили, що вважають практично неможливою реалізацію кількох добрих кар'єрних можливостей, котрі теоретично є доступними:

- *«Раз на п'ять років виникає можливість підвищити свою категорію, але це не означає, що її вдасться реалізувати. Одержати вищу категорію майже неможливо. З якоїсь причини в нашому місті цим процесом керує головний терапевт області, й усе залежить від того, чи вдасться знайти шлях до неї та сподобатися їй. Особисто в мене є вища категорія, але я дивлюся на молодь і бачу, що більшість із них ніколи її не здобудуть».*
- *«Основну роль у кар'єрному розвитку відіграють зв'язки. Я не вбачаю для себе ніяких шансів на кар'єрне зростання. Якщо я й захочу вищу категорію, то в моїй сфері (ендокринологія) мені доведеться їхати на навчання та самостійно його оплачувати — ніхто моїх видатків не покрити. Отже, одержувати всі ці нові категорії дуже важко. Від цього немає користі, оскільки все одно доведеться працювати практично безплатно».*
- *«Розвиток кар'єри обмежується підвищенням категорій. Для цього необхідно пройти навчання, котрі має фінансуватися закладом, але в нашому випадку воно не оплачується. Отже, лише той, хто має можливість відвідувати зазначене навчання, може розглядати кар'єрні можливості».*
- *«Для переатестації деякі лікарні відправляють своїх працівників на обласний конкурс, тоді як решта відправляють їх у Київ. Головний лікар вирішує, чи погодиться він відправити вас у Київ, чи ні. Він завжди може пояснити свою заборону тим, що нібито незадоволений показниками в роботі. У таких випадках скаржитися нема куди. Ніби сциш проти вітру».*
- *«Моя колега 30 років пропрацювала гінекологом на двох посадах, аж раптом минулого року міський відділ охорони здоров'я не погодив її заяву на підтвердження вищої категорії. Тож де їй тепер працювати? Саме тому чимало лікарів у нашому місті взагалі намагаються не здобувати ці категорії, щоб не принижуватися перед цими атестаційними комісіями, не корчити з себе дурня. Бо в нашому місті здобути вищу категорію дуже важко. Я й не уявляю, що для цього потрібно. Вищу категорію затверджують лише для керівництва й, я впевнений, що така зараз політика. Цю політику диктує влада міста та області, щоб зекономити на зарплаті або це з якоюсь метою, але вони всіяко намагаються уникати присвоєння вищих категорій. Тому лікарі навіть не подають заяв: це збільшує зарплату на 20-30 гривень, але вимотує всі нерви. Коли проходиш переатестацію, її може завалити навіть геній».*
- *«Тут усе суб'єктивно та непередбачувано. Торік начальник міського відділу охорони здоров'я відхилив заяву на вищу категорію, подану завідувачем відділення однієї з наших міських лікарень. І після того, як йому насерли в душу, йому раптом присвоїли звання заслуженого лікаря України, нібито це чимось може допомогти».*

**У чверті випадків лікарі та медсестри стверджували, що розвиток кар'єри не є важливим, тому що більшість медпрацівників усе одно мають інші пріоритети:**

- *«Якщо спитати будь-кого з моїх колег — ніхто не хоче бути завідувачем відділення. Головною метою в професії є не професійне зростання. Метою є матеріальна користь, а в ідеалі — власна приватна практика».*
- *«Для лікаря кар'єра — це мати багато пацієнтів».*
- *«Категорія — це не головне. Головне — мати багатий досвід, тоді тебе цінують пацієнти, й у тебе з'являються свої власні пацієнти».*



- *«Чи потрібне комусь кар'єрне зростання? Усе залежить від визначення. Бути добрим лікарем — це вже непогана кар'єра, оскільки кращий лікар матиме більший дохід, ніж інші. Він може бути багатшим за свого керівника й більш щасливим, тому що його не турбуватимуть усі ці адміністративні обов'язки. Найкраща кар'єра — бути добрим лікарем, і це не залежить від офіційної посади».*

**За відсутності можливостей для кар'єрного зростання чимало медпрацівників вдаються до неформальних шляхів просування по службі, які вони вважають привабливими.** Під час співбесід лікарі та медсестри описували різні альтернативні варіанти кар'єрного розвитку, котрі не завжди пов'язані з офіційною кваліфікацією або навіть з переведенням на іншу посаду:

- **Включення до резерву спеціалістів для можливого заміщення нинішніх керівників:** Ця практика є дуже поширеною, оскільки заклади охорони здоров'я розробляють плани на випадок виходу керівників на пенсію, формуючи резерв спеціалістів їм на заміну. Ці працівники мають більший обсяг відповідальності та навантаження по роботі, включаючи можливість виконання обов'язків за цих керівників під час їхньої відсутності.
- **Взяття на себе додаткових обов'язків без зміни посади:** *«Усе залежить від людини. Мені подобається моя робота доктора-практика, й мене не цікавлять керівні посади. Тому для мене розвитком є те, що я в районі відповідаю за роботу з усіма жертвами Чорнобиля. Крім того, певний розвиток відбувається в гастроентерології, тому якщо в тебе є енергія та бажання вчитися, то й тут можна засвоїти нові обов'язки».*
- **Перехід до виконання більш відповідальних завдань у рамках тієї самої роботи:** *«Формально практично не існує шляхів для хоч якогось кар'єрного зростання: якщо ти медсестра, то можеш лише сподіватися стати старшою сестрою. Але деякі з наших сестер працюють сестрами-помічниками анестезіолога — це вважається більш високою посадою. Для цього необхідно пройти навчання, після якого ти й справді можеш допомагати лікарям робити анестезію. Такі сестри мають офіційно таку саму зарплату, що й інші, але ця робота вважається престижнішою. Крім того, їхня робота є простішою: після закінчення операції вони вільні, тоді як на звичайних посадах нам доводиться доглядати хворих цілодобово й бути не лише медсестрами, але й їхніми мамами та сестрами. Годувати їх, балувати, мити».*
- **Перехід у більш шановані відділення того самого закладу:** *«Наші сестри вважаються більш кваліфікованими й користуються попитом в інших відділеннях, тому що нам дозволено робити всі процедури самостійно, й ми, на відміну від сестер в інших відділеннях, маємо потрібні навички. Наприклад, ми можемо ставити урологічні катетери, зонди для штучного годування, правильно робити внутрішньовенні ін'єкції, а це не кожен може робити. Для нас усі ці медичні процедури — повсякденна рутинна».*
- **Перехід у більш вимогливі заклади:** *«Ще одна можливість — це переведення в інший заклад зі стаціонаром. Це також певне кар'єрне зростання. Водночас, щоб це зробити, треба знати про відкриті вакансії, але ця інформація поширюється лише серед своїх».*
- **Перехід у краще обладнані заклади з більшими можливостями:** *«У нас після реконструкції щойно відкрилася нова лікарня. Вона стала напівкомерційною та одержала багато нового обладнання. Багато наших працівників перейшли туди працювати, й для них це стало значним кар'єрним зростанням. Що ж стосується решти з нас, то ми сидимо на своїх старих місцях».*

### **Показник HRM-7. Кар'єрний розвиток / Процедури просування по службі**

**Прозорий та конкурентний розгляд кандидатур для просування по службі на основі заслуг забезпечує вибір найбільш здібних професіоналів, зміцнює довіру та мотивацію всіх працівників.** Для того, щоб на всіх посадах працювали найкращі кандидати з можливих, просування по службі має здійснюватися за співвідношенням заслуг шляхом справедливого та відкритого конкурсу. Рівень того, чи й справді процедури просування по службі допомагають керівникам закладів

ухвалювати оптимальні кадрові рішення, здійснюється за трьома вимірами, оцінки за якими усереднюються за Методом 2: 1) прозорість критеріїв, що використовуються в процесі; 2) поширеність блату та кумівства; 3) важливість критеріїв на основі заслуг.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Наскільки чіткими та об'єктивними є критерії, що використовуються для просування по службі?	% лікарів та медсестер, які вважають, що брак чітких та об'єктивних критеріїв для просування по службі є однією з трьох найбільших перешкод на шляху кар'єрного зростання у сфері охорони здоров'я	25,4%	Рівень В
Наскільки потужним є вплив непрофесійних чинників (політичної підтримки, лояльності керівництву лікарні, особистих зв'язків) на можливості кар'єрного розвитку?	% лікарів та медсестер, які зазначили політичну підтримку, лояльність керівництву лікарні та особисті зв'язки серед трьох найпотужніших чинників кар'єрного розвитку	32,8%	Рівень В
Чи вірять медичні працівники в те, що професійні якості для просування по службі є важливішими за особисті зв'язки та лояльність?	% лікарів та медсестер, котрі заявили, що професійні якості є важливішими за особисті зв'язки та лояльність при просуванні по службі	63,1%	Рівень В
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень В</b>

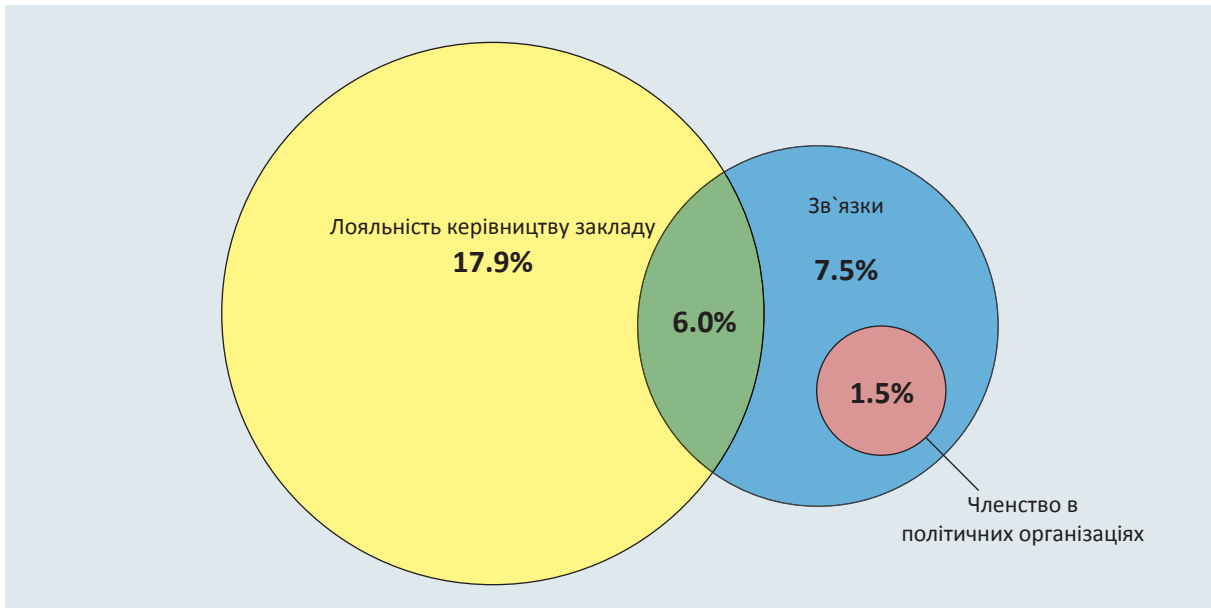
**Відсутність чітких критеріїв просування по службі в закладах значною проблемою вважають близько чверті працівників.** 25,4% лікарів і медсестер вважають, що брак прозорих критеріїв просування по службі є однією з трьох найбільших перешкод на шляху кар'єрного зростання. Лікарі, як правило, вважають таку ситуацію більш проблемною, ніж медсестри (28,2% лікарів віднесли її до трьох найбільших перешкод, тоді як серед медсестер це зробили 16,7%).

**У багатьох випадках працівники вважають, що вибір при просуванні по службі диктується чинниками, що не пов'язані з заслугами; найчастіше мова йде про лояльність керівництву закладу.** 32,8% лікарів та медсестер вважають, що чинники, не пов'язані з заслугами, належать до трьох найбільших перешкод на шляху кар'єрного зростання. До цих чинників належать членство в політичних організаціях, особисті зв'язки та лояльність керівництву закладу (підтримка та виконання всіх рішень керівництва без критики). Серед цих трьох чинників лояльність, як здається, відіграє найбільшу роль: це видно з рисунку 23 (цей чинник обрали 23,9% респондентів). Водночас, членство в політичних організаціях є найменш важливим чинником серед трьох згаданих (про нього згадали лише 1,5% респондентів разом із особистими зв'язками):

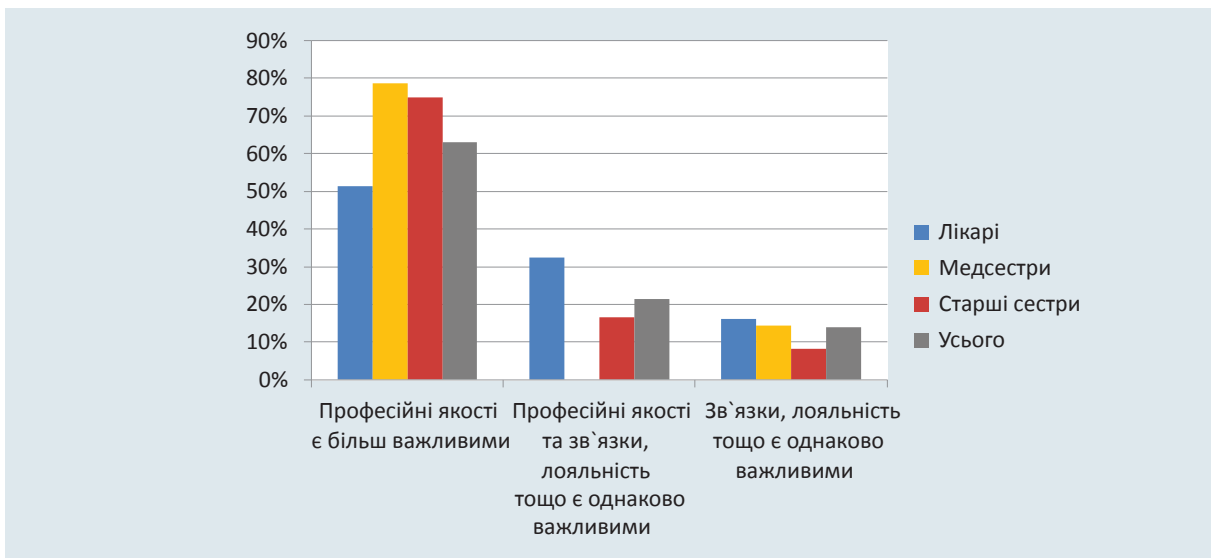
- *«Нещодавно в нашій лікарні одну дівчину перевели на краю посаду в інше відділення. Це сталося через те, що вона довго працювала тут, мала достатню (вищу) категорію, й ніколи не конфліктувала з керівництвом лікарні»* (з відповіді медсестри районної лікарні).
- *«Для просування по службі потрібні знання та досвід, а також готовність виконувати поставлені завдання й не створювати конфліктів»* (відповідь головного лікаря центральної районної лікарні та поліклініки).
- *«Лояльність і зв'язки є важливими, бо керівництво бажає бачити тих, із ким у них налагоджено спілкування, та з ким у них не виникатиме проблем у майбутньому»* (з відповіді головного лікаря міської поліклініки).

**Чимало респондентів вважають, що професійні якості все одно є важливішими за суб'єктивні чинники.** 63,% лікарів та медсестер вважають, що професійна кваліфікація є важливішою за чинники, не пов'язані з заслугами, а ще 21,5% заявили, що заслуги є не менш важливими, ніж зв'язки, лояльність та політичні погляди. Водночас, як показано на рисунку 24, віра у значимість просування на основі заслуг є набагато слабшою серед лікарів, ніж серед медсестер: лише 51,4% лікарів вважали, що професійна кваліфікація є більш важливою, ніж зв'язки та лояльність, а 32,4% вважають, що чинники, не пов'язані з заслугами, є, принаймні, так само важливими.

**Рисунок 23. Відсоток лікарів і медсестер, які зазначили чинники, не пов'язані з заслугами, серед трьох найбільших перешкод на шляху кар'єрного зростання**



**Рисунок 24. Важливість критеріїв на основі заслуг в перехресній таблиці за типом посади**



У деяких висловлюваннях кар'єрний розвиток пов'язується з обов'язковою переатестацією (її згадують як «отримання кваліфікаційної категорії»). Як пояснюється у виносці 4, як мінімум раз на п'ять років усі професіонали-медики (лікарі та молодші спеціалісти з медичною освітою) зобов'язані проходити процедуру переатестації для підтвердження або підвищення їхньої кваліфікаційної категорії. Кваліфікаційна категорія справляє подвійний вплив на медичних працівників:

- Вона є одним із ключових критеріїв при призначенні на будь-яку посаду у сфері охорони здоров'я.** Єдині кваліфікаційні вимоги для всіх категорій працівників закладів охорони здоров'я (керівників, лікарів, спеціалістів, технічного персоналу) встановлені «Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників» (випуск 78, «Охорона здоров'я»), затвердженим Наказом МОЗ № 117 від 29.03.2002 року. У цьому документі вказано, що наявність чинного сертифіката (який підтверджує або наявність базового звання «лікар-спеціаліст», або однієї з трьох більш високих категорій) є необхідною для всіх посад, а також зазначено певні посади, для яких потрібна вища категорія — це посади головного лікаря або заступника головного лікаря.

**2. Категорія впливає на рівень посадового окладу.** Посадові оклади (чи гарантована плата без урахування доплат) визначається для кожного працівника закладу охорони здоров'я шляхом множення встановленої КМУ<sup>73</sup> мінімальної заробітної плати на низку коефіцієнтів, які враховують характер посади та кваліфікаційну категорію працівника (це питання обговорюється більш докладно в наступному розділі)<sup>74</sup>. Наприклад, працівник на посаді хірурга має оклад, що дорівнює мінімальній зарплаті, збільшеній на коефіцієнт від 1,97 до 2,42. Конкретне значення коефіцієнта залежить від кваліфікаційного рівня: наприклад, якщо хірург не має кваліфікаційної категорії (тобто якщо він є просто «лікарем-спеціалістом»), то застосовуватиметься коефіцієнт 1,97 (а посадовий оклад становитиме 1 653 грн.<sup>75</sup>), тоді як для хірурга вищої кваліфікаційної категорії застосовуватиметься коефіцієнт 2,42 (а його посадовий оклад становитиме 2 030 грн., що на 378 грн. або 23% більше).

**Більшість опитаних під час дослідження лікарів та медсестер бачать можливість здобуття більш високої кваліфікаційної категорії, але мало хто вважає «підвищення категорії» ознакою «кар'єрного зростання» (крім тих випадків, коли ці категорії використовуються для здобуття посади більш високого рівня).** Підвищення кваліфікаційної категорії вважається необхідним лише в тому разі, якщо медичний працівник зацікавлений у роботі на більш високій (адміністративній) посаді, тоді як в інших випадках таке підвищення не вважається привабливим. Вплив підвищеної категорії на рівень окладу вважається не вартим уваги та зусиль, потрібних для підвищення категорії.

- *«Усі кар'єрні можливості звелися до підвищення категорії. Ти можеш здобути вищу кваліфікаційну категорію, але що ти потім із нею робитимеш? Можна претендувати на посаду завідувача відділенням або головного лікаря, але на всіх цих посадах уже хтось працює. Руху ніякого немає. У нашому відділенні всі лікарі мають вищу кваліфікаційну категорію, але всі вони — в кар'єрній могилі<sup>76</sup>».*
- *«Я не бачу нічого, що являло б собою розвиток кар'єри для медсестри. Нас переатестовують раз на 5 років, і ми можемо підвищувати кваліфікацію, але ми все одно залишимося на тій самій посаді й виконуватимемо ті самі обов'язки».*
- *«Єдино можливе зростання — це здобуття більш високої кваліфікаційної категорії. Але чи можна вважати це кар'єрним зростанням? Я так не вважаю. Вона не впливає ні на посаду, ні на коло обов'язків. Системи кар'єрного розвитку просто не існує».*
- *«Можливостей для розвитку кар'єри є дуже мало. Зростати може лише кваліфікаційна категорія. Може змінитися звання, але над цим треба працювати, треба складати іспити, вклатися в «заохочення» комісії з переатестації (тут співбесідник натякнув на необхідність давання хабара членам комісії з переатестації), і це має критичне значення незалежно від того, наскільки добре ти склав іспит».*
- *«Уся система працює неправильно. Категорії впливають на наші зарплати, тож вони мають нас стимулювати. Але це стимулювання є настільки мізерним, що в нас немає ніякого бажання розвивати свою кар'єру. Задумайтеся: мій чоловік — висококваліфікований спеціаліст, а я —*

<sup>73</sup> «Мінімальна зарплата» в даному випадку відповідає розміру «посадового окладу працівника 1 тарифного розряду» згідно з Постановою КМУ від 11.01.2012 р. №10 «Про підвищення оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», який становить 773 грн. (з 1 січня 2012 року) та зростає до 794 грн. (з 1 квітня 2012 року) й до 839 грн. (з 1 грудня 2012 року).

<sup>74</sup> Розміри цих коефіцієнтів визначено Єдиною тарифною сіткою розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери, затвердженою Постановою КМУ від 30.08.2002 р. № 1298, а порядок їхнього застосування встановлено спільним Наказом Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України № 308/519 від 05.10.2005 р., яким було затверджено Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення.

<sup>75</sup> Без пільг та на рівні посадового окладу гіпотетичного працівника 1 тарифного розряду, який становив 839 грн. станом на 1 грудня 2012 року. За поточним курсом валют (1 долар США = 8 грн.) ця сума еквівалентна 206 доларам США.

<sup>76</sup> «Яма, діра».

*лікар-терапевт. Наші обов'язки годі й порівнювати за рівнем складності, але заробітна плата в нас однакова. Тому мене особисто кар'єрне зростання взагалі не цікавить».*

#### **Виноска 4. Здобуття та підвищення кваліфікаційних категорій шляхом переатестації раз на 5 років**

Основним методом оцінки роботи працівників сектора охорони здоров'я є *переатестація*, яка проводиться раз на 5 років, включаючи звіт про професійну діяльність. Процедура переатестації дає медичним працівникам (лікарям та молодшим спеціалістам з медичною освітою) можливість пройти протягом своєї кар'єри три основних етапи професійного розвитку: (1) первинну атестацію на звання «лікар-спеціаліст», (2) на здобуття «кваліфікаційної категорії» (другої, першої або вищої) та (3) підвищення здобутої «кваліфікаційної категорії». Для кожного з цих етапів потрібна окрема «переатестація», котра може набувати таких трьох форм:

- атестація на визначення знань та практичних навиків з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст»;
- атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії (другої, першої або вищої);
- атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Первинна атестація (та присвоєння звання «лікар-спеціаліст»).

Атестації на визначення знань та практичних навиків з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст» з конкретної лікарської спеціальності підлягають особи, які закінчують навчання в інтернатурі, клінічній ординатурі або аспірантурі з цієї спеціальності, якщо останні ще не мають сертифіката лікаря-спеціаліста з даного фаху. Після атестації кожний лікар має підтверджувати звання «лікар-спеціаліст» кожні 5 років шляхом проходження переатестації<sup>77</sup>. Переатестація є обов'язковою й для всіх лікарів, які не працювали більше трьох років за відповідною лікарською спеціальністю, або лікарів, яким було відмовлено в присвоєнні другої кваліфікаційної категорії.

Атестацію та переатестацію проводять атестаційні комісії, утворені в вищих медичних закладах освіти (III та IV рівнів акредитації) та закладах післядипломної освіти.

Підтвердження та підвищення кваліфікаційної категорії:

Проходячи переатестацію раз на 5 років лікар може спробувати здобути вищу кваліфікаційну категорію. Якщо лікар не здобуде вищу категорію, він (або вона) зобов'язаний підтвердити звання «лікар-спеціаліст».

Після здобуття більш високої кваліфікаційної категорії лікар зобов'язаний проходити переатестацію на підтвердження цієї категорії як мінімум раз на 5 років. Переатестація на присвоєння більш високої кваліфікаційної категорії може бути проведена не раніше, ніж через один рік після попередньої переатестації<sup>78</sup>.

При поданні заяви на присвоєння кваліфікаційної категорії кандидат може претендувати на одну з трьох кваліфікаційних категорій: другу, першу та вищу. Загальні вимоги до кожної з категорій, описані в Положенні, затвердженому МОЗ, встановлюються для тих, хто має відповідний мінімальний стаж роботи за кожною з категорій.

Присвоєння кваліфікаційних категорій лікарям здійснюється атестаційними комісіями, утвореними при Міністерстві охорони здоров'я України або при регіональних (обласних) органах охорони здоров'я<sup>79</sup>. Атестаційні комісії можуть присвоїти відповідну кваліфікаційну категорію або відмовити в її присвоєнні.

<sup>77</sup> Виняток зроблено лише для вагітних жінок та осіб, що знаходяться у відпустці по догляду за дитиною (п. 4.2).

<sup>78</sup> Пункт 1.10 Положення про порядок проведення атестації лікарів, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я № 359 від 19.12.1997 року.

<sup>79</sup> Управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій та Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим.



## Показник HRM-8. Повсякденна оцінка діяльності

Неможливо підвищувати якість послуг, не маючи ефективного методу її моніторингу. Для оцінки діяльності персоналу можуть застосовуватися різні інструменти, в яких використовуються різні джерела даних та види показників. Водночас, будь-яка ефективна система має забезпечувати мотивацію медичних працівників до підвищення якості надання послуг пацієнтам та сприяти виконанню закладом як надавачем послуг своїх стратегічних завдань. Для цього оцінка діяльності має складатися з кількох життєво важливих компонентів: вона має забезпечувати певний зв'язок між результатами діяльності та винагородою; вона має бути достатньо прозорою та забезпечувати оприлюднення результатів; вона має бути достатньо інтерактивною й забезпечувати залучення працівників та керівництва до виконання всіх етапів оцінки (визначення цілей, обговорення процесу, спільного відстеження результатів).

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існує система офіційної оцінки діяльності персоналу з чіткою реєстрацією результатів?	% лікарів та медсестер, які підтвердили існування такої системи	83,1%	Рівень А
Чи існує додаткова система неформальної оцінки діяльності персоналу (регулярна оцінка діяльності конкретних працівників лінійними керівниками, обговорення невдач на нарадах на рівні відділення тощо)?	% лікарів та медсестер, які підтвердили існування неформальної системи оцінки	84,5%	Рівень А
Наскільки корисною є існуюча система офіційної оцінки діяльності?	% лікарів та медсестер, які вважають існуючу систему дуже корисною або корисною в більшості випадків	83,3%	Рівень А
Чи пов'язані існуючі системи оцінки діяльності з рівнями винагород, одержуваних персоналом (заробітною платою, просуванням по службі, можливостями для навчання тощо)?	% лікарів та медсестер, які підтвердили вплив оцінки на винагороду	78,8%	Рівень А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень А</b>

У більшості закладів використовується комбінація офіційної та неформальної систем оцінок, котра сприймається працівниками закладів як загалом корисна та заохочувальна. За показником оцінки діяльності система охорони здоров'я України здобула тверду оцінку «А», причому більшість лікарів та медсестер підтвердили, що в їхніх організаціях застосовується широкий діапазон корисних заходів з регулярної оцінки діяльності працівників, описаних нижче. Як виявилось під час співбесід, цей високий результат значною мірою пов'язаний із двома основними чинниками:

1. Усім закладам потрібно одержувати високі бали в процесі 3-річної обов'язкової державної акредитації (див. виноску 5). Починаючи з 2011 року, акредитація закладів ведеться за детальним переліком показників, включаючи показники діяльності та кваліфікації персоналу (наприклад, кількість операцій на спеціаліста; кількість скарг від хворих; показники смертності тощо), а також з урахуванням звітів про діяльність із забезпечення якості (збирання необхідних статистичних даних, проведення консультацій і нарад для обговорення проблем, опитування хворих тощо). У зв'язку з цим більшість лікарів та медсестер, опитаних при проведенні цього дослідження, описали широке коло заходів, які вживаються в їхніх закладах для оцінки діяльності та забезпечення надання відповідних даних для акредитації.
2. Усім професіоналам-медикам необхідно одержати певну кількість балів для здобуття кваліфікаційної категорії за результатами 5-річної переекспертизи. З 2009 року однією з мінімальних вимог для проходження атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії (див. опис у виносці 4 вище) є одержання певної кількості балів за період, що минув після попередньої переекспертизи. Оцінюються 22 види діяльності, включаючи різні види навчання, роботу з інтернами, участь у науковій роботі, участь у застосуванні новаторських підходів до лікування, наявність публікацій, проведення доповідей для громадськості та засобів масової інформації, а також роботу в сільській місцевості<sup>80</sup>.

<sup>80</sup> Наказ МОЗ від 07.07.2009 р. № 484 «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах».

**Про наявність офіційної системи оцінки повідомлялося у 83,1% випадків.** Різні показники діяльності регулярно визначаються на основі формальних процедур: надання даних та звітів лінійним керівникам та спеціалістам з питань статистики у закладах. Хоча багато респондентів пояснювали цей процес необхідністю дотримання вимог до акредитації, дехто також посилався на додаткові стандарти якості, запроваджені органами охорони здоров'я або керівництвом закладу.

- *«Ми подаємо квартальні звіти у відділ статистики. Це робиться для того, щоб допомогти їм контролювати навантаження на нас: скільки хворих кожний із нас має обслужити; наприклад, вони можуть розрахувати, скільки пацієнтів ми обслужили протягом року та чи виконали ми план. Це треба для керівництва. Якщо ми недовиконали план, вони урізають зарплату, наприклад, шляхом переведення нас на три чверті ставки. Але якщо ми його перевиконали, це ні на що не впливає».*
- *«Так, існує якась методика моніторингу діяльності, передбачена правилами акредитації закладів. Але мені важко сказати, як розраховуються ці показники».*
- *«Звичайно, існують установлені стандарти якості для кожної спеціалізації, й наше керівництво збирає показники щоквартально. Стандарти впроваджуються місцевими органами охорони здоров'я. У нас проходять щоденні 15-хвилинки, розширені щомісячні наради, і це також відповідає положенням про заходи з контролю, наведеним у наших посадових інструкціях. Ведуться протоколи всіх цих нарад, а відповідні записи штампуються й підшиваються. Потім, коли лікарня проходить акредитацію, ми надаємо всі ці документи».*
- *«У нас є система оцінки діяльності: є певний набір показників, які ми маємо виконати. Таких показників є багато. Усі огляди, що ми їх проводимо, всі показники, які описують відвідування хворих, кількість відвідувань удома, плани щодо кількості рентгенологічних обстежень, плани перевірок на діабет. Усе, що ми робимо, базується на показниках, і все це доводиться виконувати».*
- *«Існує багато офіційних показників діяльності: кількість діагностованих захворювань, кількість хворих, кількість померлих тощо, а також наші доповіді на нарадах».*
- *«Установлено стандарти якості для лікарів та медсестер. У зв'язку з цим ми перевіряємо, як працівники їх дотримуються, а якщо вони їх не дотримуються, ми знижуємо їхні оцінки. Ми дивимось на все: о котрій годині вони приходять на роботу та йдуть додому; наскільки добре вони ведуть документацію, й так оцінюємо їхні професійні якості».*

У рамках дослідження було виявлено й по-справжньому позитивні системи оцінки діяльності, створені видатними головними лікарями за власною ініціативою:

- *«Ми проводимо анонімні опитування: просимо завідувачів відділень оцінити діяльність керівництва, а також просимо хворих оцінити роботу наших працівників».*
- *«Ми самі розробили стандарти діяльності. Кожна медсестра одержує певний бал за різні елементи своєї роботи: лікування, навчання, волонтерську діяльність, санітарно-профілактичні заходи, рівень надання послуг. Кожний із цих компонентів має підкомпоненти, всі з яких оцінюються. У нас також ведеться перелік проблем, за які оцінка знижується: помилки під час лікування, надходження скарг від хворих, догани від керівництва, недотримання правил безпеки, наявність помилок у документації тощо».*
- *«Щороку ми розробляємо індивідуальні плани з зазначенням нових навичок, які ми збираємось засвоїти: наприклад, зняття кардіограм, профілактична та інформаційна діяльність тощо. Головна медична сестра виставляє нам бали за виконання цих планів. Як правило, ставиться оцінка «задовільно». Раніше нам ставили також «відмінно» або «добре», але тепер — завжди «задовільно». Це тепер щось на кшталт найвищої оцінки».*

### Виноска 5. Обов'язкова державна акредитація закладів охорони здоров'я

Раз на 3 роки всі заклади охорони здоров'я в Україні (як державні, так і приватні) проходять обов'язкову державну акредитацію. Акредитація підтверджує, що в закладі створено достатні умови для якісного надання послуг, він додержується встановлених стандартів надання таких послуг, а його працівники мають офіційно підтвержену кваліфікацію для роботи на своїх посадах<sup>81</sup>.

Акредитація проводиться робочими групами експертів під проводом акредитаційних комісій, утворених при органах охорони здоров'я національного та субнаціонального рівнів. У результаті акредитації закладу присвоюється одна з трьох категорій: друга, перша або вища.

Починаючи з 2011 року, акредитація проводиться за стандартами та критеріями, визначеними Міністерством охорони здоров'я<sup>82</sup>. Стандарти охоплюють 25 сфер надання послуг: 10 напрямків управління закладом та 15 напрямків обслуговування: управління закладом; кадрова робота; управління підрозділами закладу; права, обов'язки та безпека хворих; служба медичної інформації; експлуатація обладнання; санітарно-епідеміологічна безпека; захист праці; експлуатація будівель; якість медичних послуг; первинна медична допомога; невідкладна допомога; поліклінічна допомога; стаціонарна допомога; хірургія, анестезія, інтенсивна терапія; здоров'я матері та дитини; реабілітації; параклінічна служба; лабораторна діагностика; використання лікарських засобів; служба крові; патологоанатомічна служба; опікова медицина; трансплантаційний центр; медична генетика.

Кожному закладу виставляється бал за досягнення за кожним напрямком<sup>83</sup> відповідно до переліку докладних субстандартів. Після розрахунку балів за всіма напрямками експерти, які проводять аналіз, розраховують результат у порівнянні з теоретичним максимумом. Таким чином визначається акредитаційна категорія (90-100% — вища категорія; 80-89% — перша категорія; 70-79% — друга категорія).

Для участі в оцінці кожний заклад подає пакет документів із описом своїх досягнень за всіма стандартами та субстандартами. Окрім базових реєстраційних документів, у пакет входить набір звітів, які описують штатну структуру, показники кваліфікації та діяльності персоналу, результати надання медичних послуг за три попередніх роки й аналіз якості цих послуг. Усі ці звіти складаються у встановленому форматі, який включає в себе критерії оцінки якості медичних послуг.

**У 84,5% випадків респонденти згадали про один або декілька додаткових інструментів неформальної оцінки, які використовуються в їхніх закладах для моніторингу діяльності.** У більшості закладів запроваджено засоби постійного моніторингу діяльності — наради персоналу, обговорення та внутрішні конференції:

- *«Завідувач нашим відділенням впровадив нову ідею проведення 5-хвилинних нарад та щотижневого надання лікарями звітних табелів із ключовими показниками: скільки у них хворих; скільки проведено досліджень. Ці табелі допомагають завідувачеві відділенням порівняти, скільки кожний із нас відпрацював, а також спланувати спільну роботу».*
- *«Неформальна оцінка проводиться, головним чином, у якихось проблемних ситуаціях. У решті випадків основний неформальний показник — це вдячність наших пацієнтів».*
- *«У нас проводиться змагання між відділеннями. Ми практикуємо й інший підхід: направляємо старшу сестру з одного відділення оцінювати роботу медсестер іншого відділення для виявлення вад на свіже око».*
- *«Щомісяця ми обговорюємо досягнуті результати та показники всієї поліклініки, а також усі проблемні випадки та помилки, особливо за такими актуальними напрямками, як туберкульоз і онкологія (пізні виявлення та інші помилки). У таких випадках той, хто скоїв помилку, має пояснити причини у письмовій формі, й зробити доповідь на нараді для персоналу. Ці пояснення*

<sup>81</sup> Постанова КМУ від 15.07.1997 р. № 765 (остання редакція від 15.01.2013 р.) «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я».

<sup>82</sup> Наказ МОЗ від 14.03.2011 р. № 142. «Стандарти державної акредитації лікувально-профілактичних закладів»

<sup>83</sup> Деякі напрямки можуть видаватися недоречними для певних закладів — наприклад, не в усіх закладах є стаціонар.

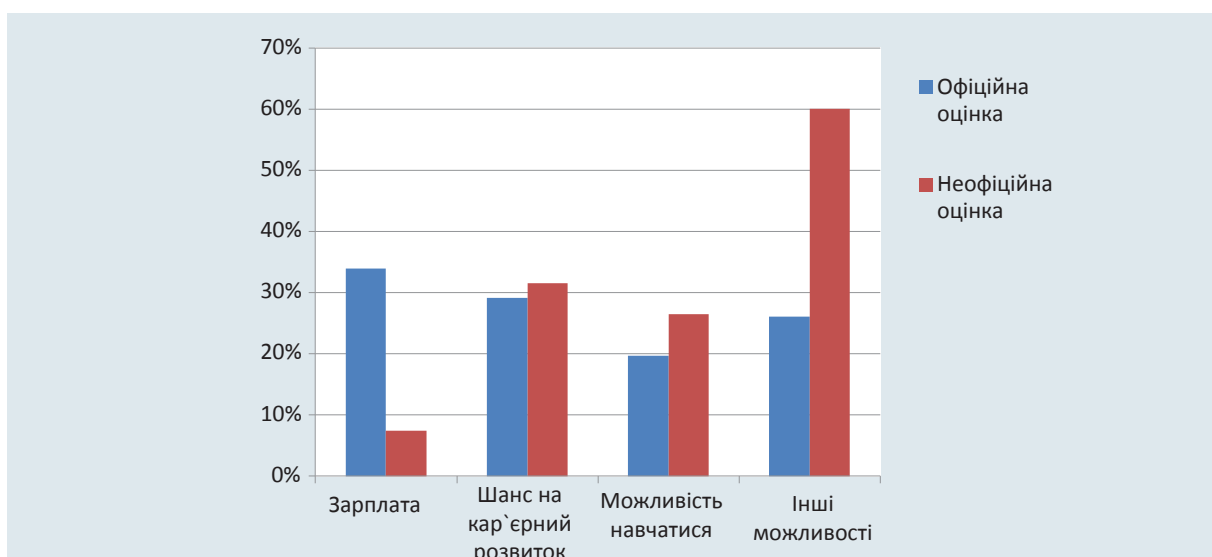
потім передаються старшому пульмонологу або онкологу міста. Не буває таких нештатних ситуацій, які б не обговорювалися».

**83,3% лікарів та медсестер вважають нинішні інструменти оцінки діяльності (офіційні та неформальні) корисними в більшості випадків.** Більшість респондентів схвально відгукнулися щодо нинішніх інструментів оцінки діяльності за можливості для навчання, а також з огляду на їхній вплив на моральний клімат у колективі та моральний стан відповідних працівників. Лише в 10% випадків лікарі та медсестри заявляли, що система взагалі не приносить жодної користі, а ще 6,7% стверджували, що вона рідко, корисною:

- *«Це дуже корисно; це стимулює відповідальність серед працівників».*
- *«Це допомагає, тому що під час консультацій та нарад завідувач відділенням може надати корисні поради».*
- *«Це потужний психологічний чинник, оскільки він піднімає самооцінку та пробуджує бажання працювати краще».*
- *«Це дуже корисно, тому що ми обговорюємо всі важкі випадки задля уникнення помилок у майбутньому. Усе обговорюється, й кожен може розповісти, як він діяв би в подібній ситуації. На мою думку, це дуже корисно».*

Більшість респондентів заявляли про наявність певного зв'язку між показниками діяльності та одержуваною винагородою, але якщо офіційна оцінка впливає на рівень заробітної плати, то неформальна оцінка справляє «м'якший» і гірше передбачуваний вплив. У 78,8% випадків лікарі та медичні сестри заявили, що системи оцінки, які використовуються в їхніх закладах, справляють принаймні деякий вплив на винагороду, котру вони одержують (заробітну плату, можливість для навчання, шанс на просування та будь-які інші можливості чи вигоди). Наявність впливу підтверджувалася як для офіційної оцінки (69,6%), так і для неофіційної оцінки (64,3%), але, як показано на рисунку 25, характер цього впливу є дуже різним. Лише в 33,9% випадків найбільший вплив на заробітну плату персоналу, схоже, справляє офіційна оцінка. При цьому здійснюється автоматичне коригування заробітної плати у випадку просування працівника по службі, наприклад, у разі підвищення показників хірургічної діяльності, або виплачується премія за високі показники в роботі. З другого боку, неформальна оцінка, як здається, справляє набагато сильніший вплив. Неформальні досягнення більше впливають на просування по службі та можливості для навчання, але в більшості випадків працівникам можуть надаватися найрізноманітніші можливості: можливість узяти відгул за потреби, можливість узяти відпустку влітку, а також грамоти й подяки (див. наступний показник). У багатьох випадках респонденти згадували про можливість узяти участь у місцевих (міських та обласних) конкурсах на звання найкращого фахівця (лікаря або медсестри).

**Рисунок 25. Вплив оцінки діяльності на винагороду працівників і можливості підвищення кваліфікації**



- *«Фінансових важелів немає, але якість роботи обговорюється та є очевидною. Крім того, розраховується рейтинг, і ці показники є справді важливими. Таким чином, у випадку догани медсестри намагаються пристосуватися до ситуації та полішити свою роботу».*
- *«На зарплату це не впливає. Але у випадку проблем може бути винесена догана, й ми не одержимо річну премію».*
- *«Той, хто показує високі результати, може взяти участь у конкурсі на звання найкращої медсестри області».*

**Попри те, що більшість респондентів підтвердили наявність складних систем оцінки діяльності, деякі з них ставляться до їхньої ефективності зі скептицизмом.** Розчарування підходами, що застосовуються, пов'язане, головним чином, із відсутністю чіткого зв'язку між системами оцінки діяльності та наявними можливостями, а також із сумнівами з приводу прозорості та достовірності оцінки діяльності.

- *«Це справляє вплив лише на власну самосвідомість».*
- *«Якщо повернутися в реальність то перевірити статистичні дані за нашою спеціальністю просто неможливо, а ці дані є фальшивими. Наприклад, якщо денна норма кількості відвідувань становить 15, то одного дня у мене може бути 60 відвідувань, а на другий день — 13. У будь-якому разі я просто додам двох осіб, щоб виконати план на день — просто сяду й допишу. Ніхто нічого й не дізнається. Можливо, це погано. Усе це симуляція, а не справжній показник якості».*

### **Показник HRM-9. Позитивне стимулювання**

**Для забезпечення максимальної продуктивності треба, щоб працівники були впевнені в тому, що зусилля ведуть до успіху, а невдачі та помилки можна пережити й навчитися на них.** Ефективні позитивні стимули — система винагород — це основний інструмент мотивування персоналу керівництвом до підвищення якості роботи, співпраці та додержання правил. До позитивних стимулів можна віднести грошові та інші матеріальні стимули на зразок підвищення заробітної плати та премій. Водночас, протягом останніх десятиліть підходи у сфері роботи з людськими ресурсами змінилися в напрямку визнання подекуди ще більшої важливості «внутрішніх» (або нематеріальних) стимулів у порівнянні з «зовнішніми» (або матеріальними). На відміну від фінансових та інших матеріальних стимулів, «внутрішні» стимули — це психологічне заохочення працівників завдяки якісному виконанню змістовної роботи, «заряди емоцій» на різних етапах роботи, які зміцнюють готовність працівників приділяти роботі більше уваги<sup>84</sup>. Зокрема, існує чотири види нематеріальних стимулів, які можуть відігравати значну роль:

- Зміцнення почуття змістовності — шляхом допомоги працівникам в усвідомленні мети та значимості їхньої роботи.
- Зміцнення почуття власного вибору — шляхом допомоги працівникам у використанні власних суджень та відповідальності при визначенні підходів до виконання ними своєї роботи.
- Зміцнення почуття компетентності — шляхом сприяння працівникам у розвитку почуття гордості за додержання високих стандартів.
- Зміцнення почуття поступу — шляхом сприяння працівникам у розвитку почуття руху в правильному напрямку, що зміцнює їхню довіру до вибору, зробленого раніше.

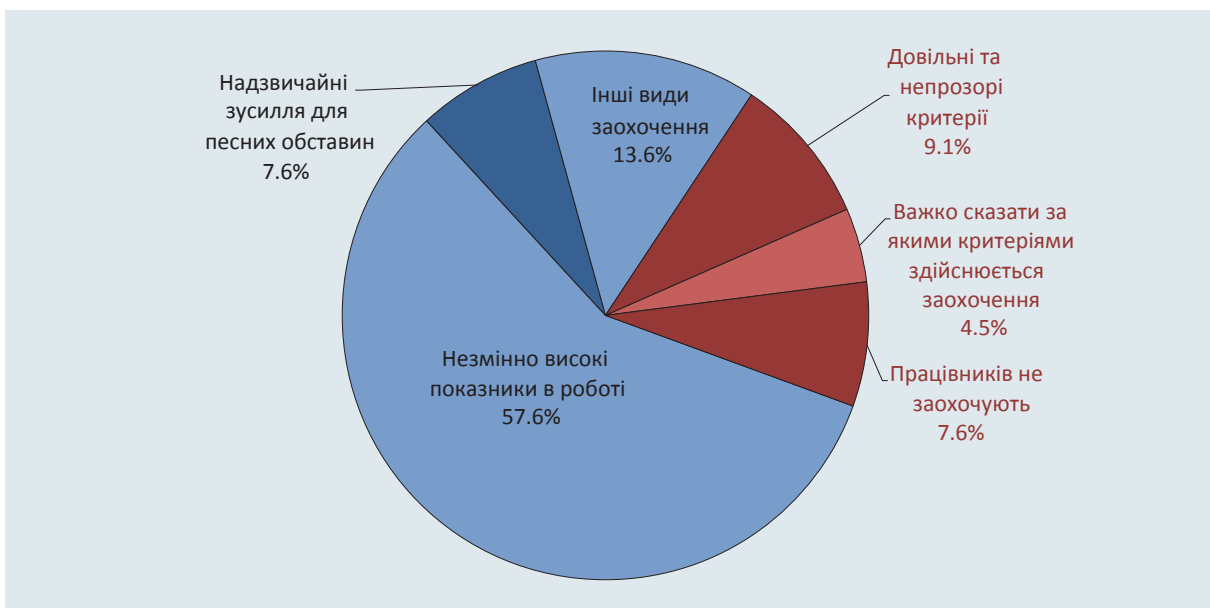
<sup>84</sup> <http://www.iveybusinessjournal.com/topics/the-workplace/the-four-intrinsic-rewards-that-drive-employee-engagement#UVguEhzTrLo>



Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи вважають медичні працівники, що стимули (фінансові та інші) надаються на справедливих і прозорих підставах?	% лікарів та медсестер, які заявили, що підстави для позитивного стимулювання (фінансового та іншого) зазвичай визначаються свавільно та непрозоро, і що важко назвати підстави надання стимулів, чи заявили, що ніяких стимулів не передбачено	21,2%	Рівень А
Чи заохочує керівництво закладу нематеріальне позитивне стимулювання своїх працівників?	% лікарів та медсестер, які заявили, що керівники відповідних закладів заохочують лінійних керівників (завідувачів відділень) хвалити або надавати інше нематеріальне позитивне підкріплення працівникам	62,5%	Рівень В
Чи заохочує керівництво закладу чесне визнання помилок працівниками?	% лікарів та медсестер, які заявили, що керівники їхніх закладів заохочують лінійних керівників (завідувачів відділень) винагороджувати тих працівників, які чесно визнають свої помилки й готові їх усувати	57,1%	Рівень В
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень В+</b>

**Більшість лікарів та медсестер, які взяли участь в опитуванні, вважають, що високі показники в роботі загалом винагороджуються досить справедливо й прозоро.** Лише 21,2% опитаних лікарів та медсестер висловили дуже негативне ставлення до чинної системи позитивного заохочення. 7,6% заявили, що досягнення ніяк не винагороджуються; 9,1% вважають, що критерії заохочення є довірливими та непрозорими, й не мають чіткого зв'язку з високими показниками, а 4,5% визнали, що їм важко сказати, які саме критерії використовує керівництво для заохочення (див. рисунок 26). У більшості випадків (57,6%), як пояснили нам лікарі та медсестри, заохочення надається за регулярну добру роботу та (у 7,6% випадків) за надзвичайні досягнення.

**Рисунок 26. Назвіть типові підстави для заохочення (% відповідей лікарів та медичних сестер)**



**Більшість лікарів та медсестер вважають, що керівництво намагається заохочувати формування в колективі позитивного середовища, висловлюючи вдячність персоналу та використовуючи різноманітні засоби нематеріального заохочення.** У 62,5% випадків опитані лікарі та медсестри погодилися з тим, що керівники закладів заохочують лінійних керівників (зокрема, завідувачів відділень) хвалити свої колективи та включати різні внутрішні винагороди в системи заохочення. Співбесіди також підтвердили досить високу популярність таких внутрішніх винагород. До них належать грамоти та листи-подяки (їх зазвичай вручають з нагоди Дня медичного працівника або в день народження працівника), письмова та усна подяка з боку керівництва, внесення відповідних записів у трудову книжку або особову справу працівника про відмінне виконання тру-

дових обов'язків, розміщення імені працівника на дошці пошани, а також сприяння участі в професійних конкурсах. Крім того, на відміну від матеріального заохочення, яке, за словами опитаних, є мізерним, нематеріальне заохочення справді приносить якість задоволення персоналу.

- *«Ми одержуємо, в основному, офіційні грамоти та подяки від керівництва. Це дуже приємно та приносить моральне задоволення».*
- *«Значна частка позитивного заохочення у нас — це просто моральна підтримка та вдячність з боку керівництва. Це все важливо, зокрема, тому, що твій авторитет зростає, тебе цінують і визнають».*
- *«За нинішніх обставин» мотивацію професіоналів-медиків часто підтримує певний корпоративний дух. Він є важливішим за премії та інші виплати. Тут працюють самовіддані професіонали на чистому ентузіазмі. Вони усвідомлюють, що держава їх не цінує».*
- *«Я відпрацювала тут 15 років і ніколи не одержувала ніякої винагороди, а інші одержували й я була дуже засмучена з цього приводу. В День медичного працівника я прийшла до керівництва й висловила все, що накопилось. Я сказала, що теж заслуговую на визнання, і що вони, напевно, економили на папері, якщо навіть не змогли надрукувати мені грамоту. Це лише жест, але для мене він був би важливим! Головний лікар прислухався до мене й підняв зарплату на півставки».*

**Трохи більше половини респондентів вважають, що помилки нормально сприймаються в їхніх закладах, якщо той, хто їх скоїв, чесно їх визнає.** 57,1% лікарів та медсестер вважають, що їхні керівники готові нормально сприймати помилки. Такого показника виявилось достатньо для оцінки «В», але він є дуже близьким до нижчого значення. Більшість працівників, які не бояться визнавати помилки, становлять медсестри, тоді як лікарі вважають це більш проблематичним.

- *«Ми намагаємося навчатися на власних помилках; помилки обговорюються на нарадах і це добре, тому що дає нам можливість навчитися на майбутнє».*

### **Показник HRM-10. Вчасна виплата заробітної плати**

**Регулярна та вчасна виплата заробітної плати є базовою умовою підтримання високого морального духу та забезпечення якісної роботи.** Вчасна виплата зарплати віддзеркалює ключовий принцип трудових договорів. Вона сприяє розвитку довіри до узгоджених умов, а також довіри до загальної надійності організації та системи, в якій вона функціонує, створюючи клімат упевненості в майбутньому. Це дає змогу працівникам зосередитися на своїй роботі, а не турбуватися з приводу того, чи одержать вони зарплату або чи буде в них завтра робота, і які ще елементи організації їхньої роботи можуть виявитися негідними довіри.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи медичні працівники завжди одержують свою заробітну плату вчасно?	% лікарів та медсестер, які заявили, що заробітна плата протягом попереднього року завжди виплачувалася вчасно	100%	Рівень А
Якщо й мають місце затримки, то як швидко й оперативно погашається заборгованість?	% лікарів та медсестер, які стикалися з затримками виплати зарплати протягом останнього року, й яким уже було погашено заборгованість по заробітній платі	немає	немає
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень А</b>

**Протягом останнього десятиліття Україна зробила величезний крок уперед і позбулася багаторічної заборгованості перед працівниками державного сектору, характерної для 1990-тих, і забезпечила при цьому регулярну виплату заробітної плати з бюджету.** Заборгованість було поступово погашено майже повністю завдяки економічному та фінансовому оздоровленню, яке

розпочалося у 2000 році. Під час економічної кризи 2008-2010 рр. Уряд повідомляв про відсутність затримок у державному секторі, незважаючи навіть на те, що заборгованість з виплати зарплати в приватному секторі в цей період зросла втричі (Maunzyuk, 2011).

**Офіційні статистичні дані щодо поточного рівня заборгованості перед бюджетним сектором по заробітній платі не було оприлюднено, але за даними профспілок у сфері охорони здоров'я затримки почали зростати протягом 2012 року.** Протягом останнього року профспілки медичних працівників висловлювали стурбованість з приводу вчасності виплати заробітної плати у сфері охорони здоров'я. Федерація профспілок України заявила 15 лютого 2013 року, що заборгованість по зарплаті в державних закладах сфери охорони здоров'я почала зростати в деяких областях (Сумській, Одеській та в АРК), і поскаржилася на те, що ще в одній області (Луганській) поточні зобов'язання по зарплаті перед працівниками державних закладів охорони здоров'я не враховані в бюджеті в повному обсязі, що тягне за собою ризик затримок<sup>85</sup>.

**Під час співбесід, що проводилися в рамках цього дослідження влітку 2012 року, епізодів затримки заробітної плати виявлено не було.** Усі 100% лікарів та медсестер заявили, що протягом попереднього року не було жодного випадку значних затримок у виплаті заробітної плати чи її виплати в неповному обсязі. Максимальна тривалість затримки, за словами респондентів, склала 3 дні. Лише в одному випадку медсестра не одержала відпускні, тому що вчасно не подала заяву про відпустку. Навіть у цій ситуації вона була впевнена, що згодом одержить ці кошти.

**Водночас, деякі співбесідники розкрили наявність випадків прихованого скорочення заробітної плати.** Незважаючи на те, що всі зарплати зараз виплачуються вчасно, деякі респонденти поділилися тривожними розповідями про приховану заборгованість.

- *«Зарплата виплачується регулярно, але торік ми були змушені піти в неоплачувану відпустку на три тижні. Нам доводилося кількаразово брати дні в рахунок неоплачуваної відпустки протягом місяця, але в ці дні ми продовжували працювати. При цьому вважалося, що ми перебуваємо в неоплачуваній відпустці».*

### **Показник HRM-11. Навчання**

**Стрімкі зміни, які зараз відбуваються у сфері охорони здоров'я, вимагають від медичних працівників постійно та активно навчатися, щоб залишатися компетентними.** Охорона здоров'я — це сектор, який змінюється чи не найшвидше серед інших секторів завдяки розвиткові науки й техніки, накопиченню інформації про лікування, масштабним демографічним змінам і дедалі більшій вазі неінфекційних та хронічних захворювань. Для ефективного надання медичних послуг населенню в умовах, які невинно змінюються, клініцисти та адміністратори змушені постійно оновлювати свої навички та знання. Успішні системи безперервної освіти для професіоналів у сфері охорони здоров'я поєднують регулярні офіційні програми підготовки та перепідготовки з середовищем, в якому заохочується навчання без відриву від роботи, взаємний обмін інформацією та досвідом між колегами та індивідуальне прагнення розвиватися та навчатися.

**Більшість лікарів та медсестер, опитаних під час цього дослідження, кількаразово проходили регулярну професійну підготовку.** Програми безперервної освіти, доступні для працівників сфери охорони здоров'я в Україні, можна віднести до одного з трьох видів: передатестаційний цикл, внутрішні заходи у закладі та заходи, організовані в інших місцях (див. нижче). Рівні участі в кожному з цих видів навчання є високими. Загалом 90,0% респондентів заявили, що брали участь у заходах як мінімум двох із трьох видів навчання протягом останніх п'яти років. Крім того, 58,6% лікарів та медсестер заявили, що брали участь у всіх трьох видах навчання.

<sup>85</sup> <http://www.fpsu.org.ua/napryamki-diyalnosti/sotsialnij-zakhist/557-potribni-nevidkladni-zakhodi-dlya-usunennya-porushennya-trudovikh-prav-pratsivnikiv-zakladiv-okhoroni-zdorov-ya>; <http://kmpoz.org.ua/news/new131.html>

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи проходять медичні працівники регулярну підготовку та перепідготовку?	% лікарів та медсестер, які підтвердили, що протягом останніх 5 років вони пройшли не лише обов'язкове навчання у зв'язку з переатестацією, але й додаткове внутрішнє або зовнішнє навчання (у своєму або іншому закладі)	90,0%	Рівень А
Наскільки ефективними є існуючі програми підготовки для професіоналів у сфері охорони здоров'я?	% лікарів та медсестер, котрі вважають хоча б один із заходів безперервного навчання, в якому вони беруть участь, суттєво корисним	81,8%	Рівень А
Чи заохочують керівники закладів індивідуальну ініціативу з навчання та підвищення кваліфікації?	% лікарів та медсестер, які заявили, що їхнє керівництво позитивно ставиться до ініціювання та самостійної оплати додаткового навчання працівниками, й підтримує його	79,1%	Рівень А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень А</b>

Більшість респондентів підтвердили, що принаймні один із навчальних заходів, у яких вони брали участь, справив потужний вплив на їхню роботу. 81,8% лікарів та медсестер повідомили, що принаймні одна програма навчання виявилася суттєво корисною. Крім того, як показано на рисунку 27, 24,2% респондентів вважають два види навчання суттєво корисними, а 36,4% вважали, що все навчання, яке вони пройшли, було дуже корисним<sup>86</sup>. Більшість респондентів пояснили, що вбачають великий потенціал у навчанні як такому, але його якість і корисність залежать від готовності професіоналів навчатися, а також від конкретних викладачів та організаторів навчання.

- *«Усе залежить від рівня викладача та від тебе самого. Якщо ти починаєш навчатися зі справжнім бажанням навчитися, то ти завжди знайдеш потрібну інформацію. Мені пощастило взяти участь у корисних курсах навчання й особисто для мене їхній вплив виявився суттєвим».*
- *«Якість навчання повністю залежить від навчальних закладів. Наприклад, якість навчання в Києві, Донецьку та Харкові є дуже високою, а в Луганську — нульовою. Усе залежить від команди, обладнання та керівництва».*

Рисунок 27. Скільки видів навчальних програм виявилися дуже ефективними? (% відповідей лікарів та медичних сестер)



Загалом, існуючі програми навчання, як здається, є менш важливими для професіоналів з вищим рівнем спеціалізації. Серед респондентів саме лікарі з більшим скептицизмом висловлю-

<sup>86</sup> Цей показник може мати позитивну систематичну похибку: у системі, в якій майже або повністю відсутні засоби заохочення, можливість пройти навчання дає працівникам змогу відчути себе краще, завдяки чому може зростати ймовірність того, що вони оцінять навчання як корисне.

валися з приводу якості навчання (22,0% лікарів не вважали жодну з програм суттєво корисною, тоді як серед медичних сестер так думали 15,4% респондентів). У деяких бесідах респонденти пояснювали, що чимало курсів і конференцій мають або надто широку, або надто вузьку програму, що ускладнює для деяких категорій лікарів пошук доречної та відповідної програми.

- «Багато курсів мають вузьку спеціалізацію, але немає нічого, що відповідало б сфері моїх професійних інтересів. Те саме можна сказати про внутрішні тренінги: відділення нашої лікарні мають власну спеціалізацію, й мені важко знайти знання в тих сферах, в яких вони мені потрібні. Тому мені доводиться відвідувати курси за абсолютно непотрібною тематикою або з лікувальної справи, що не приносить мені ніякої користі».

## Навчання для підтвердження або підвищення кваліфікаційної категорії

**Найбільша програма навчання передбачає обов'язкову передатестаційну підготовку, яка є основною вимогою для переатестації, що проводиться раз на 5 років (див. виноску 6).** Під час співбесід підтвердилося, що всі професіонали, які мають кваліфікаційні категорії, беруть участь у такому навчанні (91,4% лікарів та медсестер). Більшість медичних працівників позитивно відгукувалися про таке навчання і вважають його дуже корисним. Водночас, обов'язкове навчання в державних закладах одержало й найбільше число критичних зауважень у порівнянні з курсами на рівні відповідного закладу та зовнішніми заходами. Зокрема, 60,0% лікарів та медсестер заявили, що зміст цього навчання, на їхню думку, має більшою мірою стосуватися їхньої роботи й потребує кращого підлаштування під потреби лікарів різних спеціалізацій:

Позитивні відгуки	Критичні відгуки
<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Мені дуже подобаються ці курси. Вони завжди справляють значний ефект».</li> <li>• «Я відвідувала курси старших сестер, і мені вони дуже сподобалися. Навчання проводилося в обласній лікарні. Воно справило на мене великий вплив, тому що в цій лікарні мають змогу викладати всі предмети: і захист праці, і невідкладну допомогу. Навіть відділ кадрів брав участь у викладанні. Вони знають усі закони та нормативні документи. Мені дуже сподобалося!»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Ці курси є абсолютно банальними й не приносять практичної користі».</li> <li>• «Чесно кажучи, це навчання має багато вад. Багато речей, яких вони навчають, є зайвими або застарілими. Сьогодні є дуже багато сучасних та цікавих лекцій і матеріалів. У них теж є декілька сучасних лекторів такого плану, але решта лекторів просто показують давні плакати й зачитують конспекти, які я вивчав, ще будучи студентом медінституту».</li> </ul>

### Виноска 6. Передатестаційний цикл професійної підготовки

- Ключовою вимогою для підтвердження або підвищення кваліфікаційної категорії під час переатестації, яка проводиться раз на 5 років, є проходження передатестаційного циклу. Як мінімум за рік перед поданням заяви про присвоєння нової кваліфікаційної категорії (або про підтвердження поточної кваліфікаційної категорії) кожний лікар<sup>87</sup> має закінчити *передатестаційний цикл*.
- *Передатестаційні цикли* організовуються в закладах післядипломної освіти. Це короткострокові навчальні курси, за результатами яких складається іспит.
- Для участі в *передатестаційному циклі* потенційний кандидат має одержати *путівку*, видану відповідним закладом післядипломної освіти. Заклади післядипломної освіти видають такі путівки з урахуванням кількості та виду *передатестаційних циклів*. Вони, у свою чергу, комплектуються відповідно до щорічної потреби закладів охорони здоров'я країни в навчанні своїх лікарів.
- У випадку успішного закінчення *передатестаційного циклу* та складання іспиту заявникові видається Свідоцтво з рекомендацією про присвоєння відповідної кваліфікаційної категорії. Якщо заявник не складе іспит, він може пройти цикл ще раз.

<sup>87</sup> Передбачено винятки для наукових працівників закладів післядипломної освіти, які можуть не проходити весь цикл, а скласти іспити без навчання (пункт 3.1).



## НАВЧАННЯ У ЗАКЛАДАХ

**Окрім перепідготовки для переатестації, майже в кожному з закладів ведеться власна діяльність з підготовки та підвищення кваліфікації працівників.** Вона включає в себе проведення тренінгів, семінарів, наставництво, лекції та доповіді. Свою участь у такій роботі підтвердило 88,6% лікарів та медсестер. У порівнянні з державними курсами внутрішнє навчання вважається більш доречним: лише 48,3% лікарів і медсестер заявили, що зміст цих курсів потребує коригування, а рівно половина (50,0%) — що зміст цілком відповідає їхнім потребам.

- *«Наші лікарі роблять просто фантастичні доповіді. Вони розповідають про все: хірургію, ендокринологію, гастроентерологію. У цих заходах беруть участь усі лікарі, і всі вони добре готуються до них. Крім того, ми проводимо додаткові заняття з найбільш проблемних захворювань: холери, СНІД, інфекційних захворювань з найбільшим рівнем ризику. Після навчання проводяться тести та письмові іспити. Так, це все у нас є!»*
- *«У нашій лікарні працюють винятково обізнані інфекціоністи, й вони дуже компетентно можуть розповісти про кожну хворобу. Якщо у нас виникають питання, ми завжди можемо поставити їх доповідачеві. Крім того, у нас виступають лікарі з інших закладів — наприклад, з обласної дитячої лікарні».*
- *«У нас є самоосвіта: наші сестри вивчають професійну літературу, ми всі щось шукаємо в Інтернеті. Якщо хтось має якісь проблеми чи прогалини, ми сідаємо разом і намагаємося розібратися та вивчити щось нове».*
- *«Щовівторка та щочетверга у нас виступає запрошений доповідач, завжди. Я гадаю, цього достатньо. Крім того, у нас проводяться наради, на яких наші спеціалісти можуть робити доповіді. Іноді вони роблять доповіді на задану тему, готуються до них і надають відповідну інформацію іншим. Таких доповідей робиться так багато, що мені, чесно кажучи, хотілося б, щоб їх було менше. Вони проводяться, як мінімум, двічі на тиждень. Крім того, весь час організовуються позачергові наради для обговорення нагальних питань або нових нормативних документів, яких ми маємо додержуватися».*
- *«У нас проводяться майстер-класи для медичних сестер. Їх проводжу я як головна медсестра, але старші сестри різних відділень мені, як правило, допомагають, якщо нам необхідно розібратися в питанні, яке стосується їхніх відділень. Заняття проходять щотижня. Під час цих нарад ми обговорюємо нові закони, нормативні акти та різні організаційні питання. Раз на місяць ми проводимо майстер-клас для всієї лікарні, а старші сестри відділень — щомісячні спеціалізовані майстер-класи на рівні відділень. Крім того, ми можемо проводити їх і частіше, якщо бачимо якусь проблему. У нас навіть був тренінг, присвячений миттю рук, і я особисто перевірила, як усі засвоїли матеріал».*

## ЗОВНІШНЄ НАВЧАННЯ

**Значна частка медичних працівників (67,1%) заявили про свою участь у зовнішніх навчальних заходах.** Мова йде про різні конференції, семінари та практикуми, які, як правило, проводяться за межами відповідних закладів. Значну частку таких заходів, як здається, організовують і спонсують фармацевтичні компанії, але лікарі та медсестри казали й про курси, які фінансуються іншими спонсорами (наприклад, громадськими організаціями) або самими працівниками (наприклад, «Я навчався на тематичних 2-місячних курсах, але платити за них мені довелося самому»).

**У багатьох випадках різниця між зовнішнім та внутрішнім навчанням у самому закладі є досить розмитою.** Чимало доповідей, які проводяться в закладах, як здається, фінансуються фармацевтичними фірмами, й тому мали б бути віднесені до зовнішніх заходів («У нас, наприклад, у лікарні проходила конференція, організована фармацевтичною компанією, котра розробила новий

катетер, і розповідала, як ним користуватися»; «Так, у нас є зовнішнє навчання: наприклад, є така фірма X, і ми всім колективом їздили в Севастополь на тренінг, який вони організували»; «Для того, щоб інформувати нас про нові технології, керівництво нашої лікарні запрошує представників фармацевтичних компаній, які діляться своїми знаннями»).

**Висловлювалися різні думки з приводу ефективності зовнішнього навчання, що є віддзеркаленням великої кількості різноманітних заходів, у яких респонденти брали участь. Як показують наведені нижче цитати, лікарі та медсестри додержуються різних думок з приводу якості зовнішнього навчання, яке вони проходили.**

Позитивні відгуки	Критичні відгуки
<ul style="list-style-type: none"> <li>«Як правило, ці заходи справляють певний ефект; ми отримуємо нову інформацію, а також дізнаємось щось нове про існуючу фармацевтичну продукцію».</li> <li>«Як правило, таке зовнішнє навчання організують фармацевтичні фірми. Вони запрошують професорів, академіків та платять їм за доповіді».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Зовнішнє навчання є менш корисним і справляє менший вплив. Проблема полягає в тому, що дуже важко проконтролювати його якість. Ті, хто випустився 20 років тому, раді взяти участь у будь-якій конференції. Ті ж, хто випустився не так давно, й ті, хто читає хоч якусь медичну літературу, зазвичай стикаються з тим, що вони вже знають те, про що розповідають на цих конференціях».</li> <li>«Від цих заходів практично немає жодної користі, та й проводяться вони зазвичай на дуже низькому професійному рівні. Це я кажу про наші місцеві заходи, але в Харкові все значно краще. І там, як правило, треба платити».</li> </ul>

**Деякі респондентів згадували про можливість навчання за кордоном і важливість досвіду роботи за кордоном.**

- «Навчання потрібне тим, хто хоче навчатися, а тим, хто хоче навчатися, корисно поїхати за кордон. Деякі так і роблять, і беруть участь у навчанні там».
- «Якщо ти справді хочеш навчитися, їдь за кордон. Дехто у нас їздив. Вони, як правило, одержували стипендію».
- «Дуже важливо пройти навчання в інших країнах і навчатися на їхньому досвіді. Саме його не вистачає нашій охороні здоров'я. Ми закриті та ізольовані. Навіть якщо нас запрошують кудись повчитися, це все коштує так багато, що наші лікарі не можуть собі цього дозволити. Так, навчання в Україні є дуже важливим, але було б набагато краще хоч час від часу кудись їздити. Навіть у Росію, якщо не хочеш їхати далеко. Але краще їздити хоча б у колишні європейські соціалістичні країни — в Чехію або ще куди. Саме там є медичні досягнення, й зазвичай ми просто не знаємо про них. Нам справді не вистачає міжнародного досвіду».
- «Ми можемо навчатися в інших людей, які виїжджали за кордон або брали участь у міжнародних конференціях, але це непросто. Наприклад, наш декан іноді організовує заходи на рівні закладу за участю професора Н. із Києва — він досвідчений кардіолог і регулярно буває на міжнародних конференціях. Під час доповідей він доносить до нас найбільш актуальну інформацію про лікування та діагностику. Але це є нашим єдиним вікном у світ. Професор Н. також організовує комерційну зимову школу в Карпатах, де навчання поєднується з катанням на лижах. Коштує це дуже-дуже дорого. Я кілька разів їздила туди, мені там дуже сподобалося, але платити за все мені довелося самій, а іноді платити доводилося й моєму чоловікові. Поки це коштувало до 3 000 гривень, я якось могла собі це дозволити, але коли ціна зросла до 5 000 гривень, мені довелося відмовитися. Та міжнародні тренінги — це дуже важлива річ. На жаль, наші лікарі абсолютно не знають, що відбувається в міжнародній медичній науці, якщо можна так сказати».

**Крім навчання, яке спонсорується фармацевтичними компаніями, працівникам доводиться самостійно шукати кошти на іншу зовнішню діяльність з підвищення кваліфікації. У 22,9% випадків респонденти самі платили за додаткове навчання, а в 34,3% випадків їм удавалося знайти інші зовнішні джерела фінансування на зразок стипендій («Будь-яке навчання такого плану має**

бути оплачене або мною, або якимось спонсором. Тож я й шукаю добру жінку чи доброго чоловіка, яким я можу поскаржитися на свою складну ситуацію та сказати, що мені потрібні гроші. Усе базується на особистих контактах»). Такі інвестиції останнім часом заохочуються з огляду на нові вимоги щодо отримання достатньої кількості балів для складання іспитів під час переатестації; навчання та участь у конференціях приносять додаткові бали, а тому користуються попитом серед лікарів, які бажають зберегти своє робоче місце або просунути по службі.

**Керівництво закладів зазвичай сприяє участі своїх працівників в оплачуваних ними зовнішніх заходах з навчання, але згадувалося й чимало епізодів, коли воно відмовлялося надавати відпустку для навчання.** У 79,1% випадків лікарі та медсестри, які брали участь у зовнішніх заходах з підвищення кваліфікації за власний рахунок, повідомляли про сприятливе та позитивне ставлення свого лінійного керівництва до таких ініціатив. Ще в 14,0% випадків ставлення було нейтральним, і лише 7% респондентів вирішили навіть не казати своїм керівникам про участь у зовнішньому навчанні. Найбільшою проблемою в таких випадках була потреба у відпустці для відвідування курсів. Її надавали не завжди. Навіть коли працівники казали, що ставлення керівництва було позитивним, часто їм усе одно не надавали відпустку. Водночас, ставлення керівництва буває різним залежно від того, чи готове воно взяти на себе частину видатків — наприклад, транспортні витрати.

Підтримка з боку керівництва	Брак підтримки з боку керівництва
<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Якщо лікарі їдуть кудись на навчання за свій власний рахунок, іноді їм навіть компенсують частину витрат, оголошуючи це відрядженням».</li> <li>• «Керівництво завжди налаштоване позитивно й надає підтримку, коли ми хочемо поїхати кудись на навчання».</li> <li>• «Дуже позитивне ставлення. Це правда, що у нас проводяться лише короткі курси, але нам завжди дозволяють туди з'їздити».</li> <li>• «Позитивно: нам дозволили взяти відпустку на час навчання».</li> <li>• «Наше керівництво підтримує нас; фактично, якщо керівництво дізнається про якесь навчання, яке ми мали б відвідати, нас навіть можуть насварити, якщо ми туди не поїдемо».</li> <li>• «Дуже позитивне ставлення, але відвідувати такі курси ми маємо змогу лише у вихідні».</li> <li>• «Керівництво завжди позитивно ставиться до тих, хто прагне зростати».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Щомісяця наші сестри їздять у Луганськ на конференції. Їхні поїздки відрядженням не вважаються. Для нас це коштує 30 грн. з особи, а для людей із більш віддалених районів — по 80 чи 90 гривень».</li> <li>• «Ми можемо брати участь у навчанні лише в неробочий час. Якщо щось організовується в робочий час, це є проблемою, й ніякої підтримки в цьому не буде».</li> <li>• «Якщо ти справді хочеш поїхати кудись на навчання, завжди можна взяти відпустку за власний рахунок».</li> <li>• «Усе залежить від керівника. Якщо ти лояльний і не скаржишся — тобі дали команду «До ноги!» й ти прибіг — тоді тобі дозволять поїхати. Але якщо з тобою важко працювати, якщо ти торочиш щось про закон і свої права, то це кінець. Поїхати ти можеш, але лише протягом власної відпустки. Я так і зробив, бо мені просто треба було пройти це навчання».</li> <li>• «Навіть для участі в передатестаційному циклі при присвоєнні кваліфікаційної категорії не завжди просто одержати дозвіл на навчання. Керівники зобов'язані відпускати працівників, але вони завжди виправдовують відмову тим, що не можуть нікого відпустити взимку, тому що взимку хворіє більше людей, тоді як влітку навчання не проводиться — ось ти і в пастці».</li> <li>• «Коли у нас є гроші й ми можемо собі це дозволити, ми відвідуємо курси та семінари».</li> </ul>

### Показник HRM-12. Санкції

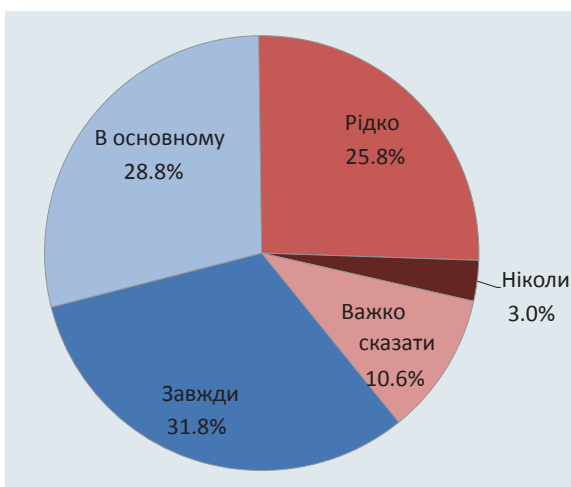
**Система охорона здоров'я має бути безпечною для хворих, але при цьому має підтримувати медичний персонал і бути справедливою до нього.** Погана робота лікарів і медсестер становить пряму загрозу хворим і не повинна залишатися невиявленою ні за яких обставин. Вчасне виявлення помилок захищає хворих не лише в короткостроковій перспективі, але й у довгостроковій перспективі, інформуючи лікарів про те, що їм варто вдосконалити свої підходи до роботи. Водночас, помилки іноді трапляються й тоді, коли працівники докладають усіх зусиль, а санкції в таких випадках мають бути відповідними та справедливими, даючи професіоналам змогу продовжити свою кар'єру та надалі працювати краще, якщо це є можливим. Зважаючи на основоположну важливість безпеки хворих, системи відповідальності за роботу мають залишатися прозорими, послідовними та справедливими до всіх сторін.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існують формальні правила виявлення тих, хто погано працює, та поведження з ними?	% лікарів і медсестер, які підтвердили існування якихось формальних правил	49,2%	Рівень С
Наскільки часто застосовуються санкції у випадку поганої роботи?	% лікарів і медсестер, які заявили, що санкції у випадку поганої роботи застосовуються завжди або майже завжди	60,6%	Рівень В
Чи вірять медичні працівники в те, що чинна система виявлення та покарання тих, хто погано працює, функціонує добре?	% лікарів та медсестер, які вважають, що система є ефективною завжди або в більшості випадків	63,9%	Рівень В
Наскільки добре лікарі захищені від зловживань / невинуватих покарань?	% лікарів та медсестер, які вважають, що медичні працівники захищені дуже добре або хоча б частково	23,1%	Рівень D
Загальна оцінка			Рівень С+

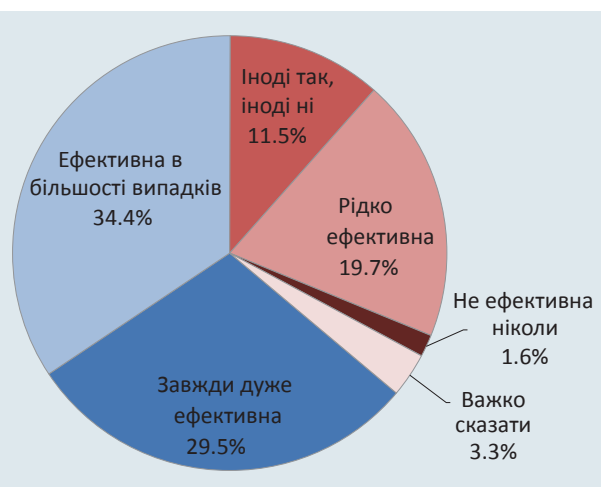
**Підходи до виявлення поганої роботи та вжиття санкцій за неї в досліджених закладах сприймаються багатьма медичними працівниками як загалом ефективні:**

- **60,6% лікарів та медсестер повідомили про те, що в їхніх лікарнях та поліклініках помилки виявляються завжди або в більшості випадків.** Як показано на рисунку 28, 31,8% вважають, що проблеми було виявлено із вжиттям санкцій в усіх випадках, а 28,8% відзначили, що це трапляється майже завжди. Більшість респондентів виявилися здатними описати випадки та епізоди з власного досвіду, висвітливши види проблем та вжитих санкцій — це усні або письмові догани, депреміювання або соціальний тиск. *«Проблеми виявляються завжди; у випадку скарг або заяв у прокуратуру проводяться перевірки. Такі випадки обговорюються, перевіряються, утворюється комісія, і все це дуже прозоро». «Раніше чи пізніше помилки виходять назовні, тому я вважаю, що їх завжди виявляють і за них карають».*
- **Крім того, 63,9% вважають, що існуюча система виявлення поганої роботи та покарання за неї ефективна завжди або майже завжди.** Більшість опитаних лікарів та медсестер відзначили, що зараз санкції завжди досягають своєї мети й допомагають працівникові виправити свої помилки та змінити невдалі підходи. 29,5% також вважають, що система є дуже ефективною абсолютно в усіх випадках (див. рисунок 29). *«У більшості випадків це працює, навіть сам по собі моральний тиск є результативним. Врешті-решт, він діє найсильніше. Люди або йдуть з роботи, або коригують свої підходи до неї».*

**Рисунок 28. Наскільки часто застосовуються санкції у випадку поганої роботи?**  
(% відповідей лікарів та медичних сестер)



**Рисунок 29. Наскільки ефективна чинна система санкцій?**  
(% відповідей лікарів та медичних сестер)



При цьому значною є частка лікарів та медсестер, які скептично налаштовані щодо результативності чинної системи санкцій. Чимало респондентів висловилися з цього приводу досить



скептично, відзначивши, що помилки виявляються або рідко (25,8%), або взагалі ніколи (3,0%). Порівнювана частка респондентів висловлювала стурбованість і з приводу ефективності системи: 11,5% заявили, що вона працює в деяких випадках; 19,7% відзначили, що вона рідко є ефективною, а 1,6% сказали, що вона взагалі не працює.

- *«Це тут не спрацьовує, тому що наша система базується на концепції захисту медичного братства та лояльності до працівників. Ми не виносимо сміття з хати. Хіба що помилка є настільки великою, що про неї говорять на телебаченні».*
- *«Це рідко працює, тому що це просто формальність, яка не може усунути корінну причину поганої роботи: погані ресурси, недофінансування, брак належного обладнання та ліків».*
- *«Система є неефективною. Мені, як старшій сестрі, хотілося б покарати деяких працівників хоча б перенесенням відпустки з літа на зиму, щоб людина хоч якось усвідомила, що вона не робить свою роботу так, як слід. Але це неможливо. Так, людина дістає догану й може не одержати премію за рік. Але якщо доган у неї більше не буде, то й цю догану анулюють до кінця року. Мені хотілося б чітко донести одну думку: якщо ти скоїв помилку, ти маєш за неї якось відповісти».*
- *«Органи охорони здоров'я не зацікавлені в якості. Їх цікавлять лише чисельність персоналу та штатні розписи. Тож це питання турбує лише головного лікаря, оскільки безпосередньо може позначитися на ньому».*

**Попри те, що респонденти змогли навести приклади проблем і відповідних санкцій, з зазначенням чітких правил виявлення та усунення таких випадків вони впоралися гірше.** Лише 49,2% лікарів та медсестер змогли назвати якийсь документ, котрий описує порядок виявлення поганої роботи та вжиття відповідних заходів. Хтось сказав, що *«це все залежить від окремих керівників»* або *«усе залежить від головного лікаря»*, або *«вибір конкретної форми покарання здійснюється довільно»*. Багато респондентів були впевнені в тому, що якийсь документ існує (*«У керівництва МАЄ бути якийсь документ, ніхто ж нічого не робить у нашій системі без документу»*), чи навіть називали різні підрозділи, котрі такий документ мають (*«Такий документ є у профкомі / у відділі кадрів / у юридичному відділі» тощо*). Водночас, випадків, коли опитувані змогли роз'яснити набір чітких, універсальних і послідовних правил, які застосовуються в їхніх організаціях, виявилось мало.

#### **Ось деякі приклади чітких правил і процесів:**

- *«Медичні картки хворих часто забирають на перевірку; їх передають спеціалістам для контролю над якістю роботи сімейного лікаря. Головний лікар також проводить раптові перевірки під час прийому. Крім того, наша система інформатизації допомагає стежити за прийомами: хто прийшов до якого лікаря на прийом, навіщо, як довго тривав прийом, які рецепти було виписано. Усе це дає головному лікареві змогу перевіряти та контролювати роботу прямо з власного кабінету. Так що система загалом є ефективною».*
- *«У нас регулярно проводяться перевірки якості роботи медсестер на предмет того, як вони виконують різні процедури».*
- *«У нас проводяться наради, на яких ми обговорюємо поточні проблеми та результати своєї роботи — саме тут можуть виявлятися проблеми, але за них не карають, тому що помилку людина могла зробити не навмисно, а просто через брак навичок чи знань».*

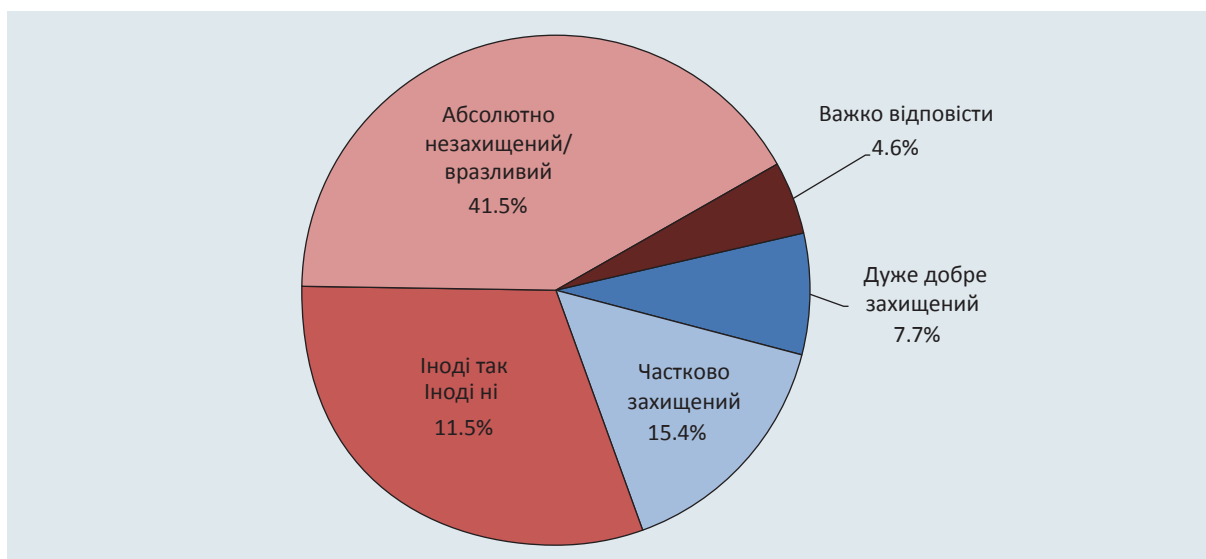
**Найнижчий бал було виставлено за справедливість і належний захист професіоналів: менш ніж чверть лікарів та медсестер (23,1%) вважають, що медичні працівники захищені від усіх зловживань і незаслужених покарань.** Як показано на рисунку 30, 41,5% респондентів заявили, що почуваються зовсім незахищеними та вразливими до потенційних зловживань, а 11,5% заявили,



що ця безпека є завжди. Вони зазначили конкретні ризики та ситуації, які роблять лікарів вразливими й за яких дуже важко знайти захист чи апелювати до третіх осіб у випадку покарання:

- *«Якщо хворий скаржиться на якогось лікаря, для головного лікаря це як червоний прапорець. Лікареві (на якого подано скаргу) гарантовано буде погано. Як мінімум, головний лікар його принижуватиме. І ніхто не перевірить, чи має ця скарга якість відношення до реальності, чи взагалі щось трапилось. Будь-який пацієнт має тут більше прав, ніж лікар».*
- *«Ми абсолютно незахищені та вразливі. У нашій системі вважається, що не пацієнт відповідає за власне здоров'я, а його лікар. Якщо пацієнт подає скаргу, то ніхто не перевіряє, чи написав він правду, чи ні. Він має більше прав, ніж лікар, і в лікаря неодмінно виникнуть проблеми з головним лікарем».*
- *«Можуть бути дуже несправедливі скарги з боку пацієнтів, які не проходять ретельної перевірки, а наслідки для лікарів можуть бути різними — від догани до звільнення; так, це трапляється рідко, але такі випадки в нас були».*
- *«Єдиний спосіб захистити себе — це знання; це єдиний спосіб ніколи не скоювати помилок».*
- *«Те, що лікарі вважають правильним лікуванням, в очах родичів хворих може виглядати зовсім інакше, а для спілкування з такими родичами доводиться бути справжнім психологом. При цьому завжди вважається, що пацієнт має слухність. Тому нам доводиться робити ювелірну роботу, щоб уникати ризиків».*
- *«Пацієнти можуть навмисно тебе підставити».*
- *«Пацієнт може вирішити, що ти з ним спілкуєшся не тим тоном, і написати скаргу, а потім керівництво лікарні буде вирішувати, наскільки правильний тон голосу ти обрав. А в мене ще був такий випадок: пацієнт прийшов на прийом до початку роботи. Я сказав йому, що мій робочий день ще не розпочався, а той пішов до заступника головного лікаря й написав скаргу. Заступник усе перевірів і проти мене ніяких санкцій не вживали, але скарга у справі залишилася».*
- *«Ми взагалі не захищені, тому що пацієнт завжди має слухність. Задумайтеся: людина сидить удома 2 роки; картка порожня; я йому й кажу: «Зробіть хоча б рентген!» І раптом у нього виявляється рак на пізній стадії. Хто винний? Лікар! Але ж люди не ходять на медогляди, іноді через те, що просто не мають грошей».*
- *«Ми зовсім не захищені. Наша проблема номер один — це хворі та їхні родичі. Наприклад, у нас є багато випадків травм, які загрожують життю: ми пояснюємо ситуацію родині, одержуємо від неї згоду на подальше втручання та лікування, але в разі невдачі родичі кажуть, що лікарі в усьому винні. Неможливо пояснити, що в деяких випадках лікарі просто не можуть допомогти. На такі випадки має бути якась страховка, якась можливість залучення зовнішніх експертів, котрі могли б розглянути справу, прийняти рішення та закрити справу. А в нашій ситуації скарги просто залишаються назавжди. Родичі весь час шукають спосіб покарати лікарів, звертаються в прокуратуру, йдуть ще далі, вимагаючи звільнення лікаря. Ця сфера зовсім не врегульована. Це все створює величезний психологічний тиск, тому що доводиться весь час проводити в судах, писати пояснення тощо».*
- *«Ми зовсім не захищені. У нас, наприклад, був пацієнт, який стверджував, що він є помічником депутата. У нас є система запису на прийом, тому що в нас довгі черги. Він же приходив прямо під двері й вимагає, щоб я прийняв його негайно. Я сказав йому, що це неможливо, тож він пішов до головного лікаря, й кричав, що збирається використати свої зв'язки, і що ми всі помremo. Лікар телефонує мені й каже: «Прийми його зараз же: мені скарги не потрібні».*

**Рисунок 30. Наскільки захищеним є медичний персонал від зловживань і незаслужених покарань? (% відповідей лікарів та медичних сестер)**



### Виноска 7. Дисциплінарні заходи: види, критерії, порядок оскарження

#### Які дисциплінарні заходи можуть застосовуватися?

- Керівництво закладів має у своєму розпорядженні цілий арсенал стягнень, які можуть бути вжиті до працівників<sup>88</sup>:
- дисциплінарні заходи (догани або звільнення). Вибір між цими двома заходами робить керівництво закладу. *Галузеве положення* рекомендує «враховувати тяжкість порушення та завдану шкоду, обставини, що призвели до порушення, та наявність попередніх порушень з боку працівника» при виборі стягнення. Інакше кажучи, чіткого розрізнення правових підстав для застосування певного виду стягнення немає, тому керівникам доводиться застосовувати свої суб'єктивні судження, роблячи вибір між доганою та звільненням;
- заходи громадського впливу — це заходи, яких вживають громади, організації, трудові колективи та відповідні виборні органи до своїх членів, щоб забезпечити дотримання ними статутних вимог, домовленостей, правил суспільного життя та дисципліни. До таких заходів віднесено осуд, зауваження, попередження про виключення та власне виключення з громади чи колективу. Ці заходи називаються «громадськими», тому що неформальні угоди щодо правил суспільного життя не мають юридичної сили;
- відсторонення від роботи (тимчасове відсторонення від виконання обов'язків).

#### Якими можуть бути підстави для вжиття санкцій?

- Порушення трудової дисципліни — неналежне виконання обов'язків з вини працівника (що може призвести до догани чи порушення). Загальний перелік трудових обов'язків працівників сфери охорони здоров'я викладено у статтях 13-14 *Галузевих правил*, але цей перелік не є вичерпним і може розширюватися на підставі додаткових постанов, посадових інструкцій, технічних настанов, кваліфікаційних вимог тощо. Це означає, що законодавчі визначення підстав для дисциплінарної відповідальності не є однозначними. Вище пояснювалося, що *Галузеві правила* є так само неоднозначними в тому, що стосується вжиття санкцій за будь-яке з таких порушень.

<sup>88</sup> *Галузеві правила внутрішнього трудового розпорядку*, затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я від 18.12.2000 р. №204-о «Про затвердження Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку» ([http://lviv.medprof.org.ua/uploads/media/%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0\\_%D0%B2%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80.pdf](http://lviv.medprof.org.ua/uploads/media/%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0_%D0%B2%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80.pdf)), які є обов'язковими для всіх закладів, організацій і підприємств системи охорони здоров'я України.

- Порухення правил безпеки праці, яке веде до відсторонення від роботи. Працівники сфери охорони здоров'я можуть бути відсторонені від роботи в таких випадках: поява на роботі в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння; відмова або ухилення від проходження обов'язкового медичного огляду, навчання, а також інструктажу з техніки безпеки та безпеки праці<sup>89</sup>. Додатковими причинами є наявність інфекційних захворювань, небезпечних для інших осіб, контакти з особами, що страждають на такі хвороби, ухилення від обов'язкових щеплень тощо<sup>90</sup>.
- Порухення трудового законодавства, які ведуть до розірвання трудового договору. КЗпП дає власникам закладів змогу розривати трудовий договір на таких підставах:
  - с) невідповідність працівника займаній посаді;
  - д) систематичне невиконання встановлених завдань та обов'язків (але лише після застосування дисциплінарних санкцій);
  - е) прогул;
  - ф) нез'явлення на роботу протягом більш ніж 4 місяців підряд внаслідок тимчасової непрацездатності;
  - г) поява на роботі у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;
  - h) вчинення розкрадання майна власника;
  - і) одноразове грубе порушення трудових обов'язків керівником закладу або його заступником;
  - j) винні дії працівників, які обслуговують матеріальні цінності, якщо ці дії дають підстави для втрати довіри;
  - к) вчинення працівниками, які виконують виховну роботу, аморальних проступків, несумісних з подальшою роботою.

#### **Які існують можливості для оскарження?**

Стаття 150 КЗпП надає всім працівникам право на оскарження дисциплінарних стягнень. Правила апеляційного оскарження є такими самими, що й для індивідуальних трудових спорів. Вони викладені в главі XV КЗпП України.

- Будь-які індивідуальні трудові спори (в тому числі, скарги) розглядаються *комісіями по трудових спорах* (утвореними в усіх організаціях) або судами. Ці комісії обираються з числа працівників на загальних зборах трудового колективу й мають складатися як мінімум із 15 працівників. Комісія обирає голову, заступника голови та секретаря комісії.
- *Комісії по трудових спорах* розглядають скарги або інші клопотання впродовж 10 днів після надходження клопотання. Усі клопотання розглядаються в присутності скаржника та представника власника закладу. *Комісії* мають право викликати свідків та експертів і проводити розслідування.
- *Комісії* ухвалюють свої рішення простою більшістю голосів.
- Якщо суб'єкт оскарження не згоден з рішенням Комісії, він може оскаржити його в суді (впродовж десяти днів з моменту рішення).
- Позови на підставі трудового законодавства розглядаються районними або міськими судами. Відповідний позов має бути поданий впродовж 3 місяців з того моменту, як працівникові стало відомо про порушення його прав. У випадку звільнень позов має бути поданий впродовж одного місяця з моменту повідомлення про звільнення.

<sup>89</sup> Стаття 46 КЗпП.

<sup>90</sup> Згідно з Законом України «Про забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення».

## Утримання та плинність кадрів

### Показник HRM-13. Рівні оплати праці в державному секторі в порівнянні з приватним сектором

Конкурентоспроможний рівень оплати праці — це один із шляхів залучення та утримання кваліфікованих працівників і мінімізації особистих готівкових платежів. Зростання витрат на медичні послуги ускладнює для урядів багатьох країн конкуренцію з комерційними закладами в тому, що стосується фінансової мотивації своїх працівників. Низька заробітна плата може відтягувати кваліфікованих працівників із державних закладів у приватний сектор чи заохочувати їх до одночасної роботи в обох секторах або сумісництва, знижуючи тим самим якість їхніх послуг. Крім того, недостатня оплата праці змушує лікарів та медсестер приймати неофіційні платежі за їхню роботу.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Наскільки конкурентоспроможним вважають медичні працівники нинішній рівень оплати праці лікарів? <sup>91</sup>	Середнє співвідношення між оцінкою поточного рівня зарплати та рівнем заробітної плати, котра, на думку респондентів, дасть змогу залучити та утримувати висококваліфікованих і мотивованих лікарів	31.5%	Рівень С
Наскільки конкурентоспроможним вважають медичні працівники нинішній рівень оплати праці медсестер?	Середнє співвідношення між оцінкою поточного рівня зарплати та рівнем заробітної плати, котра, на думку респондентів, дасть змогу залучити та утримувати висококваліфікованих і мотивованих медсестер	35.8%	Рівень С
Наскільки конкурентоспроможним вважають медичні працівники нинішній рівень оплати праці технічного персоналу?	Середнє співвідношення між оцінкою поточного рівня зарплати та рівнем заробітної плати, котра на думку респондентів дасть змогу залучити та утримувати кваліфікованих і мотивованих технічних працівників	42.6%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С</b>

За оцінками респондентів, у середньому нинішня заробітна плата лікарів відповідає лише **31,5%** суми, необхідної для утримання кваліфікованих професіоналів і забезпечення в них достатньої мотивації. Цей показник віддзеркалює співвідношення між поточним рівнем оплати праці лікарів та сумами, котрі на думку респондентів були б достатніми для наймання та утримання мотивованих і висококваліфікованих лікарів. Крім того, як показано на рисунку 31, розподіл індивідуальних оцінок заробітної плати лікарів очевидно є викривленим у нижчий бік: у порівнянні з медсестрами та технічними працівниками частка респондентів, котрі вважали, що заробітна плата лікарів становить менше 25% ринкового рівня, виявилася найвищою. Оцінки для лікарів коливалися від 8% до 67%.

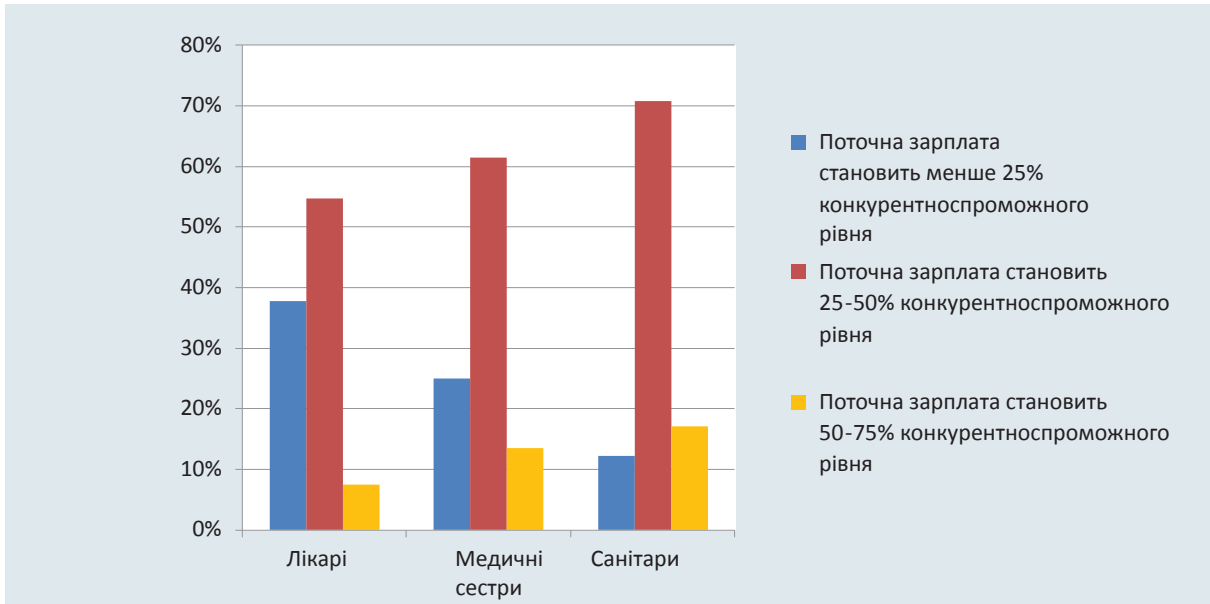
За оцінками, конкурентоспроможність заробітної плати медсестер та технічних працівників є дещо вищою, але все одно становить менше **50%** ринкового рівня. За оцінками, співвідношення заробітної плати та ринкового рівня оплати праці медсестер та технічного персоналу становить відповідно 35,8% та 42,6%. Під час співбесід з працівниками цих категорій їхні відповіді загалом звучали більш оптимістично, причому частка тих медичних працівників, котрі оцінювали свою поточну заробітну плату як таку, що становить від 25% до 50% чи від 50% до 75% від ринкового рівня, була вищою. Водночас, навіть на цих посадах максимальні значення цього показника не перевищили відповідно 73% та 75%.

Респонденти активно виступають за більшу залежність заробітної плати до рівнів кваліфікації та результатів роботи. Хоча більшість лікарів і медсестер хотіли б, щоб їхня зарплата зростала, найпопулярнішою є не вимога підвищити заробітну плату, а змінити порядок її визначення. Більшість респондентів вважають, що чинна система оплати праці є неефективною через слабкий зв'язок із показниками діяльності та через різницю, пов'язану з посадою, досвідом, рівнем осві-

<sup>91</sup> За даними Державної служби статистики України про середню зарплату по галузях (березень 2013 року) середня зарплата в системі охорони здоров'я становила 280 доларів США, а середня зарплата по країні — 390 доларів США.

ти та іншими професійними досягненнями. Прив'язка рівня оплати праці до певних показників результативності стала б актуальним і дуже важливим кроком до зміцнення мотивації персоналу. Водночас, респонденти часто пояснювали, що правила такого нарахування зарплати за результатом мають бути дуже прозорими та зрозумілими для всіх через високий ризик зловживань.

**Рисунок 31. Оціночні співвідношення між поточною та бажаною заробітною платою (% відповідей лікарів та медичних сестер)**



- *«Зарплати мають бути диференційовані, вони мають бути різними у лікарів, медсестер, санітарок. Заробітна плата має залежати від реального навантаження та кваліфікації».*
- *«Ми повинні одержувати гроші за свою роботу, а не за звіти. Папірці, які ми виробляємо, нічого не кажуть про реальні результати, досягнуті кожним працівником».*
- *«Зарплати слід розраховувати на основі різних показників: кількості прийнятих пацієнтів та якості роботи».*
- *«Поточна система є абсолютно неефективною. Пацієнти повинні мати змогу обирати собі лікарів, а лікарі мають конкурувати за них, і ці зусилля мають відобразитися в зарплаті. Мова йде не просто про закріплення якоїсь кількості людей за конкретним лікарем, а про реальну кількість відвідувань та прийнятих пацієнтів».*
- *«Зарплати мають залежати від рейтингу кожного лікаря; важливо, щоб правила були чіткими та однаковими від початку до кінця, аби кожний працівник знав свої пріоритети».*
- *«Звичайно, є способи вдосконалення системи оплати праці. Наприклад, можна проводити анонімні опитування громадськості й вибирати найкращих лікарів, і використовувати відповідні коефіцієнти для нарахування зарплати, щоб винагородити таких лікарів за їхні зусилля».*
- *«Нехай будуть додаткові платежі, але на них не повинно впливати керівництво, інакше їх просто віддаватимуть своїм близьким. Для запровадження системи доплат треба спочатку призначити дуже чесних людей, які керуватимуть такими системами».*

**На думку дуже багатьох опитаних медичних працівників, самі по собі низькі зарплати не впливають на якість медичного обслуговування.** Багато лікарів і медсестер пояснили, що в даний час широко поширеним ставленням до мізерної зарплати є почуття покірності, в результаті чого дуже низька заробітна плата ніяк не впливає на роботу людей.



- **Іноді таке ставлення пояснюється відсутністю альтернативних робочих місць:**
  - *«Люди готові працювати за мізерну зарплату, тому що навіть таку роботу знайти важко».*
  - *«Зарплата є жалюгідною. На неї майже неможливо вижити, особливо матерям-одиначкам, багато яких працює у нас у лікарні. Але куди їм іти? У нашому місті більше нічого не працює, тому ми раді, що в нас принаймні є робота».*
- **Але лікарі також вважають, що офіційна зарплата в їхній професії дедалі частіше ігнорується як чинник, що впливає на ухвалення рішень:**
  - *«Звичайно, на таку зарплату не виживеш. Але, бачте, ми всі належимо до старої школи. Безоплатна робота вже в нашій ДНК. Навіть якщо нам доводиться працювати без оплати, ми все одно працюємо добре. Дуже важко змінити своє ставлення. Можливо, у молоді все буде інакше. Але я вважаю, що наші зарплати тут ніякої ролі не відіграють, бо на них усе одно не виживеш. Звичайно, це не причина шкودити хворому чи працювати погано. Таке ставлення у нас у крові».*
  - *«Так, звичайно, я згоден з тим, що зарплату треба підвищувати й вона має бути гідною. Але я хотів би пояснити, що попри розмір зарплати ми не можемо працювати погано та неякісно. Просто не можемо».*
  - *«Ми все одно працюємо якнайкраще. Ми просто не радіємо своїй зарплаті, ось і все».*
  - *«Тут люди працюють незалежно від того, скільки їм заплатять. Люди працюють уже багато років, а медицина — це не та сфера діяльності, куди люди йдуть шкودити іншим. Тому люди працюватимуть незалежно від того, скільки вони одержують. Зарплати ніяк не впливають на якість нашої роботи. Ще в радянські часи медсестрам платили 70 карбованців, то що, вони тепер мають припинити роботу?»*
  - *«Я навіть не розумію, що таке «ефективна система оплати праці».*
- **В інших випадках причини спокійного ставлення до низької зарплати просто були залишені без пояснень.**
  - *«Зарплати в нас мізерні, але хіба ви не бачите, що всі посади й так зайняті?»*

**Відносна прийнятність низьких зарплат поєднується з доказами поширеності практики використання медичних посад для одержання неофіційних доходів.** Один із лікарів сказав: *«Сталін наказав платити лікарям символічну плату, а решту вони зароблять самі. За цим принципом система працює й досі».* У відповідь на прохання оцінити ефективність нинішньої системи оплати праці чимало лікарів пояснили, що насправді зарплата як така не відіграє великої ролі, і що для них набагато важливіше мати змогу користуватися добрим обладнанням та якісною продукцією медичного призначення: *«Звичайно зарплату необхідно підвищувати, але нам потрібне також і якісне обладнання. Нам, наприклад, потрібні якісні реактиви для лабораторії, бо ми маємо три лабораторії, і всі вони показують різні результати, а це заплутує наших пацієнтів».* Той факт, що багато лікарів вважають обладнання більш пріоритетним за зарплату, знайшов своє відображення у відповідях головних лікарів на питання про те, що медичні працівники розуміють під словами «добрі умови роботи». Як показано на рисунку 32, найбільше респондентів (82%) висловилося на користь надійного та сучасного обладнання, тоді як про достатню зарплату згадали лише 55% респондентів. Ось один із поглядів на цей результат, висловлений одним із головних лікарів:

- *«Добрі умови роботи — це, наприклад, можливість залишитися в кабінеті після завершення робочого часу, наявність доброго обладнання, а також лояльне та розуміюче керівництво. Лояльне керівництво — це таке, що не контролює лікарів надто жорстко. Існує багато «схем». Ви чули про «схеми»? Тут про час не йдеться. Схеми будуються на основі особистих, зазвичай фінансових, зв'язків. Наприклад, я нічого особливого від лікарів не вимагаю, якщо вони щось заробляють. Так, у нас є благодійні внески, але це нормально. У нас немає речей штибу: «Я твій начальник, тому ти мені щось винен». Якщо я працюватиму так, то лікарня перетвориться на божевільню».*

Рисунок 32. Що таке «добрі умови роботи» для медичних працівників? (% відповідей головних лікарів)



### Показник HRM-14. Плинність кадрів

Якщо висока плинність кадрів може тягти за собою значні витрати та заважати роботі, то низька плинність кадрів може бути як ознакою гнучких та збалансованих навичок, так і ознакою гонитви за рентою серед тих, хто довго працює на одній і тій самій посаді. Плинність кадрів може складати собою серйозну проблему для управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я через цілу низку причин. Висока плинність призводить до підвищення прямих і непрямих витрат закладів: керівництву потрібні час і ресурси для заміни працівників, що звільняються, й для забезпечення функціонування під час перехідного періоду та для навчання нових працівників. Непрямі ж витрати пов'язані з падінням морального духу та незадоволеністю пацієнтів. З другого боку, низька плинність може бути ознакою невпевненості працівників у можливості зміни своєї роботи, що потенційно може бути обумовлене браком навичок і знань. Ще більш небезпечним є те, що дуже низькі показники плинності можуть бути симптомом наявності певної прихованої вигоди, пов'язаної з подальшим перебуванням у межах організації: працівникам, можливо, довелося «інвестувати» у свої посади, й ці «інвестиції» можуть бути втрачені у випадку звільнення.

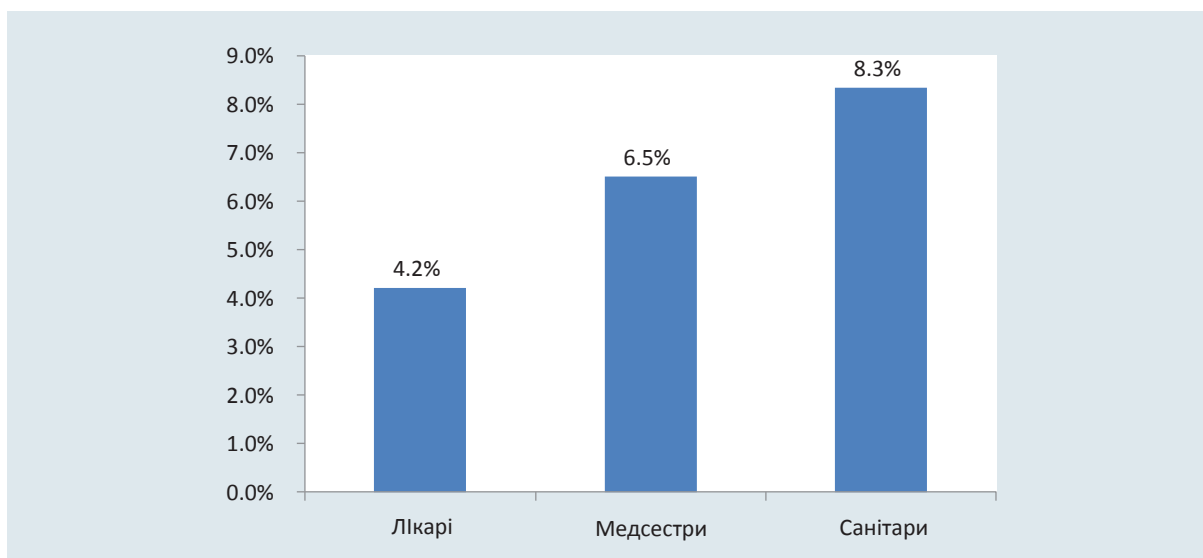
Таблиця балів (Метод 2)

Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи обізнані керівники закладів про рівні плинності кадрів за основними категоріями персоналу?	% головних лікарів, які виявилися здатними навести статистичні дані щодо плинності кадрів за попередній рік для лікарів, медсестер і технічного персоналу	21.4%	Рівень D
Як виглядає поточна середня плинність кадрів у досліджених закладах на тлі середнього значення по країні для лікарів	%, на який середня плинність кадрів для лікарів відрізняється від середнього значення по країні за останніми даними Держстатслужби <sup>92</sup>	-85.9%	Рівень D
Як виглядає поточна середня плинність кадрів у досліджених закладах на тлі середнього значення по країні для медсестер	%, на який середня плинність кадрів для медсестер відрізняється від середнього значення по країні за останніми даними Держстатслужби	-78.2%	Рівень D
Як виглядає поточна середня плинність кадрів у досліджених закладах на тлі середнього значення по країні для технічного персоналу	%, на який середня плинність кадрів для технічного персоналу відрізняється від середнього значення по країні за останніми даними Держстатслужби	-72.0%	Рівень C
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень D</b>

<sup>92</sup> 28,6-30,9% у 2011 році ([http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/rp/ean/ean\\_u/osp\\_rik\\_07u.htm](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/rp/ean/ean_u/osp_rik_07u.htm))

**Плинність кадрів є дуже низькою, а дані про плинність кадрів не використовуються.** Фактичні показники плинності кадрів, зазначені респондентами, виявилися мізерно низькими. Це відповідає результатам спостережень, які вказують на винятково низьку мобільність у країні в цілому (див. виноску 8), але суперечить національним статистичним даним щодо показників плинності кадрів (які за офіційною державною статистикою в середньому становлять 29,75% по всіх секторах). Як показано нижче на рисунку 33, рівень плинності кадрів є найнижчим для лікарів (4,2%). Дещо вищими є показники для медсестер (6,5%), а найвищими — для технічного персоналу (близько 8,3%). Хоча такі показники забезпечують мінімізацію прямих і непрямих витрат, пов'язаних із потенційними замінами, вони водночас є тривожними, вказуючи на те, що професіонали-медики вважають звільнення з посад або пошук нових посад незручним для себе. Опис практики наймання на роботу, викладений на початку цього розділу, показує, чому це так важко їм дається. Крім того, потенційна вигода від подальшого перебування на посаді у випадку лікарів є набагато вищою, ніж для інших категорій медичних працівників. Як буде показано далі в цій роботі, зроблений вище висновок узгоджується з твердженнями багатьох лікарів про те, що їм доводиться робити різноманітні та регулярні внески на експлуатацію своїх закладів, і багато вкладати в підтримання добрих стосунків із керівництвом закладів.

**Рисунок 33. Середні заявлені річні показники плинності для основних категорій медичних працівників у 2012 році (за відповідями головних лікарів)**

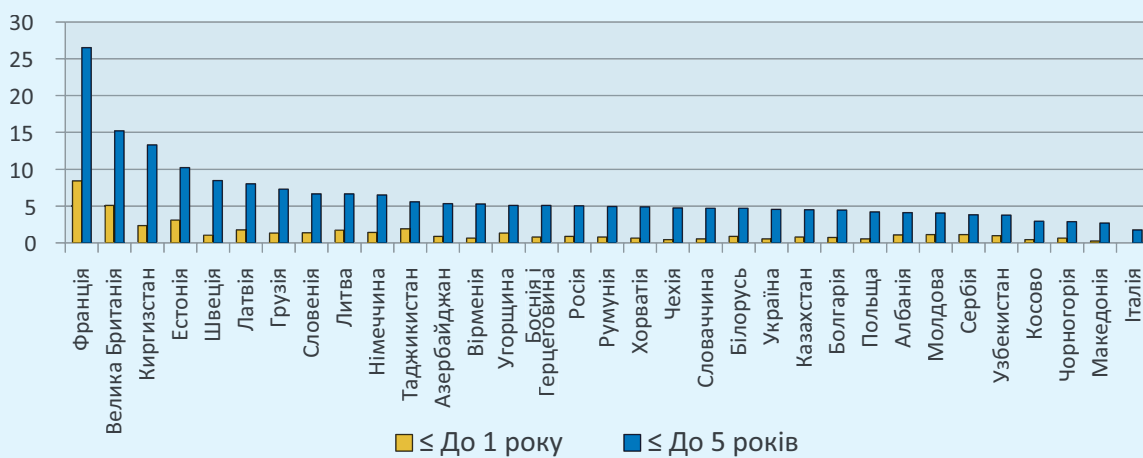


Серед усіх головних лікарів, опитаних під час дослідження, лише 21,4% змогли надати оцінки плинності кадрів у відповідному закладі для лікарів, медичних сестер і технічного персоналу. Більшість із них не вважали це проблемою, оскільки плинність кадрів, за їхніми відчуттями, була дуже низькою, а отже й цілком задовільною: *«Плинність є дуже низькою, тому я й не можу навести конкретні цифри, але у відділі кадрів точно є докладні статистичні дані»*. Опитані представники місцевих органів охорони здоров'я згадували моніторинг плинності кадрів як один із ключових напрямків своєї роботи, що передбачає щомісячне збирання та аналіз даних про неї в розрізі закладів. Водночас, вони також казали про плинність кадрів як про проблему, майже не варту уваги: *«Наша область не страждає від плинності кадрів, тому це питання мене взагалі не турбує»*.

### Виноска 8. Внутрішня міграція на ринку праці України

Показники внутрішньої міграції в Україні видаються низькими на тлі інших країн, у який би спосіб вони не вимірювалися. Дослідження «Життя під час економічного переходу» (ЖЕП), під час якого Європейський банк реконструкції та розвитку (ЄБРР) та Світовий банк здійснювали спільне збирання даних, дало змогу сформулювати великий масив мікро-даних, які містять інформацію по всіх країнах Східної Європи та Центральної Азії (ЄЦА), а також по деяких країнах Західної Європи. В анкеті ставилися питання про недавній досвід міграції — чи то протягом останнього року, чи то протягом останніх п'яти років. Згідно з цими даними лише 0,5 відсотка населення України переїхали на нове місце в межах країни або за кордон протягом останнього року, а 4,5 відсотка — протягом останніх п'яти років. Ці показники міграції явно знаходяться в нижній частині розподілу при їхньому порівнянні з ситуацією в інших країнах (див. рисунок). Показники міграції виявилися ще нижчими лише в 11 країнах, тоді як вищими за українські — у 21 країні.

Рисунок: трудова міграція в Україні є низькою в порівнянні з іншими країнами (коефіцієнти внутрішньої міграції в розрізі країн та строків міграції, 2010 рік)



Примітка: в даних про тих, хто недавно змінив місце проживання, врахована як внутрішня, так і міжнародна міграція.

Джерело: Європейський банк реконструкції та розвитку (ЄБРР) та Світовий банк. 2010. Дослідження «Життя під час економічного переходу» (Life in Transition Survey) 2010 р. Онлайн база даних, сайт <http://www.ebrd.com/pages/research/economics/data/lits.shtml>. Дата останнього доступу — 6 травня 2012 року.

Дані про міграцію, надані Державною службою статистики України, вказують на досить низьку мобільність населення України. Вони стосуються, головним чином, зміни місця проживання. Згідно з цими даними, за період з 2002 по 2009 рік у середньому 1,5 відсотка населення України переїхали з одного району в інший, з сільської місцевості в міста або з одного міського поселення в інше. Це означає, що протягом року своє місце проживання з переїздом в інший населений пункт змінюють близько 600 000 осіб. Як і очікувалося, мобільність між регіонами є ще нижчою: коефіцієнт внутрішньої міграції склав у 2009 році лише 0,5 відсотка. Під час економічної кризи у 2009 році коефіцієнт внутрішньої міграції скоротився в порівнянні з середнім значенням за попередні роки (з 1,5 відсотка для міграції між населеними пунктами до 1,3 відсотка й з 0,6 відсотка для міжтериторіальної міграції до 0,5 відсотка). Ці показники внутрішньої міграції також є низькими на тлі показників інших країн. Зокрема, за міжнародними стандартами, якщо врахувати розмір одиниці вимірювання (наприклад, район або область), коефіцієнти внутрішньої міграції в Україні мали б бути вдвічі вищими, ніж ті, які ми бачимо нині.<sup>93</sup>

<sup>93</sup> Див. World Bank (2012). In Search of Opportunities. How a More Mobile Workforce Can Propel Ukraine's Prosperity (Volume II: Technical Report) (У пошуку можливостей. Яким чином мобільніша робоча сила може просунути Україну до процвітання (том II: Технічний звіт) Див. сайт <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12287>

**Ризики, пов'язані з низькою плинністю кадрів, керівниками системи охорони здоров'я не визнаються. Вони зазвичай вважають цей показник позитивною ознакою стабільності.** Зазначені дуже низькі рівні плинності кадрів знайшли своє повне відображення в поясненнях, наданих усіма групами респондентів: головними лікарями, медичними працівниками закладів та представниками місцевих органів охорони здоров'я. У переважній більшості випадків плинність кадрів, за їхніми словами, є дуже низькою, й вони вважають це дуже позитивним результатом, який вказує на стабільність і незмінність колективів:

- *«У нас ніякого руху немає. Ми маємо повну стабільність ось уже 3 роки. На всіх посадах працюють люди. Усе стабільно, ніхто нікуди не рухається. Якщо приходять нові люди, ми можемо їх узяти. Але вже досить давно ніхто від нас не йшов».*
- *«Значної плинності немає. Справді, одна-дві особи можуть звільнитися. Сьогодні у нас зайняті всі посади медсестер. У нас є кілька вакансій сімейних лікарів, це правда. Але нашою найбільшою проблемою є велика частка лікарів пенсійного та передпенсійного віку, особливо в сільській місцевості. Тут ми бачимо загрозу нестачі персоналу».*
- *«Проблеми плинності кадрів не існує. Єдина плинність, яку ми маємо, спостерігається, коли хтось виходить заміж та йде в тривалу декретну відпустку, або коли хтось виходить на пенсію».*
- *«Я все своє життя працюю на цій посаді. У нас ніякого руху немає».*
- *«Лікар може працювати на одній і тій самій посаді все своє життя, й бути при цьому дуже щасливим».*
- *«Наш головний лікар працює на цій посаді вже 17 років, а її заступник — 20. Вони обидві вже в пенсійному віці, але досі працюють».*

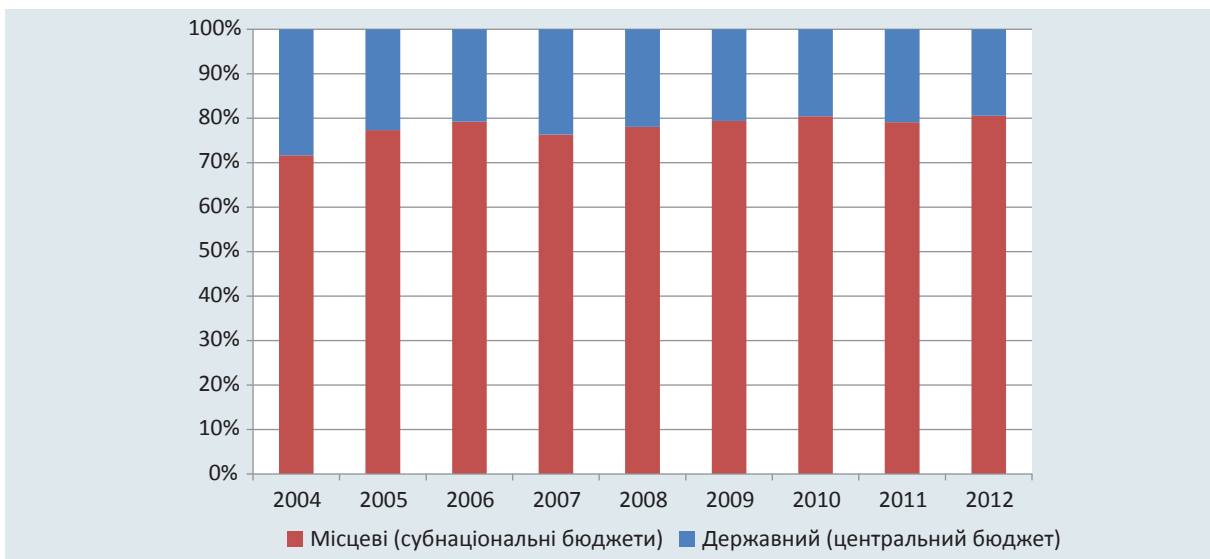


## Глава 4. Планування, бюджетування, управління фінансами та продуктивністю

### Вступ

Обов'язки з бюджетного фінансування системи охорони здоров'я в Україні делеговано місцевим бюджетам. Як показано на рисунку 34 нижче, ключовим гравцем у державній системі охорони здоров'я в країні є не лінійні міністерства, а місцеві державні адміністрації, котрі освоюють більше 80% коштів зведеного бюджету. Хоча центральні міністерства (котрі самі є головними розпорядниками бюджетних коштів) надають деякі послуги напряму (через певні централізовані програми), роль їхніх видатків є набагато меншою.

Рисунок 34. Важливість ролі бюджетів субнаціонального рівня у видатках на охорону здоров'я (2004-2012 рр.)



Джерело: Державна казначейська служба України

Водночас, спостерігається значна невідповідність між фінансовими, адміністративними та функціональними обов'язками та рівнем самостійності на місцевому та регіональному рівнях. Охорона здоров'я стала одним із секторів, котрі стали об'єктом масштабної реформи системи міжбюджетного фінансування у 2001 році. У результаті реформи розпочалося виділення дотацій вирівнювання органам влади субнаціонального рівня для фінансування делегованих повноважень на основі демографічних показників, а не за показниками наявної інфраструктури (наприклад, кількості ліжок у лікарнях). Метою цієї реформи було забезпечення розподілу коштів між місцевими бюджетами на основі об'єктивних показників співвідношення попиту на послуги (який оцінювався за непрямими показниками на кшталт частки населення, що проживає у відповідному місті, районі чи області). Очікувалося, що це у свою чергу забезпечить ухвалення більш оптимальних з економічної точки зору рішень з питань управління охороною здоров'я та надання медичної допомоги на субнаціональному рівні.

Водночас, місцевим адміністраціям було делеговано дуже обмежений обсяг повноважень щодо розподілу коштів та адміністрування програм. Ухвалення адміністративних рішень (у тому числі, про бюджети на рівні закладів) регулюється жорсткою вертикаллю норм забезпеченості, встановленою наказами міністерств. Цю невідповідність і обумовлену нею наявність фінансово незабезпечених обов'язків (недофінансованих мандатів) проілюстровано на рисунку 35, який ґрунтується на результатах дослідження державних видатків в Україні, проведеному Світовим банком у 2008 році (World Bank 2008 Ukraine Public Expenditure Review).

Рисунок 35. Світовий банк, PER-2008: невідповідність між фінансовими та адміністративними обов'язками на місцевому рівні



Заклади охорони здоров'я потрапили на передній край цієї «невідповідності», і змушені за свій рахунок нести недофінансовані видатки та, за можливості, стягувати відповідні суми з пацієнтів.

**Правила формування бюджетів закладів охорони здоров'я в Україні є докладними, суворими та базуються на жорстких нормативах.** Як сказав один із головних лікарів: «У бюджетному плануванні головне — це час і багато ретельної сумлінної роботи». Бюджетні запити мають відповідати цілій низці нормативів, які регулюють чисельність і тип працівників, які можуть бути найняті, рівні заробітної плати та всі інші можливі види видатків на основі докладних інструкцій (норм і формул), які мають застосовуватися з урахуванням вихідних статистичних даних закладу (наприклад, числа ліжок). Під час цих розрахунків керівники закладів мають дотримуватися докладних схем роботи, що пов'язано зі значним обсягом адміністративної роботи. Послідовність застосування різних правил під час складання бюджетного запиту зазначено на рисунку 36. Під час складання бюджетних кошторисів керівники закладів зобов'язані дотримуватися різних вимог:

- 1. Схеми та порядки.** Структура видатків повинна відповідати класифікаціям та формам, затвердженим Міністерством фінансів України (Мінфін) (Наказ від 28.01.2002 р. № 57).
- 2. Правила визначення чисельності персоналу та рівнів заробітної плати (штатний розпис).** Проекти бюджетів складаються, подаються, затверджуються та змінюються разом (та паралельно) з опрацюванням закладами своїх штатних розписів. Вищезгаданим Наказом Мінфіну № 57 форми цих документів (бюджетів та штатних розписів) було затверджено одночасно, причому вони тісно пов'язані один з одним (штатний розпис має повністю узгоджуватися з кошторисом в тому, що стосується фонду оплати праці). Штатна чисельність, зазначена в штатному розписі, визначається згідно з Наказом МОЗ № 33<sup>94</sup> в поєднанні з Умовами оплати праці працівників закладів охорони здоров'я<sup>95</sup> та загальними правилами визначення розмірів оплати праці працівників закладів бюджетної сфери<sup>96</sup> для розрахунку фонду оплати праці відповідного закладу.

<sup>94</sup> Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

<sup>95</sup> Наказ Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 р. №308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» (чинна редакція від 25.06.2012 р.)

<sup>96</sup> Єдина тарифна сітка розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери, затверджена Постановою КМУ від 30.08.2002 р. № 1298

**3. Нормативи видатків та правила розрахунку всіх інших видів поточних і капітальних видатків.** Пропозиції щодо обсягів видатків за кожним кодом економічної класифікації видатків мають обґрунтовуватися розрахунками, виконаними згідно з відповідними методичними рекомендаціями МОЗ<sup>97</sup>. Для кожного пункту економічної класифікації в методичних рекомендаціях викладено докладні вказівки щодо порядку розрахунку витрат шляхом множення відповідних статистичних даних на так звані «нормативи видатків». Зокрема, заявлені видатки на харчування в лікарнях мають розраховуватися на основі нормативів видатків на ліжко-день. Зокрема, в методичних рекомендаціях описано як періодичні, так і капітальні видатки.

**4. Пріоритетність «захищених статей видатків».** Законодавством України передбачений «захист» певних статей видатків бюджету через встановлення пріоритетності асигнувань за цими статтями. До таких видатків віднесено<sup>98</sup>:

- оплату праці працівників бюджетних установ;
- придбання медикаментів та перев'язувальних матеріалів;
- забезпечення продуктами харчування;
- оплату комунальних послуг і енергоносіїв;
- забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації, медикаментами тощо;
- фундаментальні та прикладні наукові дослідження;
- видатки на охорону здоров'я бюджетів регіонів, у яких здійснюється пілотне впровадження реформи системи охорони здоров'я (Вінницької, Дніпропетровської та Донецької областей. і міста Києва) (останній пункт додано в пункті 12 перехідних положень Бюджетного кодексу України).

Існує декілька механізмів забезпечення пріоритетності захищених статей видатків:

- «захист» означає, що зазначені видатки не підлягають зменшенню у випадку скорочення затверджених бюджетних призначень;
- Бюджетний кодекс передбачає також окреме подання звітності та окремий контроль над здійсненням видатків за захищеними статтями (а також будь-якої заборгованості за ними) для забезпечення суворої пріоритетності;
- коли головні розпорядники бюджетних коштів розглядають проекти кошторисів, подані розпорядниками бюджетів нижчих рівнів, вони мають стежити за «пріоритетністю» статті «Заробітна плата, нарахування на заробітну плату та видатки на утримання закладів».

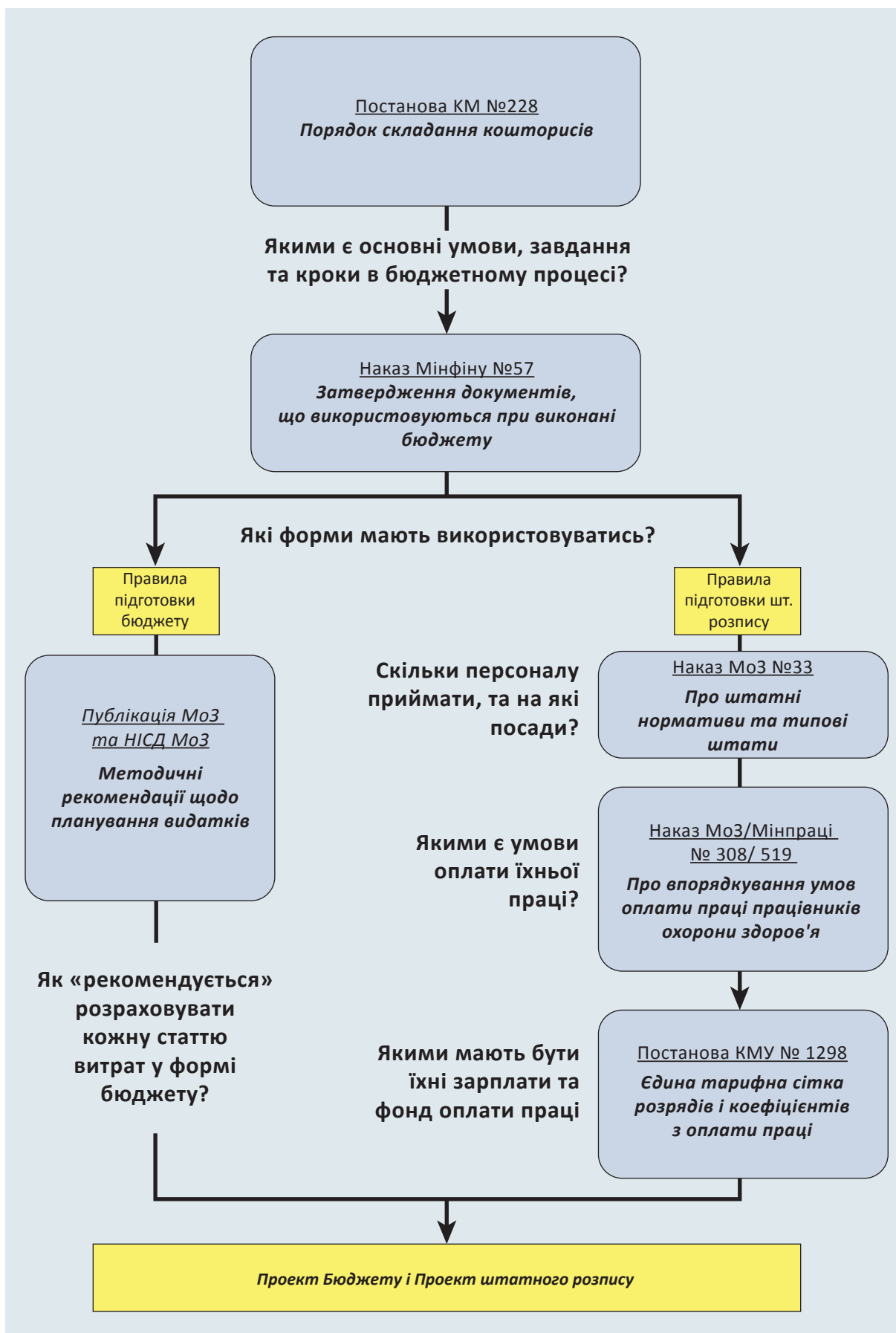
**5. Принцип суворої економії.** При формуванні запитів на видатки розпорядники бюджетних коштів мають дотримуватися принципу суворої економії коштів. До проектів бюджетних кошторисів включаються лише ті видатки, які є обов'язковими з огляду на характер діяльності закладу. Видатки на обладнання та капітальний ремонт, котрі не мають термінового характеру, можуть пропонуватися лише у випадку покриття більш термінових видатків та за відсутності кредиторської заборгованості<sup>99</sup>.

<sup>97</sup> Відповідні настанови викладено в *Методичних рекомендаціях щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я*. Хоча в теорії цей документ не є обов'язковим, МОЗ схвально ставиться до цих Рекомендацій. Методичні рекомендації не є нормативним документом. Їх оформлено у вигляді наукової статті МОЗ спільно з Інститутом стратегічних досліджень МОЗ. Водночас, цей документ розроблявся МОЗ у відповідь на вимогу про розробку нормативного документа, яка надійшла від КМУ (про це йдеться в Постанові КМУ від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я»). В жодному з цих документів не роз'яснюється, чи є Методичні рекомендації обов'язковими до виконання, але загальний тон Методичних рекомендацій є вельми імперативним.

<sup>98</sup> Окремий перелік захищених видатків міститься в Бюджетному кодексі (стаття 55). Теоретично цей перелік стосується лише видатків державного бюджету, але Бюджетний кодекс також рекомендує місцевим радам застосовувати аналогічний перелік при визначенні захищених статей місцевих бюджетів (стаття 76).

<sup>99</sup> Пункти 20 і 22 *Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ*.

Рисунок 36. Документи, які регулюють процес формування кошторису закладів



**Усім керівникам закладів охорони здоров'я доводиться узгоджувати встановлені згори норми зі своєю бюджетною реальністю. Вони роблять це у спосіб, докладно описаний у виносці 9.**

### **Виноска 9. Життя в умовах «невідповідності»: як надавачам послуг узгодити нормативи забезпеченості з фактичними обсягами бюджетних асигнувань?**

Бухгалтери закладів зазвичай вирішують проблему неузгодженості наявних коштів і видатків, що диктуються відповідними нормативами, шляхом посилань на «встановлені» нормативи у своїх бюджетних запитах з подальшим обґрунтуванням у формі розрахунків, котрі перетворюють їх на «фактичні» або «реальні» нормативи.

Оскільки офіційних інструкцій щодо порядку врахування недофінансованих нормативів видатків у бюджетних запитах немає, на рівні закладів застосовуються різні підходи. У багатьох випадках методи обліку відповідають неофіційним рекомендаціям, викладеним у професійній літературі для бухгалтерів бюджетних закладів, що були розроблені у відповідь на наявність явно недофінансованих мандатів, характерних для системи охорони здоров'я.

Основним підходом є використання неоднозначного визначення в нормативних документах терміну «нормативи видатків». У *Методичних рекомендаціях*<sup>100</sup> визнається, що слово «норматив» може мати різні значення:

- «обов'язкові норми витрат»<sup>101</sup> (установлені законом та обов'язкові до виконання всіма закладами охорони здоров'я);
- «грошові норми витрат»<sup>102</sup> (фактичні питомі витрати на надання послуг);
- «розрахункові норми витрат»<sup>103</sup> (середні питомі витрати на надання послуг, що визначаються на основі граничних показників бюджетних асигнувань, виділених кожному закладові. В *Методичних рекомендаціях* сказано, що «ці нормативи відображають ту частину бюджету закладу, яка реально може бути покрита за рахунок державного бюджету та відображена в кошторисі закладу та/або використана при поданні бюджетного запиту»).

В бюджетних запитах зазначаються як «нав'язані згори» вищі нормативи, так і змінені «реальні» нормативи або «розрахункові нормативи видатків». Попри те, що *Методичні рекомендації* пропонують надавачам послуг додержуватися нормативів усіх трьох видів, основним особистим обов'язком керівника закладу є розробка та виконання бюджету на основі достатньо обґрунтованих «кошторисів закладу». У результаті бухгалтері закладів намагаються формувати свої бюджетні запити так, щоби:

- розроблений документ містив усі обов'язкові та грошові норми, що їх заклад має виконувати (для того, щоб відобразити їх у складі бюджетної документації);
- при цьому одночасно вказуються фактичні або «розрахункові» норми витрат і суми, які підлягають включенню до кошторису;
- важливо відзначити, що бюджетний запит подається разом із обґрунтуванням зменшення фактичних асигнувань у порівнянні зі встановленими нормативами.

Гіпотетичний приклад із статті, призначеної для бухгалтерів закладів, подано в таблиці 7. У ньому описано гіпотетичну лікарню з трьома відділеннями та окремою палатою для ветеранів війни. У таблиці показано, як саме в бюджетному запиті поєднуються зазначені нижче кроки:

- первісна оцінка видатків (чорний шрифт), для якої використовуються існуючі «грошові норми витрат», які множаться на «виробничу» статистику закладу (кількість ліжок та ліжко-днів). У цьому прикладі це «Оцінка закладу» (стовпчики 13 та 14).

<sup>100</sup> Відповідні настанови викладено в *Методичних рекомендаціях щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я*. Хоча в теорії цей документ не є обов'язковим, МОЗ схвально ставиться до цих Рекомендацій. Методичні рекомендації не є нормативним документом. Їх оформлено у вигляді наукової статті МОЗ спільно з Інститутом стратегічних досліджень МОЗ. Водночас, цей документ розроблявся МОЗ у відповідь на вимогу про розробку нормативного документа, яка надійшла від КМУ (про це йдеться в Постанові КМУ від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я»). В жодному з цих документів не роз'яснюється, чи є Методичні рекомендації обов'язковими до виконання, але загальний тон Методичних рекомендацій є вельми імперативним.

<sup>101</sup> «Обов'язкові норми витрат»

<sup>102</sup> «Грошові норми витрат»

<sup>103</sup> «Розрахункові норми витрат»



- Первісні оцінки зменшуються відповідно до граничних розмірів бюджетних асигнувань (синій шрифт). Ці показники відповідають бюджетним реаліям закладу та «включені до бюджету» («розрахункові норми витрат» у стовпчиках 15 та 16).

Одержані «обґрунтування» зменшених сум є важливим елементом будь-якого бюджетного запиту. Згідно з рекомендаціями, викладеними в професійній літературі, такі окремі розрахунки та обґрунтування додаються до всіх статей видатків (у вигляді окремого додатку до кожного коду економічної класифікації — окремо для загального та спеціального фондів бюджету).

Варто відзначити, що все одно існують розбіжності в розумінні порядку виконання цієї роботи, оскільки керівництво закладів часто не бажає брати на себе особисту відповідальність за «обґрунтування» нереалістичних показників.

- У професійній літературі рекомендується виходити з того, що «розрахункові норми витрат» є результатом скорочення видатків і що ці «розрахункові норми» й будуть включені до бюджетних запитів. Саме тому в ній наполегливо рекомендується керівникам закладів скласти свої «обґрунтування» на основі знижених у такий спосіб сум.
- Наприклад, фактична ціна виклику невідкладної допомоги у випадку гіпертонічного кризу на основі «грошових норм витрат» за оцінками становить 4,62 грн. (за цінами пакету медикаментів і матеріалів, що включає в себе бендазол, папаверин, магнезію, анальгін, лазікс, шприци та спирт). Водночас, фактична сума коштів, що виділяються на це з бюджету, становить 1,62 грн. або 35% повної «грошової норми». Бухгалтерам рекомендується забезпечити прив'язку розрахункових норм витрат до бюджетних потреб з розбивкою (асигнованої суми) у 1,62 грн., а не 4,62 грн. Інакше кажучи, в обґрунтуванні необхідно показати, як фактично витратиметься сума в 1,62 грн. (наприклад, шляхом використання лише деяких із необхідних медикаментів, а не всього комплексу).
- Водночас, фактичні зразки «обґрунтувань», одержані від обстежених закладів, показують, що принаймні деякі з них не дотримуються цих вказівок у повному обсязі. Замість цього, вони здійснюють «обґрунтування» на основі первісних, більш високих «грошових оцінок». Цей підхід, як здається, віддзеркалює той факт, що керівників закладів не влаштовує взяття на себе особистої відповідальності за «обґрунтування» подекуди нереально занижених «розрахункових норм витрат». Зразок реального розрахунку витрат на харчування в бюджетному запиті лікарні на 2012 рік відтворено в таблиці 8. Там показані фактично виділені асигнування на 2011 та 2012 роки (синім шрифтом) та «оцінки закладу» (червоним шрифтом), котрі є значно вищими. Хоча більшість норм витрат можуть бути зменшені в описаний вище спосіб, існує окремий набір «обов'язкових» нормативів, які неможливо скоротити ні за будь-яких обґрунтувань. Наприклад, одним із «обов'язкових» нормативів, які застосовуються до більшості закладів, є обсяг видатків на обслуговування ветеранів війни (40 грн. на ліжко згідно з Постановою КМУ<sup>104</sup>). У професійній літературі наполегливо пропонується залишати відповідні оцінки без змін під час «обґрунтованих скорочень», причому (принаймні, в прикладах, які наводяться в професійній пресі) ці витрати фінансуються за рахунок зменшення інших статей витрат (див. таблицю 7).
- Реальний бюджетний запит, представлений у таблиці 8, містить ще один приклад розрахунку витрат на харчування. У таблиці показано, що оцінка вартості харчування ветеранів у бюджеті є вдвітьєтеро вищою за вартість харчування звичайних хворих; по друге, тут показано, що всі витрати на харчування скорочуються в порівнянні з первісними «обов'язковими» рівнями. По-третє в цьому прикладі показано, як обґрунтування такої різниці здійснюється на практиці. Бюджетні запити містять два окремих «обґрунтування» «розрахункових витрат» на харчування — в розрахунку на звичайного хворого та в розрахунку на ветерана війни із зазначенням різниці в раціоні, пов'язаної з цими нормами (у нашому прикладі у складі витрат на ветеранів війни додатково враховано майонез та зелений горошок). Значення обов'язкових норм для лікарень підтверджується заявами респондентів із лікарень, котрі скаржаться на необхідність забезпечувати захист цих статей витрат за рахунок скорочення інших видатків закладу:
  - *«У нас є норми витрат для більшості розрахунків видатків, але вони не завжди є адекватними. Наприклад, існує норматив, за яким денний обсяг витрат на харчування для ветеранів війни має становити 35 грн., а на медикаменти — 45 грн. Це надто багато. Щодо медикаментів я ще якось можу зрозуміти, але ситуація з харчуванням є нелогічною: стара людина нездатна стільки з'їсти, їй просто стане погано. Але ми все одно зобов'язані витратити цю суму та відзвітувати, що саме стільки ми й витратили за день».*

<sup>104</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2007 р. № 680 «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в лікувально-профілактичних закладах ветеранів війни».

Таблиця 7. Форма розрахунку витрат на придбання лікарських засобів (КЕК 1132) зі статті в професійній пресі, написаній на основі Методичних рекомендацій МОЗ

Name of Department	Production indicators												Code of Economic Classification 1132 (Purchases of Medications and Bandage Materials)					
	Number of beds in 2009						Number of days per year when beds are functioning						Number of bed-days		Estimate by the facility		Included in the budget	
	Beds accounted by the facility			Beds included into the budget			2009			2009			Estimate by the facility	Expenditure norm per one bed-day	Total spending for the year	Expenditure norm per one bed-day	Total spending for the year	
	Start of year	End of year	Year average	Start of year	End of year	Year average	Based on 2008	Estimate by the facility	Included in the budget	Estimate by the facility	Included in the budget	Estimate by the facility						Included in the budget
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	(=7*9)	(=7*10)	(=13*11)	(=15*12)		
Therapeutic departments	60	60	60	60	60	60	60	320	330	330	19,800	19,800	19,800	8.68	171,864			
Therapeutic dpt for war veterans	6	6	6	6	6	6	6	320	330	330	1,980	1,980	1,980	40.00	79,200			79,200
General therapeutic dpt	54	54	54	54	54	54	54	320	330	330	17,820	17,820	17,820	5.20	92,664			54,351
Pediatric department	30	30	30	30	30	30	30	327	330	330	9,900	9,900	9,900	5.70	56,430			40,095
Surgery department	45	45	45	45	45	45	45	345	345	345	15,525	15,525	15,525	9.66	149,972			72,968
Surgery dpt for war veterans	4	4	4	4	4	4	4	345	345	345	1,380	1,380	1,380	40.00	55,200			55,200
General surgery department	41	41	41	41	41	41	41	345	345	345	14,145	14,145	14,145	6.70	94,772			66,482
Total															378,266			246,713

Таблиця 8. Розрахунок бюджетного запиту на витрати на харчування (на прикладі однієї з обстежених лікарень)

	Actual expenditures in 2011			Estimate by the facility for 2012			Expenditures included in the 2012 budget in the		
	Bed days	Cost per bed day (UAH)	Total cost (Thou UAH)	Bed days	Cost per bed day (UAH)	Total cost (Thou UAH)	Bed days	Cost per bed day (UAH)	Total cost (Thou UAH)
War veterans	9,948	12.90	128,329	10,500	35.00	367,500	10,500	17.50	183,750
Other patients	130,320	3.20	417,024	123,600	28.29	3,496,644	123,600	2.02	249,672
<b>Total</b>	<b>140,268</b>	<b>3.73</b>	<b>523,200</b>	<b>134,100</b>	<b>28.82</b>	<b>3,864,762</b>	<b>134,100</b>	<b>3.23</b>	<b>433,143</b>
<b>Including vegetables:</b>			<b>133,630</b>			<b>517,680</b>			<b>250,000</b>

Таблиця 9. Обґрунтування кошторисних витрат на харчування (сукупні показники)

Name of vegetable	Bed-days	Expenditure norms		Price per 1 kg (UAH)	Amount per year (thou UAH)	Included in the budget	
		per 1 bed-day (kg)	Total			Need (kg)	Amount (thou UAH)
Potato	144.3	0.400	57.72	4.0	230.88		99.90
Beetroot	144.3	0.055	7.94	4.5	35.71		22.78
Carrot	144.3	0.060	8.66	4.5	38.96		30.00
Onion	144.3	0.020	2.89	6.0	17.32		17.32
Cabbage	144.3	0.200	28.86	5.0	144.30		70.00
Tomato	144.3	0.010	1.44	7.0	10.10		5.00
Cucumber	144.3	0.010	1.44	7.0	10.10		5.00
Dill	144.3	0.015	2.16	14.0	30.30		
<b>Total</b>					<b>517.68</b>		<b>250.00</b>

Тепер, коли було пояснено, що таке «норми витрат» і як здійснюється складання бюджету на практиці, ми можемо перейти до аналізу показників державного управління та управління державним сектором, які стосуються планування, бюджетування та управління фінансами.

## Програмно-цільове бюджетування

Ефективне використання ресурсів є неможливим без чіткого розуміння стратегічних завдань і пріоритетів. Для забезпечення загальної здатності системи охорони здоров'я приносити відповідні результати рішення про витрачання коштів у системі мають ухвалюватися на основі чітко сформульованих стратегій, у яких визначено чіткі та реалістичні пріоритети. Для багатоярусних систем надання послуг зі значною децентралізацією відповідальності за здійснення видатків критично необхідною є координація між органами влади національного, регіонального та місцевого рівнів. На кожному з цих рівнів розпорядники бюджетних коштів повинні знати свої довгострокові завдання, які впливають на їхні бюджети, а також мусять мати власні стратегічні плани, в яких враховуються зазначені пріоритети.

### Показник РВ-15. Стратегічні настанови

Стратегічні пріоритети, визначені для системи охорони здоров'я країни, окреслені в урядовій Програмі економічних реформ на 2010-2014 рр. та враховані в підзаконних актах і документах субнаціонального рівня. Як показано у виносці 10, система охорони здоров'я в Україні з 2010 року

працює на основі амбіційної програми реформ, що має кілька чітко визначених завдань. Відповідні завдання спрямовані на досягнення трьох основних цілей реформування: підвищити якість медичних послуг, розширити доступ до цих послуг та зміцнити механізми фінансування цих послуг. Національна програма реформ реалізується в режимі пілотного впровадження в 4 регіонах, а також враховується в планах стратегічного розвитку системи охорони здоров'я на рівні областей, районів і міст, які не беруть участі в пілотному впровадженні реформи.

Таблиця балів (Метод 1)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існує багаторічний документ зі стратегічного планування у сфері охорони здоров'я на національному та регіональному рівні, в якому чітко визначено пріоритети? <b>[Найслабша ланка]</b>	Камеральне дослідження національного законодавства	Чіткі пріоритети та програма реформ з 2010 року	Рівень В
Чи мають заклади багаторічні стратегічні плани надання послуг, у яких висвітлюються їхні пріоритети?	% головних лікарів, які підтвердили наявність таких планів	84,2%	Рівень А
Чи вважають професіонали у сфері охорони здоров'я, що пріоритети сектора визначені документально?	% головних лікарів, які підтвердили наявність стратегічного документу, викладеного в письмовій формі, на основі якого визначаються пріоритети надання послуг	86,7%	Рівень А
Чи відомі ці пріоритети професіоналам у сфері охорони здоров'я?	% головних лікарів, які змогли назвати хоча б один із пріоритетів, який збігається з напрямками політики, окресленими в чинних стратегіях національного та регіонального рівня	85,7%	Рівень А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень А</b>

**Більшість професіоналів у сфері охорони здоров'я обізнані про національні та регіональні стратегії, й здатні пояснити поточні пріоритети.** Серед опитаних головних лікарів 86,7% знали основні стратегічні документи, якими регулюється надання послуг в їхній області, а 85,7% змогли правильно назвати основні пріоритети. Крім того, 57,1% респондентів (не лише головних лікарів, але й лікарів та медсестер) правильно зазначили чинні стратегічні пріоритети.

#### Винеска 10. Стратегічні пріоритети на національному та регіональному рівнях

Реформування системи охорони здоров'я є пріоритетним завданням Президентської Програми економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». До 2010 року діяльність системи охорони здоров'я в Україні регулювалася складним комплексом національних нормативних документів, в яких визначалися загальні заходи з реформування системи та плани реагування на окремі захворювання, але не містилося комплексної програми реформування, чітких пріоритетів та практичних механізмів реалізації. У 2010-2011 роках новий Уряд, призначений після президентських виборів, розробив амбіційний план реформування сектора, який включає в себе набір пріоритетів у сфері охорони здоров'я та пропонує здійснити в середньостроковій перспективі зміни в підходах до фінансування системи охорони здоров'я з запровадженням контрактного фінансування закладів, соціального медичного страхування, нових систем контролю якості та докорінного підвищення рівнів оплати праці спеціалістів у сфері охорони здоров'я. Новий план реформування було затверджено у 2010 році Указом Президента України «Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»<sup>105</sup> та Основними концептуальними напрямками реформування системи охорони здоров'я, затвердженими Постановою КМУ від 17.02.2010 року № 208<sup>106</sup>.

<sup>105</sup> Указ Президента України від 27.01.2010 р. № 70/2010 «Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення».

<sup>106</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я»

За період, що минув, усі нові загальнонаціональні ініціативи стратегічного характеру, впроваджувалися в рамках пілотного проекту в 4-х регіонах — Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях, і в місті Києві. Переважна більшість орієнтованих на реформу документів Уряду та, зокрема, Міністерства охорони здоров'я, ухвалених з 2011 року, стосується саме чотирьох пілотних проектів, реалізація яких здійснюється в межах відповідного законодавства. Ці додаткові зміни було внесено в окремі документи МОЗ поступово. Вони зачіпають такі сфери, як фінансування, оплату праці, формування бюджету, організацію діяльності закладу, показники якості надання медичних послуг тощо.<sup>107</sup> Цей процес після його завершення включатиме в себе заходи за такими напрямками державної політики:

1. Підвищення якості послуг, у т.ч.: запровадження договірного фінансування закладів, покращення матеріальної бази, впровадження стандартів і клінічних протоколів доказової медицини, показників якості послуг та оплати праці медичних працівників залежно від обсягу наданих послуг.
2. Підвищення доступності медичних послуг, в т.ч.: чітке розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги, створення центрів первинної медичної допомоги, госпітальних округів та високоспеціалізованих центрів, розвиток інституту сімейних лікарів, передання державних послуг охорони здоров'я на аутсорсинг приватним надавачам.
3. Зміцнення механізмів фінансування охорони здоров'я, в т.ч.: об'єднання коштів на місцевому рівні для надання первинної допомоги та на обласному рівні для надання вторинної та третинної допомоги, формування економічно обґрунтованих тарифів на послуги для договірного фінансування закладів, перехід від постатейного бюджетування та самостійного управління коштами на рівні закладів, розвиток профілактичної медицини, розширення міжвідомчих програм заохочення здорового способу життя, в тому числі шляхом збільшення акцизів на алкоголь і тютюн зі спрямуванням коштів на фінансування заходів охорони здоров'я, а також поступове впровадження обов'язкового медичного страхування населення.

Більшість субнаціональних органів влади зазвичай повторюють національні пріоритети для сектора у своїх стратегіях відповідного рівня. Якщо не брати до уваги пілотні регіони, інші області зазвичай розробляють свої місцеві стратегії шляхом адаптації відповідних національних програм до місцевих умов. Зазвичай це робиться у формі затвердження місцевих програм розвитку охорони здоров'я та/або включення відповідних розділів у ширші Програми економічно-соціального розвитку, котрі часто мають такі самі найменування, що й відповідні програми національного рівня<sup>108</sup>. На рівні закладів стратегічні пріоритети визначаються статутами закладів, а також внутрішніми документами, затвердженими на основі таких статутів.

Водночас, не всі плани місцевого рівня або плани на рівні закладів можна назвати стратегіями, оскільки в них не визначено цілі та пріоритети, причому деякі головні лікарі самі називають такі документи «графіками діяльності», а не «стратегічними планами». В інших випадках чинні плани містили пріоритети короткострокового характеру, визначені без чіткого дотримання принципів: «Ми, в основному, плануємо на один рік, тому що кожний керівник знає, що є терміновим, а що може зачекати, тому виходячи з цих обставин ми й затверджуємо річний план для лікарні». В одному випадку головний лікар міської лікарні у великому місті пояснила, що її лікарня працює на основі єдиної стратегії, розробленої міським відділом охорони здоров'я, в якому окреслено плани для кожного закладу окремо.

<sup>107</sup> Докладний перелік цих нормативних документів оприлюднено на веб-сайті МОЗ ([http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr\\_reformlaw](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr_reformlaw));

<sup>108</sup> Це, наприклад, Міська цільова програма «Цукровий діабет» міста Миколаєва на 2010-2013 рр., [Комплексна галузева програма розвитку «Охорона здоров'я» на 2007-2011 роки](#), Програма економічного і соціального розвитку системи охорони здоров'я в місті Кіровограді на 2012 рік, Програма медико-соціального забезпечення пільгових та малозабезпечених верств населення міста Кіровограда на 2012 рік на сайті <http://kr-rada.gov.ua/galuzevi-programi.html>; Програма соціального, економічного, культурного та духовного розвитку Броварського району на 2012 рік на сайті <http://www.brovary-rda.gov.ua/informacijni-resursi/rajonni-programi/programa-socialno-ekonomichnogo-rozvitku-2012>.



## Показник РВ-16. Зв'язки між стратегічними планами та бюджетами закладів

Для ефективного надання послуг закладам потрібна база для ухвалення рішень, котра в реалістичний спосіб ув'язує пріоритети з бюджетними асигнуваннями. Важливість ув'язки бюджетів та стратегічних планів широко визнається, але для більшості організацій державного сектора така ув'язка пов'язана з численними проблемами. Однією з типових проблем є те, що стратегічні плани національного рівня визначають цілі на багаторічну перспективу, тоді як більшість рішень про фінансування часто ухвалюються в межах річних бюджетів, у яких питанням багаторічного фінансового планування приділяється менше уваги. Якість визначення пріоритетів на рівні закладів може страждати й унаслідок наявності недофінансованих мандатів, доведених органами охорони здоров'я, якщо вимоги щодо надання послуг не відповідають виділеним коштам. Крім того, навіть якщо кошти є доступними, тим, хто ухвалює рішення на рівні закладів, може бути важко розподіляти свої бюджети на основі стратегічних пріоритетів через брак даних або обмежену здатність до аналізу вартості альтернативних проектів та заходів.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи мають заклади багаторічні фінансові кошториси?	% головних лікарів, які підтвердили наявність таких кошторисів	58,3%	Рівень В
Коли керівництво закладів обговорює свої пріоритети на наступний рік, чи використовуються ним якісь попередні показники бюджетних асигнувань, щоб дати їм змогу проаналізувати взаємозв'язки між можливими альтернативними напрямками використання виділених коштів у реальних умовах?	% головних лікарів, які підтвердили, що ними обговорюються пріоритети з чітким зазначенням наявних коштів	46,7%	Рівень С
Чи планування на рівні закладів значно обтяжується через недоліки у визначенні собівартості послуг та далекими від реальності завданнями органів охорони здоров'я?	% головних лікарів, котрі оцінили принаймні одну з цих проблем (погане визначення собівартості, далека від реальності завдання) як дуже гостру	53,3%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С+</b>

**Більшість закладів мають певні плани розвитку та надання послуг, але ці документи з бюджетами не пов'язані.** 84,2% опитаних керівників закладів підтвердили, що працюють на основі багаторічного стратегічного плану надання медичних послуг відповідними лікарнями та поліклініками. Решта головних лікарів (15,8%) пояснили, що документом, який регулює ухвалення ними рішень, є бюджет закладу. Водночас, лише в третині лікарень та поліклінік головні лікарі обізнані про багаторічні бюджетні кошториси, якими підкріплюються їхні плани розвитку закладів на середньострокову перспективу (див. рисунок 37).

**Більшість головних лікарів, котрі розробляють багаторічні фінансові кошториси, вважають цю роботу непотрібною формальністю, яка лише відбирає час** (лише один адміністратор назвав це позитивною новою ідеєю). Досить часто такі комбіновані стратегії «соціально-економічного розвитку закладів» на найближчі роки мають подаватися в місцеві органи охорони здоров'я та затверджуватися ними, тому головні лікарі серйозно ставляться до цієї роботи, навіть якщо не вбачають у ній важливості. При формуванні довгострокових фінансових кошторисів розрахунки здійснюються шляхом простої екстраполяції історичних даних з використанням, наприклад, приблизного значення індексу інфляції.

- *«Так, ми робимо ці багаторічні кошториси. Наприклад, торік ми склали такі кошториси на період до 2014 року. Але ці кошториси... Вони такі... Як би вам сказати... Не дуже серйозні. Ми вважаємо їх дуже приблизними й ніколи ними не користуємось».*
- *«У нас немає багаторічного планування, ми розробляємо плани лише на один рік. По-перше, багаторічні плани майже ніколи не потрібні. По-друге, їх неможливо розробити. Такі речі неможливо спрогнозувати».*

- «Так, наш бухгалтер робить такі кошториси на 5 років. Це дуже просто: ми накидаємо по 5% на поточні сукупні показники».
- «Ні, ніяких багаторічних прогнозів у нас немає, тому що наша країна до цього не готова. Ми не готові до чіткого планування, та й населення в нас не готове до цього. Ми не можемо навіть спланувати відвідання лікаря, не можемо усвідомити поняття запису: ми просто раптом з'являємось і кажемо, що хочемо на прийом!»
- «Коли ми формуємо бюджетний запит, ми додаємо кошториси на 2 роки вперед. Тож ми це робимо, ми додаємо приблизний індекс інфляції».
- «Так, нам сказали це робити, тому ми й робимо це з розрахунками на наступних п'ять років. Але який є сенс цієї роботи, якщо наш бюджет скорочується вже два роки поспіль? Ці розрахунки є просто додатковим обтяжливим завданням, яке доводиться виконувати».
- «Так, є в нас такі багаторічні плани за різними напрямками — наприклад щодо розвитку сімейної медицини або онкології. Але загалом я не вбачаю потреби в таких планах узагалі».
- «У нас є план на 5 років під назвою «План модернізації медичного закладу». Ми подавали його на затвердження разом із кошторисами на період до 2010 року, потім — до 2013 року, а тепер — до 2015 року. Я б ставився до цього серйозно, якби жив в якійсь іншій країні. Ці плани — якісь фантоми. Мені не доводилося бачити довгостроковий план, який реально було б реалізовано. Це тому, що аби його реалізувати, його треба обґрунтувати, й він має бути реалістичним у всіх відношеннях. А у нас усе одно немає повноважень на ухвалення фінансових рішень, тому навіщо марнувати час? Наприклад, у мене є певні ідеї та плани щодо модернізації, але хто їх затвердить? Їм потрібен абсолютно інший різновид бюджету».

**Рисунок 37. На скільки років наперед ви зазвичай складаєте фінансові кошториси? (% відповідей головних лікарів)**



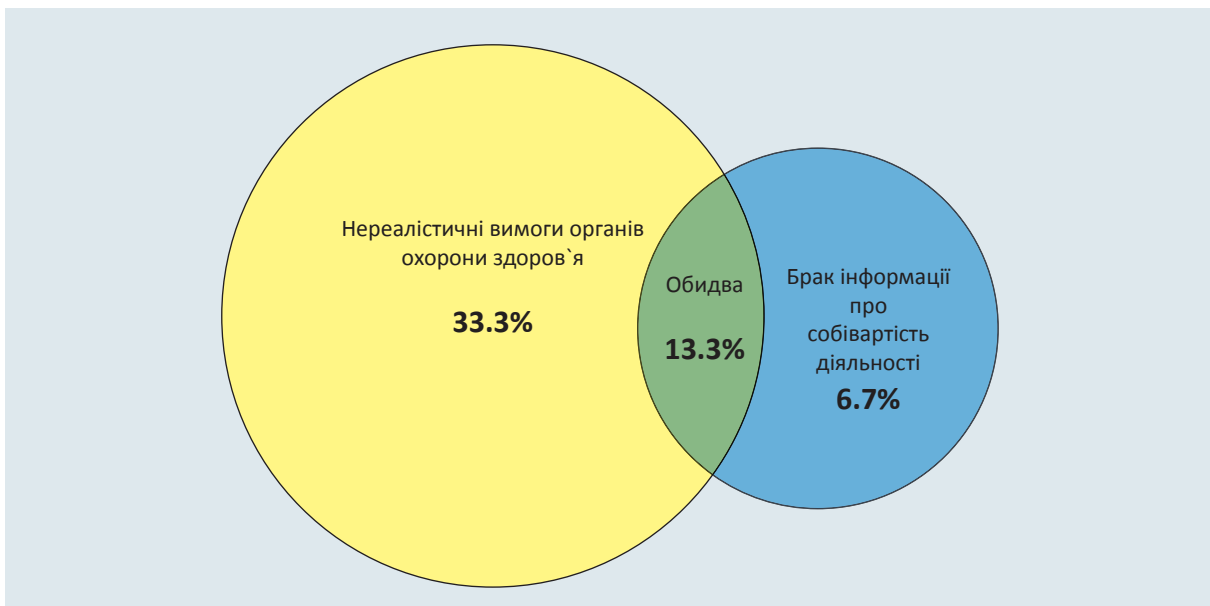
**Обговорення пріоритетів витрачання коштів майже ніколи не зачіпає пріоритетів через наявність величезного обсягу недофінансованих обов'язкових витрат, що позбавляє бюджетне планування будь-якої гнучкості.** Коли керівники закладів обговорюють свої пріоритети витрачання коштів, це обговорення завжди відбувається в контексті опрацювання кошторису. Водночас, порядок денний складання бюджетного кошторису майже ніколи не має на меті реалізації пріоритетних завдань: мова йде не про те, як розподілити кошти між різними пріоритетами, а, радше, про те, як оплатити всі обов'язкові видатки за рахунок обмежених фактичних асигнувань. У переважній більшості випадків головні лікарі пояснювали, що їхні граничні асигнування зазвичай є меншими

за сукупний обсяг витрат за всіма «захищеними статтями», котрі нібито мають фінансуватися в пріоритетному порядку. За таких умов концепція пріоритетності витрачання коштів ризикує втратити весь сенс.

- *«Усі видатки суворо обмежені, а грошей не вистачає. Наприклад, цього року я навіть запланував дефіцит у бюджеті, тому тепер, коли наближається кінець року, у мене не вистачає коштів на виплату зарплат. За таких умов важко обговорювати ідеї реконструкції або інших пріоритетних речей такого роду».*
- *«Усі наші видатки суворо визначені. Єдине, що ми можемо зробити, — це обговорювати результати витрачання коштів раз на квартал, повідомляючи, що ми витратили кошти в межах виділених асигнувань, а також зазначаючи суму власних доходів, внесених у нашу діяльність».*
- *«Ми одержуємо кошти лише в межах сум, необхідних для здійснення витрат за захищеними статтями — коротше кажучи, виживаємо. Простіше кажучи, деякі кошти нам дають в обсязі, достатньому для того, щоб ми не здохли».*

**46,7%** головних лікарів згадали про розбіжність між нав'язаними вимогами до витрачання коштів та виділеними граничними асигнуваннями як про найбільшу перешкоду на шляху до ефективного бюджетного планування. Лише в кількох випадках вони також поскаржилися на погане розуміння собівартості діяльності (див. рисунок 38). Водночас, загалом, робота з визначення собівартості сприймається як щось далеке, оскільки більшість видатків за захищеними статтями мають розраховуватися в чіткій відповідності до положень законодавства.

**Рисунок 38. Головні лікарі, котрі вважають відсутність даних про собівартість та/або нереальні вимоги дуже великою проблемою в бюджетному процесі (%)**



- *«Головною проблемою в плануванні є те, що нам спершу треба подати бюджетний запит, а потім уже ми одержуємо третину тих коштів, які просили. Тому я не бачу сенсу в плануванні: фінансування, яке нам виділяють, зовсім не відповідає нашим пріоритетам».*
- *«Собівартість узагалі не відіграє жодної ролі, тому що весь порядок рознесення витрат чітко розписаний в інструкціях з формування бюджету: витрати на енергоносії, на комунальні послуги, на харчування, на лікарські засоби — на все».*
- *«Недофінансовані обов'язки — це дуже велика проблема. Вони не просто недофінансовані: вони суперечать одні одним, якщо порівняти вимоги різних органів. А нам доводиться всі ці вимо-*

ги виконувати, навіть якщо вони не мають нічого спільного з нашими планами та виходять за межі наших кошторисів. Наприклад, санітарна інспекція може звернутися з вимогою відремонтувати наше приміщення. Якщо в нас немає коштів на це, нам доведеться сплатити штраф, або ціле відділення лікарні буде зачинено. Це означає, що ті працівники, хто зацікавлений у підтриманні роботи відділення, збирають власні кошти на ремонт, аби не втратити свою роботу».

- «Навіть якщо в нас немає ресурсів, ми все одно продовжуємо надавати послуги. Наприклад, ми одержуємо мізерні суми на медикаменти. А на харчування ми одержуємо лише одну гривню на день; пам'ятайте, однак, що нам треба годувати людей двічі на день. Що ми їм можемо дати? Якийсь суп, чашку чаю, шматок хліба».

### Показник РВ-17. Залучення працівників до процесу стратегічного планування

Залучення професіоналів у сфері охорони здоров'я до обговорення пріоритетів зміцнює в них почуття відповідальності за стратегічні рішення та мотивує їх підтримувати їхню реалізацію. Одержання відгуків від медичних працівників на плани закладу та відповідні рішення щодо витрачання коштів дають персоналу змогу висловити власні ідеї та занепокоєння, а також дає йому змогу краще розібратися в проблемах та пріоритетах організації. Командні стратегії довели свою більшу ефективність у мотивуванні професіоналів до роботи, а також у забезпеченні їхньої обізнаності про потенційні перешкоди та проблеми на шляху впровадження.

Таблиця балів (Метод 1)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи усталено в закладі практику обговорення з медичними працівниками (лікарями, сестрами тощо) пріоритетів розвитку закладу, їхніх потреб та їхнього бачення цих питань?	% лікарів та медсестер, які підтвердили існування такої практики в себе в закладі	71,6%	Рівень В
Наскільки життєздатними є такі механізми консультування: чи здатні медпрацівники навести фактичні приклади участі у стратегічних обговореннях?	% лікарів та медсестер, які змогли навести такі приклади особистої участі в стратегічних консультаціях протягом попереднього року	50,7%	Рівень В
Наскільки ефективними є такі механізми консультування: чи здатні медпрацівники пояснити кінцеві результати обговорень, у яких вони брали участь? <b>[Найслабша ланка]</b>	% лікарів та медсестер, здатних пояснити, що саме обговорювалося та яке рішення було ухвалено	33,8%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С+</b>

Значна частка працівників повідомила про участь в обговореннях з керівництвом, але під час цих нарад, як здається, керівництво рідко намагається одержати активний зворотний зв'язок. 71,6% лікарів та медсестер підтвердили, що їхнє керівництво регулярно консультується з працівниками з питань стратегічного планування. Консультації організуються у вигляді нарад з персоналом або нарад чи конференцій працівників закладу. Крім того, 50,7% респондентів змогли згадати практичні приклади участі в таких консультаціях протягом минулого року, хоча лише 33,8% виявилися здатними вказати, які стратегічні питання обговорювалися й які конкретні рішення були ухвалені. У багатьох випадках рішення описувалися як такі, що були проведені для інформування, а не для консультацій в інтерактивному режимі: на них працівників повідомляли про певні нові закони або положення, й вони не вбачали доцільності або користі в реагуванні на надану інформацію («Питаєте, чи ми маємо дискусії та наради з керівництвом? Так і ні, тому що я не бачу сенсу у висловлюванні своїх думок на таких нарадах, як і більшість інших лікарів»).

Загалом дослідження показало, що керівництво часто консультується з лікарями та медсестрами, хоча в більшості випадків консультації проводяться з питань повсякденного управління; **питання стратегії та розподілу фінансів обговорюються рідко, а якщо й обговорюються, то метою обговорення є одержання фінансових внесків від самих працівників.**

Лікарі та медсестри заявили, що найпопулярнішим приводом для проведення консультацій (33,8%) є вибір нового обладнання для закупівлі (наприклад, «Придбання кращого електрокардіографа для кардіологів», «Придбання новіших, безпечніших та сучасніших кварцових ламп»). Другим за популярністю приводом для консультацій є запровадження нових ініціатив на різних рівнях закладу, наприклад: участь у пілотному проекті впровадження нових підходів у сфері ревматології; впровадження нових правил миття рук; розвиток ендovasкулярної хірургії; опрацювання та впровадження нових ідей для заохочення населення до проходження медоглядів. Третім за популярністю приводом стала необхідність обговорення різних напрямків реструктуризації закладу:

- *«Наша лікарня торік пройшла реструктуризацію: кількість звичайних ліжок у стаціонарі скоротили, але поклали на нас новий обов'язок лікувати травми. Нам необхідно вирішити, як організувати нове травматологічне відділення, а також визначити шляхи розширення можливостей хірургічного блоку та відділення інтенсивної терапії».*
- *«У нашій лікарні було ухвалене рішення про об'єднання дитячого стаціонару з родильним відділенням, а також про надання нами послуг з лікування дитячих інфекційних захворювань міській лікарні. У зв'язку з цим нам довелося вирішувати, як перерозподілити наші підрозділи між приміщеннями та інші пов'язані з цим питання».*
- *«Ми колективно обговорювали доцільність відкриття відділення інтенсивної терапії. Зрештою ми вирішили відкрити новий центр інтенсивної терапії з новим обладнанням, і так і зробили».*
- *«Наші лікарі брали участь у місті в обговоренні потреб у реформуванні та створенні центрів первинної медичної допомоги, й ми вирішили створити такий центр у себе в місті».*

Важливо відзначити, що в багатьох випадках спільні стратегічні наради з залученням персоналу скликалися для організації збирання особистих коштів на фінансування діяльності закладу.

- *«Головний лікар збирає нас у себе й просить працювати сумлінніше. Він каже, що наша лікарня стоїть перед загрозою скорочення, тому для збереження нами робочих місць треба показати, що наша лікарня працює добре. На останній засаді ухвалили рішення про збирання коштів на оплату ремонту одного з відділень».*
- *«Під час консультацій ми обговорювали необхідність придбання нового пристрою для контролю насиченості крові киснем, а також шляхи збирання коштів на нього. Зрештою, ми вирішили, що наших попередніх внесків у лікарняну копилку має на нього вистачити».*

**Рисунок 39. Проблеми та рішення, що обговорюються на стратегічних консультаціях з працівниками закладу (% відповідей лікарів та медсестер)**





### Показник РВ-18. Здатність до стратегічного планування та бюджетування

**Ефективне планування та бюджетування вимагає спеціалізованого навчання, а також наявності досвідчених і мотивованих професіоналів, здатних приділяти час керуванню цим процесом.** Окрім навчання та досвіду в певних клінічних сферах, керівники у сфері охорони здоров'я мають бути знайомі з принципами фінансового менеджменту, стратегічного планування, охорони здоров'я та адміністративної діяльності. Залежно від розміру та типу закладу до складу керівництва має входити відповідна кількість адміністративних працівників, здатних виконувати завдання у сфері планування. Крім того, для ефективного застосування наявних навичок керівники та працівники бюджетних відділів повинні мати досить часу та мотивації, щоб докласти зусиль до організації високоякісного процесу планування та керування цим процесом.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи керують формуванням бюджету та плануванням професіонали з відповідною освітою?	% адміністраторів, котрі заявили, що пройшли професійне навчання у сфері управління бюджетом	71,4%	Рівень В
Чи здатні професіонали приділяти достатню увагу завданням з планування та формування бюджетів?	% адміністраторів, які заявили, що здатні приділяти достатню часу завданням з планування та формування бюджетів	33,3%	Рівень С
Чи мають професіонали достатню мотивацію для ефективної участі в процесі планування та формування бюджетів?	% адміністраторів, які заявили, що мають достатню мотивацію для ефективної участі в процесі планування та формування бюджетів	42,9%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С+</b>

**Регулярна підготовка та перепідготовка у сфері планування, бюджетування та фінансового менеджменту є однією з вимог до осіб, які претендують на керівні посади, й більшість працівників, котрі беруть участь у плануванні та формуванні бюджетів, пройшли таку підготовку.** Серед опитаних головних лікарів 78,6% заявили про те, що вони здобули спеціалізовану освіту з бюджетного планування та управління бюджетом. Ще 14,3% сказали, що їм важко надати однозначну відповідь — це може означати, що вони пройшли якусь підготовку в суміжній сфері, й лише 7,1%, як здається, не мають необхідної кваліфікації. Варто відзначити, що офіційні кваліфікаційні вимоги до керівників закладів охорони здоров'я (головних лікарів та заступників головних лікарів) явно вимагають здобуття післядипломної освіти у сфері «Організації і управління охороною здоров'я», а також кваліфікаційну категорію зі спеціалізацією у сфері «Організації і управління охороною здоров'я».<sup>109 110</sup> Як пояснили респонденти, таке навчання зазвичай містить модуль з фінансового менеджменту. Крім того, багато головних лікарів пояснювали, що місцеві управління та відділи охорони здоров'я в їхніх містах, районах та областях регулярно проводять додаткові семінари з управління бюджетом, строки яких зазвичай узгоджені з річним бюджетним циклом. Ці семінари призначені для головних лікарів та їхніх заступників, спеціалістів зі статистики та бухгалтерів закладів. Метою семінарів є роз'яснення останніх змін бюджетного законодавства, а також нових вимог, які застосовуватимуться протягом бюджетного циклу, що починається.

**Водночас, деякі головні лікарі визнали, що пройдена ними підготовка все одно є недостатньою, й їм доводиться шукати додаткові джерела інформації, щоб мати змогу брати участь у процесі планування.** Багато головних лікарів намагаються навчатися на робочому місці, консультуючись зі своїми бухгалтерами або представниками місцевих фінансових органів та органів охорони здоров'я.

- *«Головний лікар має перевіряти все особисто та реально розбиратися в цифрах, тому що йому треба знати, під чим він підписується».*

<sup>109</sup> Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78, «Охорона здоров'я»), затверджений Наказом МОЗ від 29.03.2002 року № 117.

<sup>110</sup> Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78, «Охорона здоров'я»), затверджений Наказом МОЗ від 29.03.2002 року № 117.

- «Ця підготовка, яку ми проходимо, стосується, головним чином, загальних питань управління закладом. Що ж стосується деталей бюджетного процесу, то мені доводиться розраховувати на свого бухгалтера».
- «Чесно кажучи, фінансові питання — це складна для мене сфера. Нам потрібне додаткове та цілеспрямоване навчання у галузі фінансів. Бачте, мене навчали бути лікарем, а тепер робота вимагає від мене бути економістом. Так, звичайно, у нас є навчання, але у сфері управління фінансами воно не дуже ефективне. Тому нам доводиться навчатися на досвіді інших людей. Я не соромлюся звертатися в місцеві органи, я завжди ставлю їм ті питання, які в мене виникають».
- «Так, ми ходимо на спеціалізовані курси та лекції, але нам доводиться багато працювати самотійно».

**Якщо брак кваліфікованих працівників не вважається великою проблемою, досить багато головних лікарів та інших адміністраторів скаржаться на брак часу й мотивації для докладавання зусиль до стратегічного бюджетування.** Брак часу згадали як значну проблему 26,7% адміністраторів, і лише 42,9% опитаних адміністраторів заявили, що й так мають достатню мотивацію для планування. Більшість скаржилися на те, що в плануванні є мало сенсу: «усе планування стосується не так того, чого ми хочемо досягти, як того, що нам дадуть витратити, тому лікарня, базові потреби якої профінансовано на 75–80% уже вважається такою, що процвітає»; «Немає ресурсів для ухвалення значимих рішень, наприклад, про закупівлю нового обладнання або ремонт приміщень закладів».

### Показник РВ-19. Бюджетування, орієнтоване на результат

**Ув'язка ресурсів з результатами зміцнює почуття відповідальності та прозорість бюджетного процесу, та є ключовим шляхом до вимірювання та збільшення ефекту від витрачання коштів.** Уряди різних країн світу визнають, що традиційні постатейні бюджети мало придатні як інструмент ухвалення організаціями обґрунтованих і відповідальних рішень про оптимальні шляхи розподілу ресурсів з метою підвищення якості роботи. Для того, щоб збільшити ефект від витрачання коштів (або користь, одержану від наявних ресурсів), керівники мають бути здатними керувати, порівнюючи результати з витратами, та перерозподіляти кошти на користь більш ефективних напрямків використання, що відповідають пріоритетам організації.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Яка частка асигнувань на періодичні видатки обумовлена результатами програмно-цільового бюджетування	% головних лікарів, котрі заявили, що хоча б якась частка їхніх бюджетів розподіляється за програмно-цільовим принципом, а не за формулою чи шляхом збільшення показників попереднього року, чи за результатами переговорів	0%	Рівень D
Чи існує в закладах усталена практика оцінки ефективності витрачання коштів та ув'язки витрат із показниками результативності?	% головних лікарів, котрі заявили, що така практика існує, та підтвердили, що ув'язують оцінку з деякими показниками результативності	7,1%	Рівень D
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень D</b>

**Протягом останнього десятиліття Уряд України реалізував масштабні реформи з переведення державного бюджету на принципи програмно-цільового бюджетування (ПЦБ).** Як докладніше пояснюється у виносці 11, Правила складання бюджетів в Україні послідовно змінювалися, починаючи з 2001 року, з включенням до них принципів ув'язки видатків з показниками результатів. Протягом усіх цих років Уряд опрацьовував докладні нормативні документи щодо розробки та виконання бюджетів на основі «програм» — напрямків діяльності зі спільною метою та певними показниками діяльності. Застосування цього принципу програмного бюджетування стало обов'язковим для всіх одержувачів асигнувань із державного бюджету у 2010 році (але запровадження

цього принципу де-факто розпочалося набагато раніше). Одержувачі асигнувань із місцевих бюджетів (саме такими є більшість розпорядників бюджету - закладів охорони здоров'я) розпочали запровадження принципу ПЦБ з 2007 року та мають повністю перейти на здійснення видатків за принципом ПЦБ до 2014 року<sup>111</sup>.

**Дослідження показало, що паралельне застосування ПЦБ з постатейними нормативами ускладнює справжню ув'язку ресурсів і результатів навіть за умови здійснення обліку за програмним принципом.** Як уже пояснювалося на початку розділу, система ПЦБ в Україні співіснує з великим числом жорстких постатейних нормативних вимог на зразок докладних норм витрат за окремими статтями видатків та пріоритетів витрачання коштів, визначених міністерствами. Ці вимоги щодо визначення сум по статтях за кодами економічної класифікації видатків відіграють домінуючу роль у процесі формування бюджету; зрештою, в остаточній редакції всі підсумкові значення групуються в програми та затверджуються відповідно до класифікації за програмно-цільовим принципом. Серед інших речей для всіх бюджетів, які складаються за принципами ПЦБ, варто згадати обов'язковість подання бюджетних запитів за програмами з додаванням паспортів програм (включаючи відповідні показники результатів). Застосування цієї концепції в деяких закладах, у яких ми побували в рамках цього дослідження, має бути неминучим. Крім того, принаймні у двох областях, у яких ми проводили інтерв'ю для цього дослідження (Львівській та Луганській) розпочалося запровадження ПЦБ, оскільки їх було віднесено до пілотних областей для впровадження ПЦБ у 2009-2010 роках.

**Цікаво, що практично жоден із опитаних головних лікарів, як здається, не знав про основні цілі запровадження програмно-цільового бюджетування, навіть якщо їхні заклади вже працюють за принципом ПЦБ.** У відповідь на запитання про те, яка частка їхніх бюджетів розробляється за програмами, орієнтованими на результат, а не за наперед визначеними формулами, результатами переговорів чи за іншими методами, жоден із головних лікарів не сказав, що принцип програмно-цільового бюджетування лежить в основі рішень про витрачання коштів. Переважна більшість керівників сказали, що визначають свої видатки за формулою, наведеною на рисунку 40. Решта заявили про те, що основну роль у їхніх розрахунках відіграє певна формула, але меншу частку бюджету вони розподіляють на альтернативних засадах: або шляхом інкрементального коригування історичних тенденцій за аналогічними розділами бюджету, або шляхом резервування невеликої частки бюджету для здійснення необхідних дискреційних видатків. Такі відповіді надавалися навіть тими головними лікарями, які застосовують облік за програмно-цільовим принципом у процесі формування бюджетів своїх закладів і подають паспорти бюджетних програм (див. нижче) у складі документації за своїми бюджетними запитами.

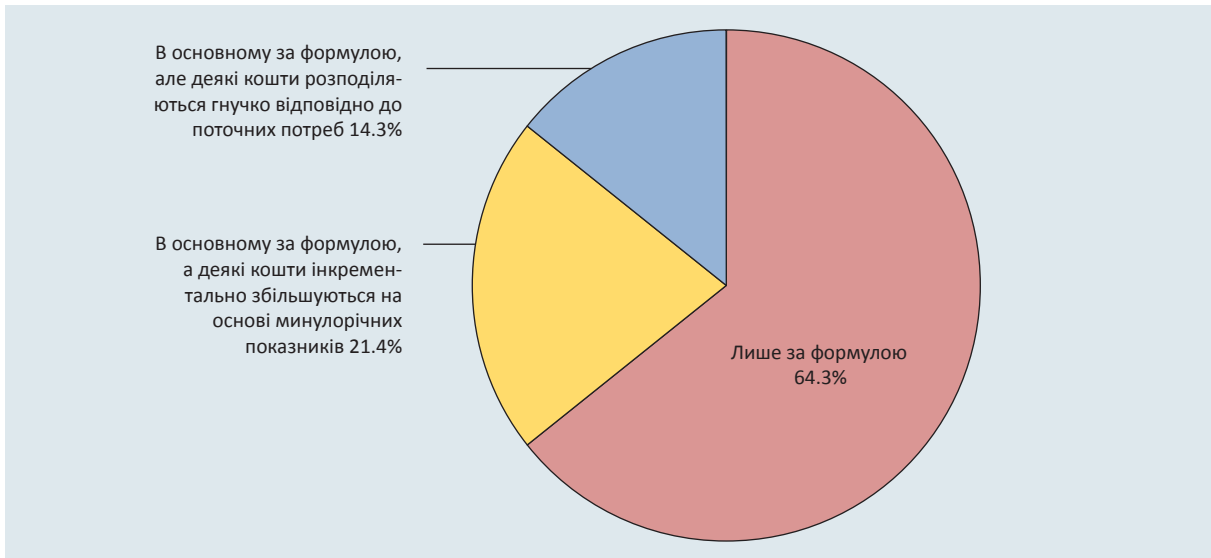
У відповідь на запитання про те, чи виконують заклади якісь бюджетні програми або, чи беруть вони участь в їхній реалізації, згадувалися лише національні вертикальні програми на зразок боротьби з туберкульозом та діабетом, програма репродуктивного здоров'я, за якою заклади одержують медикаменти або вакцини, придбання яких здійснюється централізовано.

**Переважна більшість керівників закладів виявилася необізнаною з концепцією ефективності витрачання коштів або вважає цю концепцію недоречною.** Попри те, що багато головних лікарів заявили, що регулярно контролюють «ефективність» витрачання коштів, лише в 7,1% випадків вони розуміли цей контроль як роботу, котра передбачає порівняння витрачених ресурсів із якимись показниками діяльності («У нас є багато показників діяльності на кшталт тривалості перебування хворого в лікарні, з різними порівняльними показниками — наприклад, 9 днів. Тому нам доводиться регулярно аналізувати, чи наша робота та наші витрати допомагають нам утримуватися в

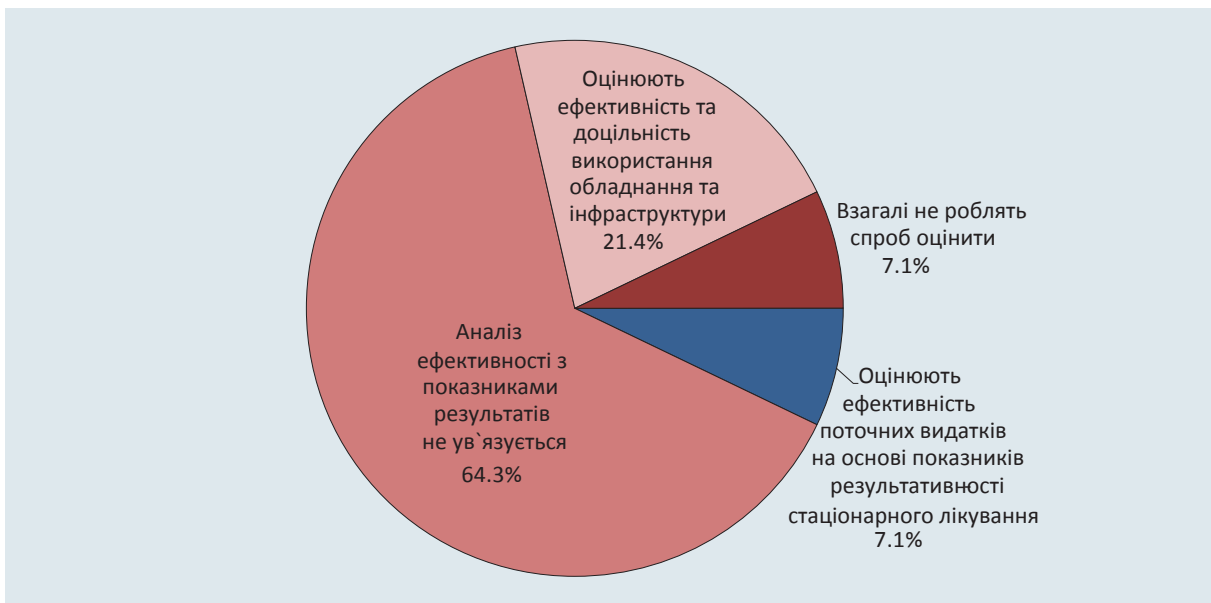
<sup>111</sup> Наказ Міністерства № 805 від 02.08.2010 р. «Про затвердження основних підходів до запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів» чітко описує порядок впровадження ПЦБ й передбачає повне переведення всіх місцевих бюджетів на ПЦБ до 2014 року. За даними Міністерства сотні місцевих бюджетів уже «застосовують елементи ПЦБ», попри те, що розгортання цієї системи планується на 2014 рік. Деякі з рецензентів вказали на відставання у сфері впровадження ПЦБ на місцевому рівні, а також на той факт, що форми, необхідні для додержання принципів ПЦБ, було розроблено лише у 2013 році.

установлених межах»). У більшості інших випадків ефективність витрачання коштів розумілася як забезпечення утримання видатків у межах установлених граничних значень, а ідентифікація необхідних скорочень та економія коштів аж ніяк не були пов'язані з аналізом вигод і результатів розподілу альтернативних видатків (рисунок 41). Крім того, головні лікарі найчастіше просто називали свої бюджети високоєфективними через жорсткі обмеження на асигнування: те, що їм не доводиться урізати бюджет, і те, що вони працюють за мінімального рівня витрат, розуміється як ефективна робота; аналіз ефективності здійснених витрат не мав для опитаних керівників жодного сенсу.

**Рисунок 40. Яка частка вашого бюджету періодичних видатків розподілялася з застосуванням зазначених нижче систем: за формулою, за результатами переговорів, шляхом інкрементального збільшення, за програмно-цільовим принципом, в якийсь інший спосіб? (% відповідей головних лікарів)**



**Рисунок 41. Чи існує усталена практика оцінки ефективності витрачання коштів? (% відповідей головних лікарів)**



- «В оцінці ефективності немає сенсу: наші кошти настільки малі, що ми їх усе одно витрачаємо лише на найважливіші речі».
- «У нас настільки мало грошей, що ми закупаємо лише найбільш критичні речі, а надлишків у нас немає».

- «Просити наш сектор працювати ефективніше, це все одно, що вичавлювати воду з каменя».
- «У нас немає достатньо коштів для того, щоб виникла необхідність аналізувати ефективність. Ми витрачаємо гроші на найважливіші речі, а їхня ефективність є очевидною. Без цих речей наш заклад припинив би своє існування».
- «Звичайно, ми аналізуємо ефективність: ми весь час намагаємось зекономити кошти й дивимось, що можна урізати».

### Виноска 11. Програмно-цільове бюджетування в державних фінансах України<sup>112</sup>

З 2001 року уряд України поступово переводить усі бюджетні організації на принцип програмно-цільового бюджетування (ПЦБ). Юридична база для його застосування формується в Україні з 2001-2002 рр. (після прийняття першої редакції Бюджетного кодексу та Концепції застосування програмно-цільового методу у бюджетному процесі<sup>113</sup>, схваленої Кабінетом Міністрів України у 2002 році). Спочатку застосування цього підходу обов'язковим не було. У 2010 році ПЦБ стало обов'язковим для розпорядників бюджетних коштів, які одержують кошти з державного бюджету, та можливим для організацій, що фінансуються з місцевих бюджетів, за умови рішення відповідної місцевої ради<sup>114</sup>. Водночас, усі місцеві бюджети мають запровадити цей принцип до 2014 року<sup>115</sup> в такому порядку<sup>116</sup>:

- 2009-2010: Запровадження на обласному рівні в чотирьох пілотних регіонах (Житомирській, Львівській та Луганській областях, і в АРК);
- 2011-2012: Запровадження для всіх обласних бюджетів, а також для районних і міських бюджетів у чотирьох пілотних регіонах;
- 2013: Запровадження для бюджетів об'єднань територіальних громад<sup>117</sup> після їхнього утворення;<sup>118</sup>
- 2014: Запровадження для всіх місцевих бюджетів в Україні.

Станом на 3 жовтня 2012 року, згідно з Доповіддю Мінфіну, на принципи ПЦБ<sup>119</sup> було переведено 346 місцевих бюджетів України.

**Визначення бюджетних програм:** у Бюджетному кодексі України бюджетні програми визначено як «систематизований перелік заходів, спрямованих на досягнення єдиної мети та завдань, виконання яких пропонує та здійснює розпорядник бюджетних коштів відповідно до покладених на нього функцій»<sup>120</sup>.

<sup>112</sup> Питання ПЦБ викликало чи не найбільшу кількість зауважень під час рецензування цього дослідження. Це, як здається, вказує на те, що зазначена тематика заслугоує на якнайдокладніші пояснення нашого розуміння концепції ПЦБ та включення до роботи цієї виноски. Крім того, необхідно пояснити походження ПЦБ читачам, незнайомим з умовами України, зокрема, через те, що показник «Бюджетування, орієнтоване на результат» здобув одну з найбільш невітшних оцінок у даному дослідженні.

<sup>113</sup> Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.09.2002 р. № 538 «Про схвалення концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі».

<sup>114</sup> Згідно зі статтею 20 Бюджетного кодексу 2010 року в чинній редакції, планування та виконання державного бюджету має здійснюватися за методом ПЦБ.

<sup>115</sup> Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 308-р «Про схвалення Концепції реформування місцевих бюджетів» (чинна редакція — 21.07.2010 р.)

<sup>116</sup> Наказ Міністерства фінансів України від 02.08.2010 р. № 805. «Про затвердження Основних підходів до запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів»

<sup>117</sup> «Об'єднання територіальних громад»

<sup>118</sup> Зараз у Верховній Раді розглядається проект закону про утворення об'єднань територіальних громад (проект Закону України «Про об'єднання територіальних громад», поданий Кабінетом Міністрів України, зареєстрований 14.12.2011 р. за № 9590)

<sup>119</sup> [http://www.minfin.gov.ua/control/publish/article/main?art\\_id=355996&cat\\_id=355989](http://www.minfin.gov.ua/control/publish/article/main?art_id=355996&cat_id=355989)

<sup>120</sup> Стаття 2 Бюджетного кодексу України від 08.07.2010 р. № 2456-VI (поточна редакція від 07.11.2012 р.)



**Програмна класифікація видатків** Згідно з ПЦБ *розбивка видатків за програмами* є основною класифікацією, за якою мають затверджуватися річні бюджети (а не *відомча класифікація*, як було раніше). У 2002 році в Бюджетному кодексі видатки було представлено як асигнування в розрізі певних заходів, орієнтованих на результат (тобто програм), але кожен статтю можна було віднести на конкретного розпорядника бюджетних коштів, відповідального за реалізацію зазначеної програми (через структуру коду статті).

Наприклад, бюджети, складені до запровадження ПЦБ у 2001 році містили бюджетне призначення для Міністерства охорони здоров'я (код 230), у межах якого були передбачені окремі призначення для «Закладів вищої освіти III та IV рівнів акредитації» (код 070602). Починаючи з 2002 року, у Державному бюджеті є призначення на «Навчання та підвищення кваліфікації медичних, фармацевтичних, наукових та педагогічних працівників у закладах вищої освіти III та IV рівнів акредитації». Це призначення має код 2301070, з якого видно, що ним розпоряджається Міністерство охорони здоров'я (три перших цифри коду), але тепер призначення має бути сформульоване у вигляді завдання, орієнтованого на результат<sup>121</sup>.

### Розробка бюджетних програм

- Ролі: *Бюджетні програми* розробляються *головними розпорядниками бюджетних коштів* і підлягають затвердженню фінансовим органом відповідного рівня (Міністерством фінансів України або місцевим фінансовим органом). *Головні розпорядники бюджетних коштів* також призначають *відповідальних виконавців* кожної бюджетної програми (або делегуючи цю роль підпорядкованим розпорядникам, або залишаючи її за собою).
- Процес: *Головні розпорядники бюджетних коштів* вносять пропозиції по своїх Програмах у складі своїх щорічних бюджетних запитів (разом із прогнозом видатків ще на два роки). Програми, які будуть затверджені, являють собою програмну класифікацію видатків — тобто розбивку видатків у тому вигляді, в якому їх затверджено в річному бюджеті.

На центральному рівні *головні розпорядники бюджетних коштів* заохочуються до використання існуючої «типової» програмної класифікації, затвердженої Міністерством фінансів<sup>122</sup>. Водночас, якщо у них виникає потреба у внесенні пропозицій по абсолютно новій програмі, котра передбачає ухвалення нового нормативного документу для роз'яснення правил фінансування такої діяльності, вони мають також внести пропозиції щодо відповідного проекту Порядку використання коштів державного бюджету (який підлягає затвердженню КМУ або самим розпорядником після узгодження з Мінфіном)<sup>123</sup>. Наприклад, у 2012 році Міністерство соціальної політики запропонувало нову програму видатків на «Реабілітацію дітей з дитячим церебральним паралічем». Вона потребувала затвердження Кабінетом Міністрів України, який ухвалив Постанову від 20.02.2012 р. №572 «Про затвердження Порядків використання коштів державного бюджету для реалізації заходів з реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем» (у якій було описано запропоновані заходи з реабілітації, вимоги до закладів реабілітації, правила закупівлі обладнання, вимоги до консультацій з громадськими організаціями тощо).

На місцевому рівні протягом періоду до 2014 року, коли всі місцеві бюджети будуть переведені на принципи ПЦБ, усі місцеві бюджети зобов'язані користуватися *Тимчасовою класифікацією видатків та кредитування місцевих бюджетів*, а також програмною класифікацією видатків місцевих бюджетів<sup>124</sup>, робота над якою триває. Інакше кажучи, кожна стаття видатків на місцевому рівні тепер може бути прив'язана до певної Програми через зазначену класифікацію.

<sup>121</sup> Кожний код Програмної класифікації пов'язаний із конкретним кодом Функціональної класифікації видатків, що дає змогу аналізувати кожен статтю видатків з точки зору її ролі в рамках однієї з десяти функцій видатків (у цьому випадку *Навчання та підвищення кваліфікації медичних, фармацевтичних, наукових та педагогічних працівників у закладах вищої освіти III та IV рівнів акредитації* відповідає кодові 0942 Функціональної класифікації (функція 0900 — Освіта; підфункція 0940 — вища освіта, а в ній 0942 — заклади вищої освіти III та IV рівнів акредитації).

<sup>122</sup> Стаття 10 Бюджетного кодексу України від 08.07.2010 р. № 2456-VI (поточна редакція від 07.11.2012 р.)

<sup>123</sup> Частина сьомої статті 20 Бюджетного кодексу України від 08.07.2010 р. № 2456-VI (поточна редакція від 07.11.2012 р.)

<sup>124</sup> Наказ Міністерства фінансів України від 02.08.2010 р. № 805 «Про затвердження Основних підходів до запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів»

Знов-таки, на державному рівні ідея програмної класифікації видатків полягає в тому, що код програми за кожним розпорядником коштів державного бюджету має відображати найменування (номер) головного розпорядника коштів державного бюджету, який відповідає за програму, номер відповідального виконавця цієї програми, номер самої програми, а також тип видатків, передбачених Програмою<sup>125</sup>.

#### Паспорти бюджетних програм:

Визначення: Паспорт бюджетної програми — це документ, у якому визначено мету та завдання програми, очікувані статті видатків, відповідальних виконавців та показники результативності<sup>126</sup>.

Розробка паспортів програм: паспорти програм мають розроблятися головними розпорядниками коштів державного бюджету, які вносять пропозиції щодо Програми. Програма підлягає затвердженню спільним рішенням головного розпорядника коштів та фінансового органу відповідного рівня (Міністерства фінансів або управління фінансів відповідної місцевої адміністрації) з поданням копії зазначеного рішення в Державну казначейську службу України. Програма має бути подана впродовж 30 днів та затверджена впродовж 45 днів після набрання чинності бюджетом на відповідний рік<sup>127, 128</sup>. Відсутність затвердженого паспорта програми є для казначейства підставою для відмови у виплаті коштів за відповідним бюджетним асигнуванням<sup>129</sup>. Конкретні правила та форми для розробки паспортів програми, а також правила звітності за цими паспортами визначені в наказі Мінфіну<sup>130</sup>.

Показники результатів у паспортах програм: законодавство та форми встановлюють обов'язковість наявності в кожному паспорті розділу (розділ 10), присвяченого «Показникам результатів», до якого включаються показники ресурсів, результатів, ефективності та якості, а також відповідні одиниці вимірювання та джерела інформації для перевірки.

Звітність за паспортами програм: головні розпорядники бюджетних коштів зобов'язані скласти звітність про реалізацію своїх Програм відповідно до паспортів з використанням окремої форми, затвердженої наказом Мінфіну<sup>131</sup>. Ці звіти подаються у складі пакету річної бюджетної звітності (ті самі строки, ті самі напрямки звітування). Інформація, що міститься у Звітах про реалізацію паспортів програм, використовується для розгляду бюджетних запитів на подальші періоди, а також під час заходів з фінансового нагляду, які здійснюються по відношенню до відповідного розпорядника бюджетних коштів.

З огляду на необхідність дотримання нормативів витрат і захищених статей, керівництву закладів важко забезпечити змістовне застосування принципів бюджетування, орієнтованого на результат. Водночас, там, де офіційно передбачене застосування принципів ПЦБ, їм доводиться складати свої запити за цим принципом із розбивкою за програмами й подавати їх разом із відповідною програмною документацією типу паспортів програм: «У грудні<sup>132</sup>, розробивши перший проект бюджету

<sup>125</sup> Наказ Міністерства фінансів України від 14.02.2011 р. № 97 «Про затвердження Структури коду програмної класифікації видатків та кредитування місцевих бюджетів і Кодифікатора нумерації типових переліків бюджетних програм місцевих бюджетів».

<sup>126</sup> Стаття 2 Бюджетного кодексу України від 08.07.2010 р. № 2456-VI (поточна редакція від 07.11.2012 р.)

<sup>127</sup> Частина 3 Наказу Міністерства фінансів України від 29.12.2002 р. № 1098 «Про паспорти бюджетних програм» (чинна редакція від 16.01.2012 р.)

<sup>128</sup> Стаття 20 Бюджетного кодексу України від 08.07.2010 р. № 2456-VI (поточна редакція від 07.11.2012 р.)

<sup>129</sup> Частина 2 Наказу Міністерства фінансів України від 29.12.2002 р. № 1098 «Про паспорти бюджетних програм» (чинна редакція від 16.01.2012 р.)

<sup>130</sup> Наказ Міністерства фінансів України від 29.12.2002 р. № 1098 «Про паспорти бюджетних програм» (чинна редакція від 16.01.2012 р.)

<sup>131</sup> Наказ Міністерства фінансів України від 29.12.2002 р. № 1098 «Про паспорти бюджетних програм» (чинна редакція від 16.01.2012 р.)

<sup>132</sup> Слід відзначити, що згідно з Бюджетним кодексом місцеві ради затверджують місцеві бюджети в грудні. У зв'язку з цим проекти документів у грудні не розглядаються й не подаються. Це означає, що ГЛ, з яким ішла бесіда, показав, що в процесі формування кошторису свого закладу він зіткнувся з затримкою.

разом із першою версією паспортів<sup>133</sup>, ми подаємо цей проект. Нам щоразу треба складати й подавати ці паспорти, й забезпечувати їхнє затвердження. Не забувайте, що кожний паспорт — це десь 150 сторінок<sup>134</sup>. Кожний паспорт повинен містити дуже докладні розрахунки видатків. Але вони, на ділі, нікому не потрібні».

### Показник РВ-20. Зрозумілість і послідовність правил розробки бюджету

**Нормативні документи з питань формування бюджетів закладів повинні враховувати всі наявні обов'язкові видатки, узгоджуючи їх з порядком визначення та встановлення граничних значень за результатами переговорів.** Пошук шляху до узгодження витрат на охорону здоров'я, що зростають, з бюджетними обмеженнями поточного та довгострокового характеру є дедалі більшим приводом для занепокоєння в країнах усіх рівнів доходів. Більшість систем охорони здоров'я шукають шляхів до поєднання платних підходів із певними граничними значеннями видатків для заохочення надавачів послуг до обмеження своїх потреб у фінансуванні. Водночас, незалежно від вибору механізму встановлення бюджетних обмежень на рівні закладу та незважаючи на поточні рівні управлінської самостійності лікарень, базовою вимогою належного управління є забезпечення повного фінансування всіх обов'язкових видатків (мандатів), нав'язаних надавачам послуг Урядом. Наявні недофінансовані мандати з'являються на етапі формування кошторису. Крім того, положення нормативних документів щодо формування кошторисів (бюджетування) на рівні закладів мають бути однозначними та послідовними в тому, що стосується будь-яких обов'язкових норм і процедур.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Наскільки чіткими та послідовними є правила розробки кошторису закладу?	Національне законодавство	Правила існують, але містять значні прогалини або суперечності (див. виноску 10)	Рівень С
Чи всі обов'язкові витрати, передбачені нормами, покриваються бюджетними асигнуваннями?	% головних лікарів, надані якими описи процесу формування кошторисів показують, що більшість бюджетних витрат є обов'язковими та визначаються на підставі норм, але не покриваються бюджетними асигнуваннями	61,5%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С</b>

Маючи справу з недофінансованими мандатами, усім закладам доводиться шукати шляхів узгодження нав'язаних їм норм із бюджетною реальністю. Керівники закладів несуть особисту відповідальність за подання юридично правильних бюджетних запитів, які відповідають усім чинним вимогам. Хоча офіційних рекомендацій з цього приводу немає, домінує підхід, який передбачає використання форм, у яких ураховуються всі вимоги, а також розрахунків, котрі «перетворюють» нав'язані норми витрачання коштів на фактичні («розрахункові») норми в межах граничних призначень бюджету (цю практику ми описали у виносці 9).

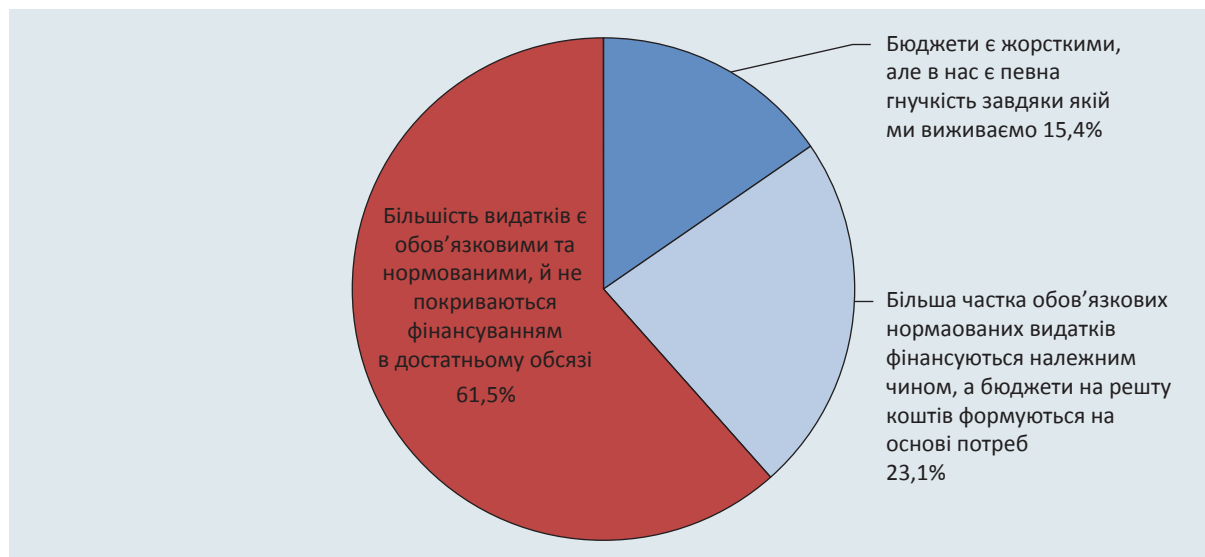
<sup>133</sup> Слід відзначити, що в Бюджетному кодексі немає такого поняття як «перша версія паспортів» і паспорти нікуди не надсилаються тричі на рік для планування. Водночас, як ми розуміємо, кожна програма підлягає затвердженню фінансовим органом відповідного рівня (Міністерством фінансів України або фінансовим управлінням відповідної державної адміністрації), тому цілком логічно буде припустити, що існують якісь перші проекти, які можуть зазнавати змін до свого затвердження (в іншому разі затвердження здійснювалося б автоматично).

<sup>134</sup> Кількість сторінок (150) цитується з висловлювання. Цей показник є важливим з огляду на свою величину. Типові форми, затверджені Мінфіном (якщо ми правильно зрозуміли, цей коментар стосується Наказів Міністерства фінансів України від 29.12.2002 р. № 1098 «Про паспорти бюджетних програм» (чинна редакція від 16.01.2012 р.), від 10.12.2010 № 1536 «Про результативні показники бюджетної програми» (включаючи *Загальні вимоги до визначення результативних показників бюджетної програми*) та від 14.01.2011 р. № 15 «Про затвердження Примірною переліку результативних показників бюджетних програм) і справді є коротшими, але після заповнення їхньої об'єм має збільшитися.

Співбесіди підтвердили, що основна маса кошторисів закладів розробляється в основному з використанням формул та з урахуванням численних недофінансованих мандатів. 61,5% із головних лікарів, які взяли участь у дослідженні, заявили, що вони зазвичай розподіляють кошти за нормами та формулами розрахунку витрат, а їхні первісні розрахунки навіть не наближаються до суми фактично наявних коштів (див. рисунок 42). При цьому, як відзначили головні лікарі у 23,1% випадків, попри те, що більшість їхніх витрат мають обов'язковий характер, а їхні суми визначаються формулами, протягом останніх років ці обов'язкові витрати були профінансовані повністю, хоча це залишає закладам дуже незначний простір для маневру, коли виникає потреба оплатити ще щось — наприклад, ремонт або придбання нового обладнання.

- «У нас є нормативні показники, норми. Але нас фінансують лише десь на 40% необхідної суми. Звідки ми знаємо, скільки нам треба? Розраховуємо. Беремо всі захищені статті витрат, беремо статистику на зразок ліжко-днів або пацієнто-днів. А потім дивимось, скільки в нас хворих у різних відділеннях. Ось так ми й розраховуємо, скільки нам потрібно».
- «Ми складаємо свій бюджетний запит і показуємо органам охорони здоров'я. Вони на нього дивляться, а потім завжди дають близько 50% розрахованої суми. Так що ми витрачаємо стільки, скільки вони нам дають. Наприклад, якщо нам треба 1 000 літрів пального, а вони дають нам 500, то ми 500 і витрачаємо».
- «Наш кошторис щороку майже однаковий. На захищені статті витрат припадає близько 99,4% — це заробітна плата, комунальні послуги, ліки та харчі. Решту потреб доводиться фінансувати за рахунок 0,6% асигнувань: усі інші матеріали та інвентар, які необхідно закуповувати. А є ще речі, які взагалі не фінансуються: капітальний ремонт, дороге обладнання».

**Рисунок 42. Яка частка обов'язкових видатків зазвичай не перевищує бюджетних призначень? (% відповідей головних лікарів)**



Адміністраторам доводиться не лише представляти свої бюджети, дотримуючись при цьому неможливих нормативів, але й знаходити шляхи надання послуг у рамках виділених коштів. Крім того, дефіцит ресурсів на рівні закладів змушує адміністраторів шукати альтернативних шляхів для забезпечення надання послуг ресурсами. У деяких випадках, як згадувалося вище (див. показник РВ 17), суму, якої бракує, добирають за рахунок особистих внесків лікарів та/або хворих.

## Бюджети капітальних витрат

### Показник РВ-21. Критерії визначення пріоритетності інвестиційних проектів

Рішення про пріоритетні капітальні інвестиції мають ухвалюватися на основі прозорих критеріїв та відповідати довгостроковим цілям організації. Перш ніж розпочинати оцінку окремих інвестиційних проектів, заклади мають визначити загальні стратегічні напрямки здійснення капітальних інвестицій на довгострокову перспективу. Ці напрямки мають відповідати цілям стратегічного розвитку, визначеним у планах надання послуг, складених самим закладом та регіональними органами охорони здоров'я. Для забезпечення максимальної віддачі від капіталовкладень, напрямки інвестування мають визначатися за прозорими критеріями без впливу політичних чинників та суб'єктивних рішень адміністраторів, органів влади та інших зацікавлених сторін.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи пов'язані бюджетні асигнування на капіталовкладення зі стратегіями розвитку, описаними в стратегічних планах надання послуг?	% головних лікарів, які підтвердили наявність такого зв'язку	50,0%	Рівень С
Чи існують прозорі критерії вибору проектів?	% головних лікарів, котрі оцінили прозорість критеріїв як дуже велику або достатню	58,8%	Рівень В
Наскільки часто політичний вплив та інші суб'єктивні критерії впливають на вибір проектів?	% головних лікарів, котрі вважають, що суб'єктивні та політичні критерії зазвичай сильно впливають на вибір проектів	6,3%	Рівень А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень В</b>

Інвестиційні рішення зазвичай ухвалюються місцевою владою, а не на рівні лікарень, а пріоритети визначаються шляхом переговорів. Ресурси на капіталовкладення розподіляються між медичними закладами місцевим органом охорони здоров'я за результатами консультацій із керівниками всіх закладів. Водночас, для більшості закладів одержання таких капітальних асигнувань — справа досить незвична. Їхні кошториси майже повністю йдуть на покриття періодичних витрат. У випадку виникнення потреби в капіталовкладеннях заклади зазвичай задовольняють її за рахунок власних доходів чи збирання особистих внесків з персоналу.

- *«Нам уже давно не виділяли капітальні асигнування, це дуже рідкісне явище. Ми витрачаємо свої кошти лише на захищені статті: зарплату, комунальні послуги. Ремонт, який ми робимо, повністю фінансується за рахунок благодійних внесків».*
- *«Востаннє ми одержували капітальні асигнування так давно, що я навіть не можу відповісти на ваше запитання. Ми працюємо в цій будівлі вже 10 років, і всі покращення повністю фінансувалися за рахунок внесків наших працівників. Усе, що ви бачите, навіть крита автостоянка — оплачене за рахунок наших особистих коштів».*
- *«Нам доводиться вимолювати капітальні асигнування [у місцевої влади], а те, що ми одержуємо виділяється лише на узгоджені проекти. Але нам доводиться дуже добре обґрунтовувати необхідність цих проектів».*

Водночас, більшість головних лікарів вважають ці переговори прозорими, а визначені за їх результатами пріоритети інвестування — такими, що визначені на основі об'єктивних критеріїв. У 58,8% випадків респонденти відзначили, що під час визначення пріоритетності інвестиційних ініціатив застосовуються прозорі критерії, а 50,0% підтвердили, що ці пріоритети зазвичай ґрунтуються на загальному розумінні пріоритетів галузі в цілому в їхньому місті, районі чи області. Вплив політичних сил та суб'єктивних суджень було оцінено як мінімальний (6,3%).



- *«Планування ведеться колегіально: фахівці галузі подають запити, а на основі цих запитів влада перевіряє основні проблеми розвитку нашої інфраструктури. Нам також доводиться перевіряти та розраховувати витрати на всі необхідні проекти — наприклад, на реконструкцію чи на обладнання. Ми надсилаємо ці запити в районну раду, і якщо нам вдається одержати асигнування, ці кошти надходять цільовим призначенням».*
- *«Існує певна процедура: є група фахівців у складі інженера, головного економіста тощо, які складають «звіт про недостатність інфраструктури», у якому описуються, які приміщення та обладнання застаріли, й які роботи необхідні для виправлення ситуації. Наприклад, у своєму останньому запиті ми обґрунтовували, чому нам потрібно 300 000 гривень на реконструкцію каналізації».*

**Варто звернути увагу на те, що ці критерії пріоритетності в основній своїй масі ув'язуються з рівнем зносу наявної інфраструктури.** У більшості випадків (62,5%) головні лікарі користуються системою, яка передбачає оцінку рівня зносу наявних об'єктів (будівель та основного обладнання), щоб забезпечити пріоритетне фінансування тієї інфраструктури, яка перебуває в найгіршому стані. Цей підхід допомагає утримувати якість обслуговування на певному мінімальному рівні.

- *«У нас є спеціальна система оцінки стану інфраструктури. Ми використовуємо рекомендації, зроблені за результатами перевірок різними органами (санітарною службою, службою експлуатації будівель, пожежною службою). У цих рекомендаціях зазначаються необхідні ремонтні та відновлювальні роботи. На основі цих рекомендацій ми розраховуємо вартість відповідних проектів і подаємо запити».*
- *«Наша система оцінки заснована на простому аналізі того, що є необхідним для виживання закладу. Ми просимо задовольнити найбільш критичні потреби. Але ці запити протягом останніх років задовольнялися. Оцінка проводиться комісіями: вони дивляться на приміщення й вирішують, де саме назріла необхідність провести ремонт або реконструкцію, а потім група економістів і бухгалтерів розраховує вартість».*
- *«Асигнування здійснюються тоді, коли ми вже ніяк не можемо працювати з наявною інфраструктурою. Ці пріоритети визначаються комісіями та інспекціями».*
- *«У нас є система оцінки стану інфраструктури, тому що завжди видно, що вже повністю вийшло з ладу й не підлягає подальшому використанню. Визначивши явні прогалини, ми намагаємось знайти кошти для вирішення проблем — часто ставлячи питання про фінансування критичних потреб перед районною або обласною владою. Іноді у нас трапляються надзвичайні ситуації, коли щось більше не працює — це теж додатковий аргумент для нас. На щастя, в нашій місцевій раді є лікарі з району, й це допомагає нам у лобюванні».*
- *«Якщо дах тече, то це явно є пріоритетною потребою. Якщо система опалення вийшла з ладу — це теж очевидний пріоритет. Якщо зламалося важливе обладнання — це вже інший вид термінового запиту. Усі такі запити подаються в управління охорони здоров'я разом із розрахунком витрат».*

### **Показник РВ-22. Оцінка та відбір проектів**

Для максимального збільшення ефективності вкладення коштів альтернативні варіанти капітальних інвестицій мають оцінюватися з застосуванням належних технічних процедур з елементами аналізу доцільності витрат та з урахуванням довгострокових витрат. За тими напрямками, котрі потребують розвитку та інвестицій, керівництву необхідно робити важкий вибір між різними варіантами проектів, які забезпечать найбільшу віддачу в довгостроковій перспективі. Для такого вибору потрібні технічний досвід та вміле порівняння витрат і вигод, пов'язаних із альтернативними варіантами, що проводиться силами як власних спеціалістів, так і незалежними

експертами. Крім того, будь-які рішення про інвестування капіталу мають довгострокові фінансові наслідки — наприклад, додаткові періодичні витрати на нове обладнання чи нові приміщення. Їх теж слід належним чином враховувати під час оцінки та вибору проектів. Ще одним чинником довгострокового характеру є необхідність забезпечення пріоритетності проектів, що вже виконуються, перед новими інвестиціями, аби завершити здійснення вже розпочатих інвестицій до початку нових.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Наскільки добрим є технічний супровід оцінки проектів?	% головних лікарів, котрі оцінили технічний супровід критеріїв як дуже добрий або достатній	56,3%	Рівень В
Чи в інвестиційних проектах повною мірою враховуються додаткові періодичні витрати, пов'язані з капіталовкладеннями?	% головних лікарів, котрі заявили, що періодичні витрати повністю враховуються в 75-100% випадків	35,3%	Рівень С
Чи зазвичай проводиться незалежна оцінка якості та економічної ефективності проектів?	% головних лікарів, які підтвердили проведення незалежної оцінки витрат і вигод у 75-100% випадків	31,3%	Рівень С
Чи проекти, що тривають, є більш пріоритетними з точки зору фінансування з метою завершення їхньої реалізації до початку здійснення нових проектів?	% головних лікарів, котрі заявили, що поточні проекти є пріоритетними у 75-100% випадків	50,0%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С+</b>

Головні лікарі визнали, що їхня робота з аналізу альтернативних варіантів проектів має цілу низку вад:

- Навіть попри те, що технічний супровід цього процесу був позитивно оцінений більшістю респондентів (56,3%), розрахунки досі зазвичай ведуться на основі суворих нормативів, наведених у нормативних документах національного рівня, а не за більш прогресивними та реалістичними підходами.
- Лише 35,3% респондентів підтвердили, що в їхніх розрахунках ураховуються як вплив нових проектів на поточні витрати, так і капітальні витрати.

**Незалежний аналіз доцільності витрат є дуже рідкісним явищем (його проведення підтвердили 31,3% респондентів).** По-перше, аналіз проводиться, в основному, силами власних фахівців, а по-друге — рідко передбачає порівняння очікуваних витрат та очікуваної користі. Лише в одому випадку лікарня обґрунтувала свій запит про придбання нового обладнання розрахунком очікуваного співвідношення між витратами та користю, зазначивши, що нове обладнання допоможе їй скоротити строки перебування стаціонарних хворих у лікарні.

- *«Ми залучаємо технічних фахівців, але їх аж ніяк не можна назвати незалежними. Звичайно, деякі з ключових питань на зразок функціонування ліфтів або кисневих систем перевіряються фахівцями інших організацій. Але аналіз наших запитів щодо обладнання проводиться власним технічним фахівцем, який відповідає за технічне обслуговування цього обладнання».*

**Закладам важко дасться реалізація багаторічних інвестиційних проектів.** Процес формування кошторисів капіталовкладень має суворий річний цикл, а багаторічні оцінки є недостовірними, навіть якщо й робляться спроби їх скласти. Крім того, лише половина респондентів вважають, що при здійсненні інвестицій пріоритет віддається проектам, що тривають, перед новими проектами.

- *«У 2007 році ми почали будівництво нового хірургічного відділення. Ми планували завершити його за два роки. Але зараз нам не вистачає 6 мільйонів гривень на його добудову. Ці кошти мали бути виділені в бюджеті цього року, але ми одержали лише 1 мільйон гривень. У нашому бюджеті 85% усіх ресурсів ідуть на зарплату та харчування, причому після виділення бюджету на ці захищені статті вони все одно фінансуються на 40% від нормативного рівня».*

## Виконання бюджету та управління коштами

### Показник РВ-23. Прогнозованість доступності коштів

На всіх рівнях виконання бюджету розпорядникам бюджетних коштів необхідно мати достовірну інформацію про доступність коштів, щоб дати їм змогу брати на себе бюджетні зобов'язання. Прогнозованість фінансових потоків є одним із ключових показників ефективності функціонування національних систем УДФ (PI-16) у дослідженні ДВФЗ, а сам цей показник є дуже важливим для управління бюджетом на рівні закладу. Щоб мати змогу працювати згідно з планами надання послуг та в рамках розподілених бюджетних призначень, закладам охорони здоров'я необхідно бути впевненими в тому, що рівень наданого фінансування, виділеного на певний період, не буде протягом зазначеного періоду скорочений. Як зазначено в Настановах ДВФЗ, прогнозованість фінансових потоків вимагає ефективного планування та контролю потоків на основі регулярних і достовірних прогнозів грошових потоків. У тих випадках, коли органам влади (центральної або місцевої) доводиться коригувати узгоджені призначення, значні корективи мають здійснюватися у прозорий та узгоджений заздалегідь спосіб, а значні зміни не повинні здійснюватися часто.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи працюють заклади на основі прогнозів грошових потоків, що регулярно оновлюються, із достовірним зазначенням наявних ресурсів, маючи змогу брати на себе зобов'язання принаймні на один квартал наперед?	% головних лікарів, які підтвердили, що вони складають річний прогноз грошових потоків, оновлюють його хоча б раз на квартал, і мають змогу брати зобов'язання за бюджетними призначеннями принаймні на 3 місяці наперед	66,7%	Рівень В
Чи є помісячний розпис надійним інструментом, який допомагає реалістично прогнозувати фінансові потоки на рівні закладів? Наскільки часто трапляється так, що фінансові органи змінюють цей розпис через скорочення бюджету або низьку якість планування?	% головних лікарів, які заявили, що якщо помісячний розпис і змінюється протягом року, то це завжди робиться фінансовим органом (наприклад, внаслідок скорочення бюджету або інших коректив)	7,7%	Рівень А
Наскільки часто керівники закладів стикаються з затримками в порівнянні з узгодженим розписом?	% головних лікарів, які повідомили про затримки в одержанні узгоджених платежів у порівнянні з помісячним розписом	23,1%	Рівень А
Наскільки гідними довіри є бюджетні асигнування?	Періодичність та масштаб відхилень фактичних виплат від планових сум протягом останніх трьох років (у середньому по всіх закладах)	Фактичні виплати відрізнялися від планових на суму, еквівалентну більш ніж 5% планових виплат, не більш ніж в одному році за три останні роки	Рівень А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень А</b>

Помісячний розпис, який затверджується місцевими фінансовими органами та державним казначейством, є однією з основних юридичних вимог і являє собою підставу для затвердження та виплати коштів усім закладам. Як показано у виносці 12, основним інструментом прогнозування грошових потоків для всіх державних закладів охорони здоров'я в Україні є помісячний розпис. Розробка та затвердження цього документу — це важкий процес, оскільки він є підставою для різних перехресних перевірок при зверненнях закладів до казначейства про виділення їм бюджетних коштів і про здійснення виплат на погашення прийнятих ними на себе зобов'язань. Внесення змін до цього розпису є не менш складним процесом, оскільки всі зацікавлені сторони змушені при цьому повторно проводити численні консультації, домовленості та узгодження. Використання цього обов'язкового інструменту для річного планування грошових потоків є однією з причин того, чому оцінка відповідей за виміром прогнозування грошових потоків виявилася настільки високою. Водночас, не всі респонденти вважають оновлення прогнозів можливим хоча

б раз на квартал і не всі з них вважають зазначення фактичної наявності ресурсів у своєму розписі достатньо достовірним, внаслідок чого лише 66,7% вірять, що їхні річні прогнози дають їм змогу брати на себе зобов'язання як мінімум на 3 місяці наперед.

### Виноска 12. Помісячний розпис бюджету: розробка, затвердження та контроль зобов'язань

Будучи розпорядниками бюджетних коштів, заклади охорони здоров'я працюють на основі помісячного розпису бюджету, в якому річний кошторис закладу розбивається на граничні помісячні обсяги асигнувань. Як показано на рисунку 43, розпис бюджету розробляється закладом у рамках бюджетного планування. Проект розпису формується під час другого кола перегляду бюджетних запитів після затвердження відповідних місцевих бюджетів місцевими радами та одержання відомостей про відповідні граничні річні обсяги асигнувань (лімітних довідок про бюджетні асигнування). Ці проекти розписів узгоджуються з місцевими фінансовими відділами та перевіряються Державною казначейською службою (на предмет відповідності сукупних значень затвердженим бюджетним призначенням). Лише після затвердження бюджетного розпису заклади одержують можливість розробити свої остаточні кошториси й надіслати їх на остаточне затвердження<sup>135</sup>.

Для кожного розпорядника бюджетних коштів бюджетний розпис стає одним із ключових документів у процесі затвердження та виплати коштів<sup>136</sup> (див. рисунок 44). Перш ніж розпорядники бюджетних коштів зможуть брати на себе будь-які зобов'язання, казначейство використовує бюджетний розпис для тимчасового розподілу наявних бюджетних коштів між розпорядниками бюджету для подальшого виконання (реєстрація призначень на рахунках закладів). Після здійснення тимчасового розподілу розпорядники бюджетних коштів можуть брати на себе зобов'язання, але перед фактичною виплатою коштів казначейство проводить щонайменше два кола перехресних перевірок кожного зобов'язання (на предмет відповідності бюджетним призначенням і граничним помісячним обсягам асигнувань та на предмет достатності наявних коштів для здійснення виплати).

Оскільки розробка та затвердження бюджетних розписів є дуже тривалою та складною процедурою, внесення будь-яких змін до нього так само віднімає багато часу та здійснюється за результатами численних консультацій, перевірок, узгоджень і затверджень.

**Бюджетний розпис майже ніколи не змінюється внаслідок урізання чи перегляду бюджету «нагорі».** Якщо бюджетний розпис і змінюється, це, зазвичай, робиться на прохання самих розпорядників бюджетних коштів, а не через скорочення бюджету або інші зміни, доведені органами влади. Про такі зміни повідомили лише 7,7% респондентів. Запити про внесення змін, що подаються самими закладами, як правило, обумовлені неочікуваним збільшенням видатків, наприклад, внаслідок здійснення незапланованої діяльності, надзвичайних ситуацій чи зростання цін. Водночас, вони також можуть бути необхідними в тих випадках, коли закладам вдається зекономити кошти за деякими напрямками і вони бажають перерозподілити їх на користь інших заходів:

- *«Нам необхідно вносити зміни в бюджетний розпис тоді, коли у нас немає коштів, тому що ми зробили неправильні припущення щодо цін, наприклад, на енергоносії при розробці прогнозів. У такому випадку нам доводиться просити владу покрити дефіцит коштів і нам необхідно відобразити нові суми в місячних граничних обсягах».*
- *«Зміни завжди вносяться через виникнення нових потреб, які ми не могли спрогнозувати — як правило, це зростання цін, наприклад, на енергоносії або медикаменти».*

<sup>135</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2002 р. № 228 «Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ»

<sup>136</sup> Бюджетний кодекс України, Порядок обслуговування державного бюджету за видатками та операціями з надання та повернення кредитів, наданих за рахунок коштів державного бюджету, затверджений Наказом Міністерства фінансів України від 30.09.2011 р. № 1223; Порядок казначейського обслуговування місцевих бюджетів, затверджений Наказом Державного казначейства України від 04.11.2002 р. № 205 та Порядок обліку зобов'язань розпорядників бюджетних коштів, затверджений Наказом Державного казначейства України від 09.08.2004 р. № 136.



- *«Головною причиною є брак коштів. Наприклад, коли зламався наш бойлер, нам треба було його відремонтувати, незважаючи на граничні обсяги, тому нам довелося відобразити зміни в місячному розписі».*
- *«Ми маємо міняти місячні граничні обсяги, якщо нам доводиться робити щось, що ми раніше не планували: наприклад, якщо треба відправити когось у відрядження».*
- *«Ми просимо внести зміни в бюджетний розпис, коли маємо якусь економію, наприклад, на електроенергії, й хочемо використати ці кошти для оплати інших комунальних послуг». (Таке нам сказали кілька різних осіб)*
- *«Торік мені вдалося пролобіювати виділення додаткових коштів на сесії міської ради. Вони погодилися дати нам більше коштів наприкінці року, тому граничні обсяги було змінено. Протягом кількох місяців ми ніби повернулися в радянські часи: 100% витрат відділення інтенсивної терапії й деяких інших відділень було покрито. Але наступного року, звичайно, усім було тяжко повертатися назад до звичайного життя».*

**Затверджені граничні помісячні обсяги зазвичай виконуються казначейством, але затримки зустрічаються дедалі частіше.** Більшість керівників закладів підтвердили, що вони, як того й вимагає законодавство, мають змогу одержувати належні кошти згідно з узгодженими бюджетними призначеннями відповідно до граничних помісячних обсягів. Виплата коштів здійснюється кілька разів на місяць відповідно до потреб, а іноді в певні дні (наприклад, у дні, коли зазвичай виплачується зарплата). Водночас, у 23,1% випадків респонденти згадали про те, що останнім часом їм довелося зіткнутися з затримками платежів (опитування проводилося восени 2012 року). Вони самі зіткнулися з тим, що кошти виплачувалися лише на фінансування захищених статей бюджету, тоді як платежі, пов'язані з будь-якою іншою діяльністю «блокувалися».

- *«Раніше ми одержували належні виплати щомісяця, але з серпня рахунки в Казначействі заблоковано й наші запити не обслуговуються, крім виплат за захищеними бюджетними статтями. Гадаю, це тому, що в них немає коштів».*
- *«Виплати за нашими запитами здійснюються щотижня відповідно до потреб, але в межах планових помісячних обсягів. Іноді, щоправда, кошти блокуються на наших рахунках і не виплачуються ні на що, крім як на захищені статті. Іноді ми не можемо одержати кошти навіть з власних рахунків спеціального фонду.<sup>137</sup>»*
- *«У нас є проблеми з затримками виплат за незахищеними статтями. Раніше таких проблем не було, але цього року у нас постійно проблеми та затримки».*

<sup>137</sup> Примітка: Будь-який бюджет в Україні (включаючи кошториси окремих розпорядників бюджетних коштів на кшталт лікарень) складається з двох частин: загального фонду та спеціального фонду. Більшість надходжень і видатків входять до складу загального фонду. Водночас, надходження та видатки за чітко визначеним списком обліковуються у складі спеціального фонду. Надходження спеціального фонду повинні мати конкретне цільове призначення, а видатки мають повністю відповідати відповідним джерелам надходжень та їхньому цільовому призначенню. Будь-які видатки за рахунок спеціального фонду можуть здійснюватися лише за умови фактичного одержання надходжень із відповідним цільовим призначенням.



Рисунок 43. Схема: основні етапи процесу бюджетного планування

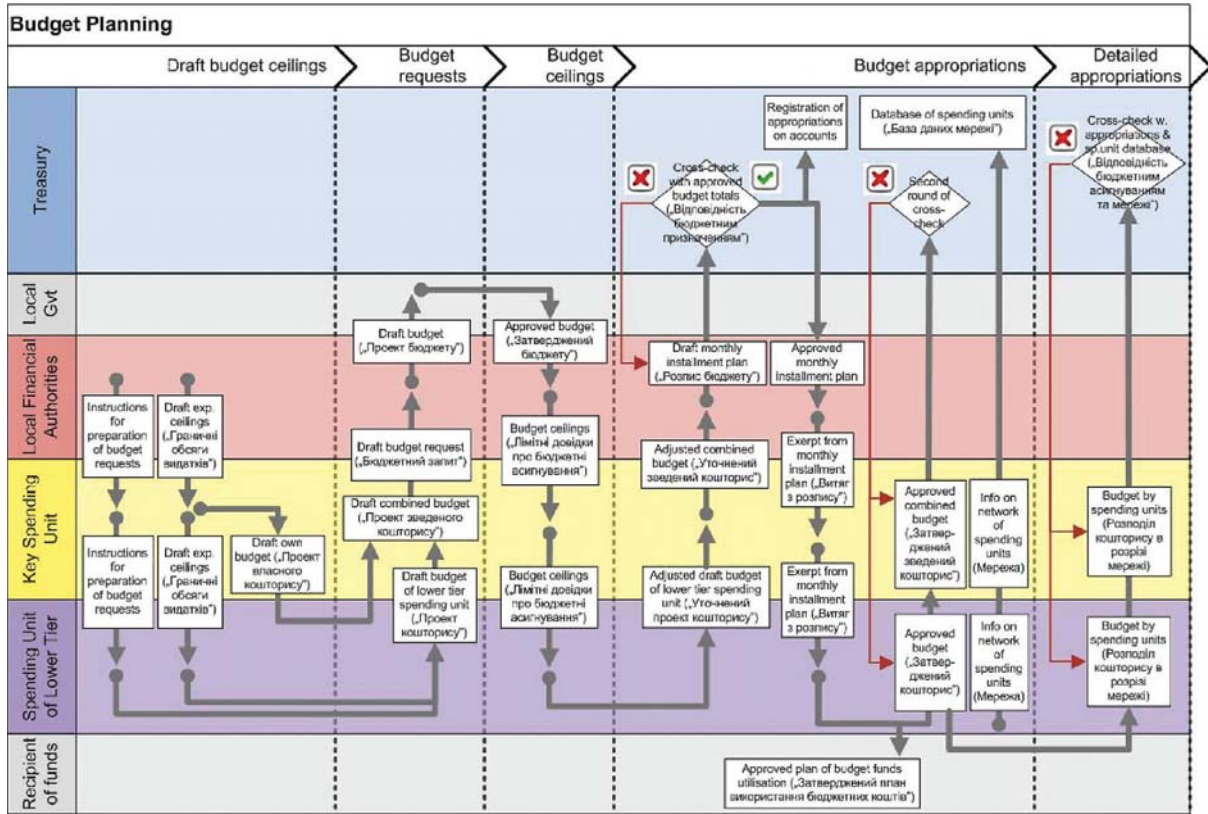
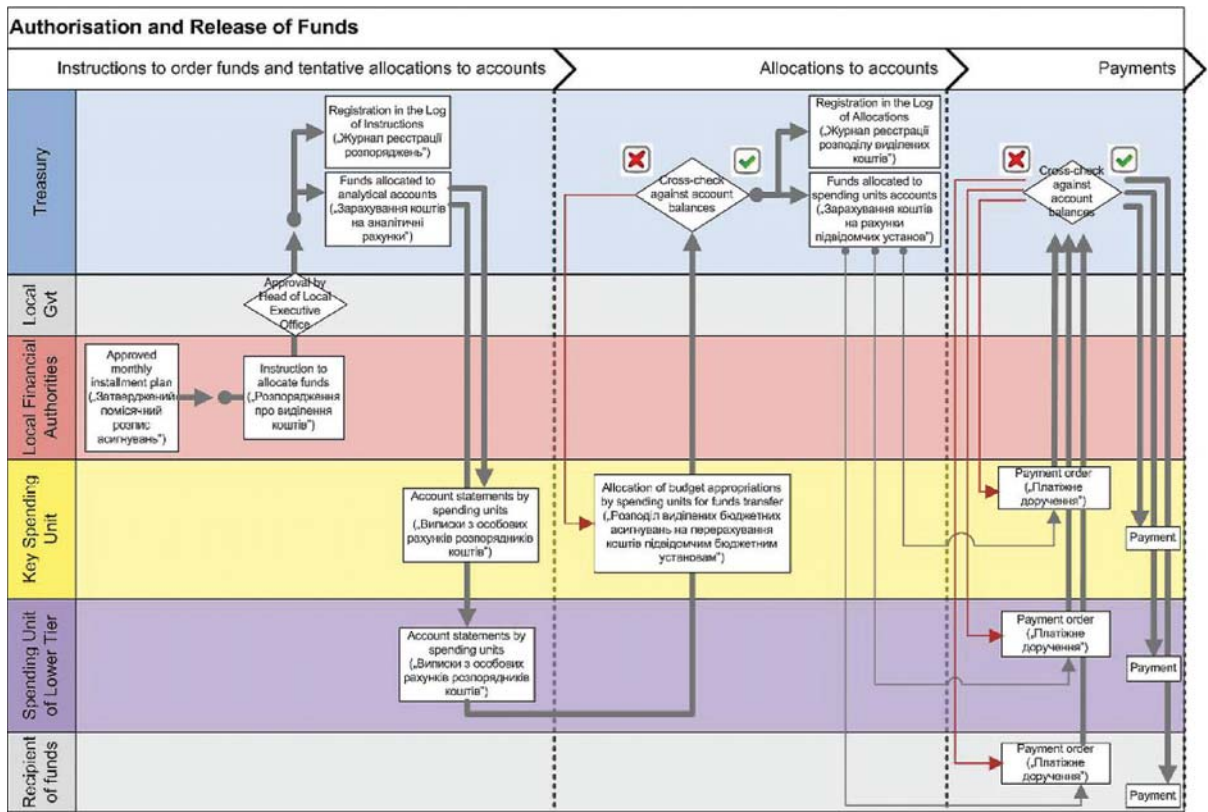
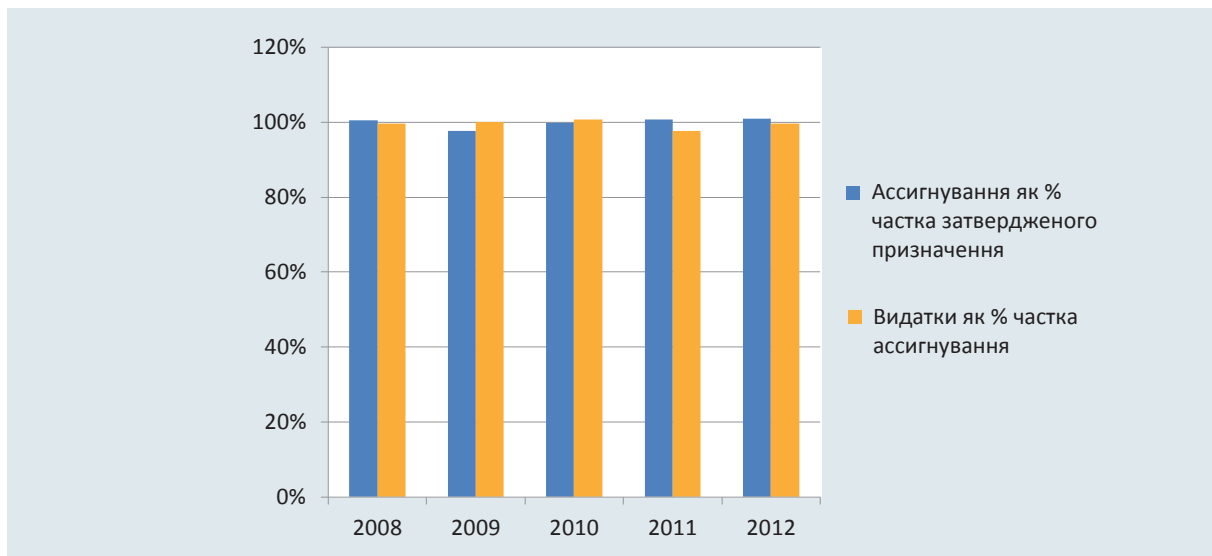


Рисунок 44. Схема: основні етапи виділення та виплати коштів



**Незважаючи на недавні затримки, фактичні асигнування на користь закладів протягом останніх років відповідали планам.** На рисунку 45 наведені історичні дані щодо середніх відхилень планових та фактичних видатків для кількох опитаних закладів, які погодилися надати свої фінансові дані. Видно, що в період 2008-2012 рр. фактичні асигнування ніколи не відхилялися від планових обсягів більш ніж на 5%, а у 2011 та 2012 роках вона дещо перевищували планові показники. Таким чином, узгоджені граничні обсяги бюджетних асигнувань досі залишаються гідним довіри орієнтиром для державних надавачів послуг охорони здоров'я, тому за цим показником виставляється оцінка на Рівні А.

**Рисунок 45. Середнє відхилення асигнувань із затверджених призначень та фактичних видатків із виділених асигнувань**



### **Показник РВ-24. Гнучкість витрачання коштів та прозорість коригування**

**Закладам доводиться підтримувати достатній рівень гнучкості для перерозподілу коштів у межах затверджених кошторисів для забезпечення ефективного та своєчасного реагування на нештатні ситуації.** Непередбачені видатки під час надання послуг можуть мати місце з цілої низки причин, включаючи надзвичайні ситуації та зміну рівня цін. Крім того, лікарні можуть добитися економії коштів при наданні послуг, що створює можливості для більш ефективного використання виділених коштів для здійснення інших заходів. Щоб скористатися цими можливостями, керівники закладів повинні мати певні повноваження на перерозподіл коштів у межах кошторисів (між статтями бюджету та між місячними кошторисами) в процесі виконання бюджету. Водночас, такі корективи не повинні здійснюватися надто часто, а якщо вони є значними, то вони мають здійснюватися прозоро, з забезпеченням належної відповідальності.

**Чинні правила складання та виконання є складними й жорсткими, що робить корегування бюджету протягом року тривалим і складним процесом.** Законодавство, яким регулюється виконання бюджету, має комплексний і докладний характер. Воно дуже детально регулює випадки, в яких може виникати необхідність внесення коректив протягом року з перерозподілом асигнувань між статтями або між місяцями протягом року. Водночас, ця складність часто суперечить потребі в забезпеченні гнучкості управління коштами, що дуже ускладнює внесення змін, як показано у виводі 12. Це видно з наших співбесід із головними лікарями, котрі скаржилися на те, що звернутися з проханням про внесення таких змін важко або майже неможливо:

- *«Звичайно, нам треба вносити корективи. Завжди є якісь нюанси, котрі впливають під час виконання бюджету й які нам доводиться враховувати. Але ми вже навчилися на власному досвіді, що здійснити ці корективи нереально».*

- *«Концепція управління коштами навряд чи застосовна до нас, тому що ми своїми коштами не управляємо. Усі наші видатки суворо визначені наперед».*
- *«Для внесення змін у бюджет нам необхідно писати обґрунтування, робити всі необхідні розрахунки в планово-фінансовому відділі, передавати їх у фінансове управління, а потім чекати розгляду нашого питання в комісії обласної ради, а далі ще чекати на сесію облради. У найкращому випадку на все це необхідно 2 місяці».*

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи правила виконання бюджету мають достатню гнучкість для перерозподілу коштів і чи є вони достатньо прозорими для здійснення суттєвих коригувань протягом року?	Правила складення та виконання бюджету	Правила управління грошовими потоками мають значні вади, що ускладнюють їх дотримання	Рівень С
Яким є порядок корегування бюджету в випадку дефіциту коштів протягом року?	% головних лікарів, які повідомили, що якщо й мають місце значні корективи бюджетних призначень протягом року через брак коштів, то вони відбуваються лише раз чи два на рік, і виконуються в досить прозорий спосіб	80,0%	Рівень А
Чи мають право керівники закладів/лікарень управляти бюджетом або якоюсь його частиною? Наприклад, чи існує можливість гнучкого перерозподілу асигнувань між статтями бюджету закладу чи лікарні?	% головних лікарів, які повідомили, що мають певну гнучкість у виконанні бюджету	46,2%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень В</b>

**Значна більшість головних лікарів (80,0%) вважають, що навіть якщо здійснюються значні корективи, вони робляться нечасто й непрозоро.** Описані респондентами процедури корегування бюджетів протягом поточного року повністю відповідають положенням законодавства та здійснюються досить складно, віднімаючи багато часу. Внесення коректив вимагає детальних пояснень та обґрунтувань запиту про внесення змін, а у випадку попереднього узгодження з органами охорони здоров'я — внесення змін у бюджет (підготовки пропозиції, консультацій з місцевою адміністрацією, голосування ради, узгодження з казначейством). Місцеві органи охорони здоров'я вслякко уникають навіть ініціювання цього процесу, а за можливості рекомендують закладам шукати інших шляхів здійснення змін (наприклад, використовувати власні надходження), а не вдаватися до офіційного процесу внесення змін у бюджет.

- *«Дефіцит коштів протягом року, і потрібні зміни в бюджет? Боже збав! Такого майже ніколи не буває».*
- *«Існує чіткий процес, прописаний у бюджетному законодавстві. Пишемо пояснювальні записки, обґрунтування, надаємо підтвердну документацію. Потім наші запити розглядає начальник відділу охорони здоров'я. Якщо він згоден, процес іде далі. Іноді нам виділяють додаткові кошти. Іноді — ні, якщо коштів більше немає».*
- *«За можливості намагаємось покривати розриви за рахунок власних коштів. Ми намагаємось уникати коректив та змін».*
- *«Якщо в нас є дефіцит коштів, ми пишемо листи у відділ охорони здоров'я, але там завжди радять користуватися власними надходженнями зі спеціального фонду».*
- *«Звичайно, ми можемо писати листи й запити, але, як правило, ми цього не робимо. От лише якби зросли ціни й ми не могли б нічого зробити — тоді вони нам допомогли б, перенісши виплати з кінця року».*

- *«Звичайно, це не дає змоги швидко реагувати на проблеми; про це в нашій системі ніхто й не заводиться. А оперативне реагування означає, що я завтра можу відреагувати на сьогоднішні проблеми, й я сумніваюся, що хтось на нашому рівні може використовувати кошти в такий спосіб».*

**Нештатні ситуації, котрі вимагають негайних додаткових видатків, вирішуються шляхом використання резервного фонду місцевого бюджету.** Випадки надзвичайних ситуацій передаються на розгляд місцевій раді та розглядаються її комісією з питань надзвичайних ситуацій. Вона має право рекомендувати здійснити видатки зі спеціального фонду місцевого бюджету на випадок надзвичайних ситуацій. У такому разі кошти можуть надійти вже через кілька днів. Водночас, такі запити мають підтверджуватися цілим пакетом підтвердних документів.

- *«Якщо трапиться щось справді термінове, ми можемо скористатися спеціальним фондом міського бюджету. Але решта йде за планом, і ми завжди намагаємося це робити, якщо можливо — жити за планом».*
- *«За виняткових обставин кошти можуть бути виділені на підставі розпорядження голови обласної адміністрації, але випадок і справді має бути винятковим».*

**Гнучкість перерозподілу коштів між статтями бюджету є дуже незначною, навіть якщо йдеться про незначні корективи.** Лише 46,2% головних лікарів заявили, що мають певний простір для маневру при перерозподілі коштів на користь інших статей бюджету без складної процедури внесення змін у бюджет, але навіть у цих випадках частка коштів, які можуть бути перерозподілені, є дуже незначною. Будь-який перерозподіл може здійснюватися лише за незахищеними статтями (частка яких і так є незначною), й має бути узгоджена наперед із місцевим органом охорони здоров'я.

- *«Я можу управляти коштами лише в межах однієї статті бюджету — наприклад, по комунальних послугах: якщо в мене залишаються кошти після оплати водопостачання, я можу їх використати, щоб сплатити за опалення або електрику. Але якщо все одно залишаться якісь кошти, мені доведеться переконувати відділ охорони здоров'я, щоб мені дозволили витратити їх на ліки, але використати їх на заробітну плату просто неможливо. Вони можуть погодитися, якщо я почну кричати та влаштовувати сцени, казати, що в нас ось-ось виникне затримка зарплати. Отже, використати зекономлені кошти, як на мене, неможливо».*
- *«Якби ж вони виділяли нам достатньо коштів або давали нам змогу витратити їх раціонально! Наприклад, торік нам було потрібно 115 млн гривень, але одержали ми 28% від цієї суми. Крім того, нам ще й сказали, на що саме цю суму витратити. Мене б влаштували й ці 28%, якби я мала змогу сама вирішувати: кого брати на роботу, скільки людей ставити на різні роботи, скільки відкласти на електроенергію, скільки — на водопостачання! Нам далеко не завжди потрібно стільки води, скільки нам кажуть витратити на водопостачання! Але вони вимагають, щоб ми витрачали ці кошти на воду, тому що знають, хто є власником водоканалу. Це просто розтринькування державних грошей. Мене б влаштовували ці кошти, якби я могла скоротити деякі посади або перевести людей на іншу роботу. Якби ми придбали пристрій для виробництва кисню за 1,5 млн гривень, він окупився б за два роки, тому що ми щороку витрачаємо по 800 000 грн. на купівлю кисню. Я вже 7 років про це торочу. Не можу навіть сказати, яких зусиль мені довелося докласти, щоб відмовитися від гарячого водопостачання, тому що якість постачання була настільки низькою й тією водою неможливо було користуватися. Замість цього ми придбали бойлери для встановлення у відділеннях. Ми витрачаємо величезні кошти на опалення замість того, щоб придбати обігрівач і поставити у себе на горниці. Як я можу говорити про розвиток нашого закладу? Я три роки працювала над тим, щоб відмовитися від гарячого водопостачання, й мені вдалося це зробити лише тому, що я депутат місцевої ради. Якби я не мала цього статусу, мені б це ніколи не вдалося. А коли ми платимо за всі ці неефективні речі, на медицину залишаються лише мізерні суми. Ми не можемо відхилитися від нормативів заробітної плати, водопостачання та електропостачання, а я не маю змоги доплачувати кошти добрим лікарям чи брати на роботу людей на вакантні посади протягом фінансового року. До моїх пропозицій не прислуховуються. Найстрашнішою є політика нашого відділу охорони здоров'я, яка забороняє здійснення додаткових платежів лікарям, і я не маю змоги брати людей на вакантні посади протягом року».*



**Показник РВ-25. Виділення коштів та контроль зобов'язань**

Для того, щоб платіжні зобов'язання залишалися в межах наявних сум коштів, системи контролю зобов'язань мають бути доречними та економічно ефективними. Ефективна система внутрішнього контролю виділена в дослідженні ДВФЗ в окремий вимір (РІ-20) з огляду на важливість уникнення надмірних та непотрібних зобов'язань чи заборгованості. Як показано в Настановах ДВФЗ, для забезпечення ефективного функціонування цієї системи вона має базуватися на належній оцінці ризиків, якими необхідно керувати. Крім того, система має бути економічно ефективною, щоб процедури контролю могли широко застосовуватися без необґрунтованого адміністративного тиску або затримок.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи забезпечує система казначейського контролю використання коштів суворо згідно з призначеннями та їхнє виділення без затримок?	% головних лікарів, які вважають, що контроль з боку ДКСУ унеможливує використання бюджетних коштів не за призначенням	100%	Рівень А
Наскільки обґрунтованими є додаткові адміністративні витрати, що їх змушені нести керівники закладів, додержуючись процедур казначейського контролю для забезпечення вчасної виплати коштів?	% головних лікарів, які повідомили, що процентна частка їхнього робочого часу, що витрачається на виконання завдань чи вирішення проблем, пов'язаних із казначейським контролем виконання бюджету, становить менш ніж 5%	15,4%	Рівень D
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень C+</b>

Усі опитані головні лікарі без винятку вважають, що чинна в Україні система казначейського контролю унеможливує прийняття зобов'язань в обсязі, який перевищує бюджетні асигнування, що є ознакою стійкої системи фінансового управління. Як докладніше показано у виносці 13, на всіх стадіях планування та виконання бюджету Державна казначейська служба України, яка є центральним виконавчим органом, здійснює моніторинг і контроль видатків. Вище йшлося про те, що ДКСУ також веде моніторинг граничних показників помісячного розпису, координуючи тим самим прогнозування грошових потоків та управління ними на рівні кожного закладу. Після затвердження бюджетів ДКСУ проводить кількаразову перехресну перевірку кожної з платіжних вимог на предмет відповідності бюджетним призначенням, затвердженим напрямкам витрачання коштів та місячним граничним сумам до виплати відповідних коштів.

- «Вони перевіряють та контролюють кожну копійку; використати бюджетні кошти не за призначенням просто неможливо. Коли йдеш у банк, там можуть бути якісь помилки чи похибки. Але не в казначействі. Тут такого не буває».
- «Контрольних органів більше, ніж коштів. Повірте мені, вони все достатньою мірою перевіряють».

**Виноска 13. Казначейський моніторинг і контроль виконання бюджету**

Державна казначейська служба України (або ДКСУ) — центральний орган виконавчої влади, діяльність якого координує та спрямовує Кабінет Міністрів України через Міністра фінансів<sup>138</sup>. ДКСУ здійснює свої функції через систему територіальних органів в областях, районах та містах. Хоча ДКСУ та його територіальні органи належать до системи органів виконавчої влади, у процесі формування та виконання бюджету ДКСУ виконує інші обов'язки, ніж фінансові служби виконавчих органів місцевих рад (та місцевих державних адміністрацій) і Міністерства фінансів.

<sup>138</sup> Указ Президента України від 13.04.2011 р. № 460/2011 «Про Положення про Державну казначейську службу України»



ДКСУ контролює бюджетні видатки на всіх етапах формування та виконання бюджету (починаючи з утворення мережі розпорядників бюджетних коштів та завершуючи виплатою коштів з рахунків розпорядників та одержувачів бюджетних коштів). Зокрема, ДКСУ та її територіальні органи здійснюють моніторинг та контроль видатків у такий спосіб:

- веде базу даних про мережу розпорядників бюджетних коштів різного рівня (Єдиний реєстр розпорядників та одержувачів бюджетних коштів); перевіряє інформацію, що вноситься в Єдиний реєстр і контролює правильність витрачання коштів окремими розпорядниками).
- Перевіряють відповідність кошторисів показникам розпису бюджету та їхню розбивку на відповідність мережі зареєстрованих розпорядників бюджетних коштів, на відповідність затвердженям та відкритим асигнуванням, а також на правильність застосування класифікації витрат.
- Здійснює моніторинг показників бюджетів розпорядників та будь-яких змін до них, і звіряє затверджені бюджети розпорядників з даними обліку.
- Реєструє та контролює бюджетні зобов'язання, а також здійснює попередній контроль за використанням бюджетних коштів за призначенням.
- Відкриває бюджетні асигнування та ухвалює рішення про виділення коштів на аналітичні рахунки<sup>139</sup>.
- Проводить автоматичну перевірку розписів відкритих асигнувань, що подаються головними розпорядниками бюджетних коштів (на предмет відповідності призначенням, наявному залишкові коштів на рахунках та зареєстрованій мережі розпорядників), а також веде реєстри відповідних розписів.
- Контролює платежі з рахунків на підставі платіжних доручень розпорядників та одержувачів бюджетних коштів. Це робиться шляхом перевірки відповідності платіжного доручення наявним відкритим фінансовим зобов'язанням, наявності в ньому всієї необхідної інформації, правильності його заповнення, наявності печатки й підписів, що відповідають затвердженям зразкам, його відповідності чинному Паспорту бюджетної програми, відсутності законодавчих обмежень на здійснення видатків заявленого типу, відсутності судових позовів на підставі порушення законодавства про державні закупівлі, достатності обсягу невикористаних відкритих асигнувань для здійснення виплати, відповідності затвердженому кошторису, наявності всієї необхідної підтвердної документації (договору, звіту про процедуру закупівлі, підтвердження одержання товарів або послуг тощо) у випадку здійснення оплати авансом тощо.
- Перевіряє фінансову та бюджетну звітність розпорядників бюджетних коштів на відповідність даним, які містяться в облікових реєстрах органів ДКСУ, підписує фінансову звітність розпорядників та одержувачів бюджетних коштів, а також консолідовану фінансову та бухгалтерську звітність<sup>140</sup>.

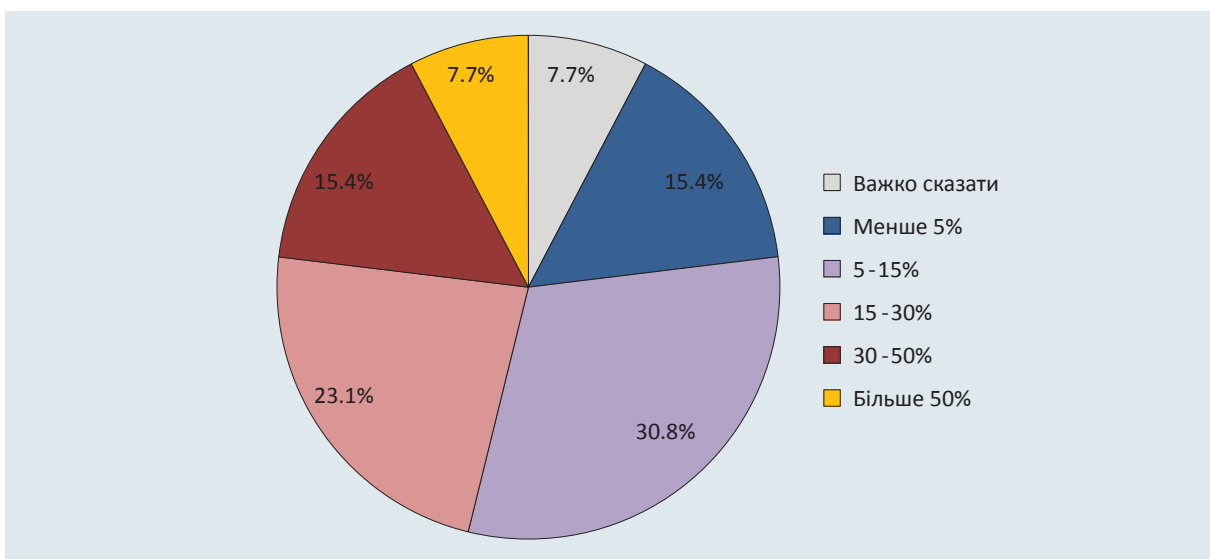
<sup>139</sup> В Україні такі рахунки називаються «аналітичними», але в цьому папері ми використовуємо загальноприйнятий у світі еквівалентний термін «деталізований рахунок», який описує конкретний рахунок у будь-якому банку (або в казначействі) на відміну від «контрольного рахунку», який не є деталізованим. «Контрольні рахунки» в українській термінології називаються «синтетичними рахунками».

<sup>140</sup> Пункти 2.1, 2.2, 2.4, 2.7, 3.2-3.5, 4.4-4.6, 6.3, 6.4, 6.6, 12.1-12.3, 12.8, 12.11 Порядку управління видатками та кредитуванням державного бюджету та пункт 1.14 Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ.

Водночас, попри те, що Казначейство здійснює ефективний контроль для запобігання несанкціонованому здійсненню видатків, система є неоконечною та являє собою важкий адміністративний тягар для керівництва закладів. Лише 15,4% головних лікарів заявили, що витрачають менш ніж 5% свого робочого часу на вирішення завдань і проблем, пов'язаних із перевіркою та виконанням їхніх платіжних доручень у ДКСУ. Як видно з рисунку 46, більшості адміністраторів доводиться витрачати на ці питання близько 15-30% свого робочого часу, а деяким — 30-50% або навіть більше. Варто відзначити, що контроль з боку Казначейства охоплює всі види доходів і видатків закладів, включаючи їхні власні надходження, які обліковуються у спеціальному фонді державного бюджету. Іноді це ускладнює для закладів використання навіть цих, теоретично більш доступних джерел фінансування.

- *«На роботу з Казначейством іде багато часу, не менше третини мого робочого часу. Дуже багато часу йде на планування, на додержання всіх нормативів. Нам доводиться надавати їм купу документів, тому маємо купу проблем».*
- *«Непорозуміння та конфлікти з Казначейством у нас трапляються щодня. По-перше, іноді вони кажуть, що не мають коштів. По-друге, там працюють буквоїди та педанти, які прискіпуються до всього, а їхнє буркотіння є невиправданим. Вони вимагають багато документів, навіть якщо це документи, які ми не зобов'язані подавати. Вони мислять негнучко».*
- *«Коли Казначейство утворили, нам сказали, що цю службу створено замість КРУ, тому Казначейство візьме на себе всі перевірки та контроль, і що це буде щось більше, ніж просто банк. Але тепер ми маємо і Казначейство, і КРУ — а це вже забагато».*
- *«У нас щойно трапився такий прикрий випадок, що нам навіть довелося скаржитися керівникові казначейства. Ми подали платіжне доручення на оплату технічного огляду карети швидкої допомоги, а його два тижні не затверджували. У нас лише одна карета швидкої допомоги, котра обслуговує два відділення екстреної медичної допомоги. Добре, тепер вони заплатили, але нам довелося чекати два тижні. Це справді дуже прикро. Крім того, нам довелося сплатити за технічний огляд за рахунок благодійних внесків, що надійшли у спецфонд, тож особливо дратує те, що ці кошти ми заробили самі. Можна було б хоча б ці кошти не затримувати».*

**Рисунк 46. Процентна частка робочого часу, що витрачається адміністраторами закладів на роботу з ДКСУ (% відповідей головних лікарів)**



## Аудит

### Показник РВ-26. Обсяг та характер перевірок

Ефективний аудит надає керівникам закладів інформацію про їхню роботу та допомагає підняти якість надання послуг і зробити використання державних коштів більш прозорим. Комплексні системи аудиту повинні включати в себе механізм внутрішнього аудиту виконавчих органів (тих, що перевіряються, та Мінфіну), а також зовнішній аудит, який проводиться незалежним органом фінансового контролю. Ці два виміри ефективного аудиту безпосередньо пов'язані з періодичністю та обсягом перевірок. Зокрема, перевірки мають охоплювати достатній обсяг системних проблем, пов'язаних із використанням державних коштів та наданням послуг, виходячи за межі перевірки простого дотримання законодавства та фінансового аудиту, й включаючи в себе аналіз показників діяльності та віддачі вкладених коштів.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи перевіряються заклади хоча б раз на рік?	% головних лікарів, які підтвердили, що перевірка їхнього закладу проводилася протягом 12 попередніх місяців	73,3%	Рівень В
Чи заклади проходять як внутрішній, так і зовнішній аудит?	% головних лікарів, які заявили, що їхній заклад перевіряють як внутрішні аудитори, так і зовнішні	16,7%	Рівень D
Чи проводяться місцевими органами охорони здоров'я позапланові неоголошені перевірки закладів?	% головних лікарів, які підтвердили, що в них проводяться такі перевірки	50%	Рівень В
Чи охоплюють перевірки комплексний діапазон питань?	% головних лікарів, котрі заявили, що під час перевірки перевірилися як мінімум два питання з зазначених нижче: <ul style="list-style-type: none"> <li>• прогули;</li> <li>• стан інфраструктури.</li> </ul>	42,9%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С+</b>

Більшість обстежених закладів (73,3%) підтвердили, що протягом останніх 12 місяців у них проводилася перевірка. Як зазначено у виносці 14, національне законодавство передбачає широке коло обов'язкових та необов'язкових перевірок закладів охорони здоров'я. Серед них — комплексні внутрішні фінансові перевірки, які проводяться спеціалізованими ревізійними органами самих закладів, а також Державною фінансовою інспекцією на предмет моніторингу дотримання фінансового законодавства та інших законів, а також, до певної міри, якості роботи та віддачі від вкладених коштів, яку забезпечують розпорядники бюджетних коштів. Якщо обов'язковий зовнішній фінансовий нагляд здійснюється лише по відношенню до закладів, які одержують фінансування напряму з державного бюджету, то органи влади субнаціонального рівня можуть проводити свої власні перевірки. Крім того, органи охорони здоров'я всіх рівнів проводять різні перевірки галузевого рівня, присвячені питанням надання послуг та результатів роботи. Як заявив один із респондентів:

- *«Які перевірки ми проходимо? У нас у реєстратурі лежить журнал перевірок, у якому реєструються всі перевірки, що в нас проходять; можете взяти й подивитися. Ви й самі побачите, як багато нас перевіряють. Легше сказати, хто нас не перевіряє».*

**Загалом, опитані головні лікарі згадували перевірки, проведені за попередній рік зазначеними нижче органами (загалом було згадано 30 контролюючих органів):**

- Державна фінансова інспекція;
- Рахункова палата;
- Державна казначейська служба;
- Державна податкова адміністрація;
- Податкова міліція;
- Органи внутрішніх справ;

- Прокуратура;
- Служба безпеки України;
- Державний антимонопольний комітет;
- Державна інспекція контролю за цінами;
- Державна інспекція з енергетичного нагляду;
- Державний комітет з промислової безпеки;
- Державна служба лікарських засобів;
- Департамент контролю якості лікарських засобів Міністерства охорони здоров'я;
- Комітет міської ради з перевірки дотримання правил проведення торгів;
- Перевірка майна від місцевої ради;
- Фінансове управління місцевої держадміністрації;
- Управління охорони здоров'я місцевої держадміністрації;
- Фінансовий відділ управління охорони здоров'я місцевої держадміністрації;
- Служба головного педіатра міста;
- Відділ кадрів місцевої держадміністрації;
- Служба санітарно-епідеміологічного нагляду;
- Служба екологічного нагляду;
- Пожежна інспекція;
- Пенсійний фонд;
- Фонд соціального страхування;
- Державний фонд страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань;
- Фонд страхування на випадок безробіття;
- Професійні спілки;
- Служба котлонагляду та контролю посудин під тиском.

Зовнішній нагляд над закладами охорони здоров'я було згадано лише в 16,7% випадків. Як пояснюється у виносці 14, зовнішні фінансові перевірки є не обов'язковими для більшості закладів охорони здоров'я, оскільки вони зазвичай фінансуються з місцевих бюджетів, а не з державного бюджету, який підпадає під мандат Рахункової палати. Варто відзначити, що в кількох випадках головні лікарі місцевих лікарень повідомляли про перевірки, що проводилися у них Рахунковою палатою (вони могли бути пов'язані з участю закладів у реалізації якихось програм, що фінансуються централізовано). У деяких інших випадках заклади проходили перевірки, що проводилися силами комісій, організованих при місцевих радах. Як правило, вони зазвичай стосуються процесу закупівель та практики використання майна, а не питань надання послуг та періодичних витрат.

**У більшості закладів органами охорони здоров'я проводяться різноманітні перевірки, часто без оголошення.** Галузеві органи проводять різні перевірки з широкого кола питань, пов'язаних із наданням послуг, і десь у половині випадків перевіряючі прибували в заклади без попереднього повідомлення. Водночас, якщо галузеві перевірки, як правило, мають на меті перевірку дотримання конкретних стандартів і процедур згідно з повноваженнями відповідних контролюючих органів, лише в 49,2% випадків наші співбесідники підтвердили, що під час перевірки піднімалися системні питання роботи з персоналом (прогулів), використання обладнання, а також стану інфраструктури.

**Більшість головних лікарів схвалюють ідею внутрішнього аудиту, але часто скаржаться на те, що їм важко знайти людей для виконання цієї роботи.** Відокремлені підрозділи внутрішнього аудиту, передбачені законом, утворено не в усіх закладах, але багато закладів залучають до виконання цих завдань свої планові відділи. Там, де проводяться внутрішні аудиторські перевірки, їхні результати вважаються дуже цінними та необхідними: *«Наші економісти стежать весь час за тим, куди пішли кошти, чи витрати були обґрунтованими та ефективними, чи можемо ми щось зекономити; це все невинно контролюється»*. При цьому там, де лікарні скаржаться на брак ресурсів на внутрішній аудит, вони визнають це своїм недоліком. Зокрема, вони вважають, що внутрішній аудит міг би принести значну користь закладам шляхом збирання відомостей для захисту від критичних висновків інших контролюючих органів:

- *«На жаль, ми внутрішній аудит майже не проводимо, просто тому що для цього треба більше людей. У нас є лише два бухгалтери, і їм і так є що робити»*.

- *«На жаль, ми наразі внутрішній аудит не проводимо, але плануємо розпочати. Причина в тому, чесно кажучи, що на аудит потрібно чимало грошей, а в бюджетних організаціях усі витрати суворо плануються та контролюються. Але він нам дуже потрібен. Якщо ми не погоджуємося з висновками ДФІ, я опинюся в програшній ситуації, головним чином, через те, що в мене немає коштів для проведення власних внутрішніх перевірок. Тому все, що я можу зробити — це притамувати подих і спробувати знайти кошти на наступний раз, щоб наступного разу бути готовим».*

#### **Винеска 14. Характер, тип та обсяг перевірок у сфері охорони здоров'я**

Законодавство України передбачає регулярне проведення фінансових та галузевих перевірок усіх закладів та органів охорони здоров'я всіх рівнів.

**Внутрішній аудит у системі охорони здоров'я.** Заклади та органи охорони здоров'я всіх рівнів зобов'язані регулярно проводити внутрішні аудиторські перевірки силами власних спеціалізованих підрозділів<sup>141</sup> у порядку, встановленому Міністерством фінансів<sup>142</sup>. Внутрішній аудит є обов'язковим для центральних органів охорони здоров'я, а для місцевих органів і закладів він є необов'язковим, але рекомендованим. Такий аудит має охоплювати питання фінансів, дотримання законодавства та якості роботи.

**Державна фінансова інспекція.** Усі заклади та органи охорони здоров'я незалежно від рівня підлягають обов'язковим фінансовим перевіркам, що проводяться Державною фінансовою інспекцією (ДФІ)<sup>143</sup>. Вона перевіряє дотримання законодавства та фінанси, а також, до певної міри, якість роботи. Окрім перевірки фінансової та господарської діяльності ДФІ відповідає за перевірку дотримання законодавства про бюджетні організації.

- *Ревізії* можуть бути плановими та позаплановими. Планові ревізії мають проводитися згідно з Програмою ревізій, затвердженою ДФІ. Позапланові ревізії, як правило, не можуть тривати довше, ніж 15 днів, а планові — довше, ніж 30 днів.
- *Ревізії* проводяться шляхом документальної перевірки (яка передбачає аналіз документації) та фактичної перевірки (яка передбачає аналіз доступних коштів, інвентаризацію майна, перевірку та контрольне вимірювання продукції та послуг тощо). Висновки ревізії мають бути задокументовані та зазначені в актах ревізії.
- За результатами ревізій працівники ДФІ можуть давати усні рекомендації керівництву організації, що перевіряється, щодо усунення виявлених недоліків та запобігання їм. У випадку неврахування таких рекомендацій працівники ДФІ мають право надіслати письмовий припис про усунення порушень, виявлених під час ревізії, протягом 10 днів після оформлення акту ревізії.
- За результатами ревізій ДФІ може вживати заходів щодо притягнення до відповідальності тих працівників організації, що перевіряється, які допустили виявлені порушення. ДФІ може також подавати позови від імені держави з метою усунення виявлених порушень і повернення незаконно отриманих коштів у державний бюджет.

<sup>141</sup> *Порядок утворення структурних підрозділів внутрішнього аудиту та проведення такого аудиту в міністерствах, інших центральних органах виконавчої влади, їх територіальних органах та бюджетних установах, які належать до сфери управління міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 28.09.2011 р. № 1001.*

<sup>142</sup> *Наказ Міністерства фінансів України від 04.10.2011 р. № 1247 «Про затвердження стандартів внутрішнього аудиту».*

<sup>143</sup> *Правила проведення внутрішнього фінансового аудиту в органах влади України визначені Законом України «Про основні засади здійснення державного фінансового контролю в Україні» (який було прийнято в 1993 році, а у 2002-2012 до нього багаторазово вносилися зміни), а також низкою підзаконних актів, які визначають конкретні порядки проведення ревізій та перевірок, і правила здійснення контролю за державними закупівлями. До підзаконних актів належать, зокрема: Порядок проведення перевірок державних закупівель органами державної контрольно-ревізійної служби, затверджений Наказом Головного контрольно-ревізійного управління України від 26.06.2007 р. № 136; Порядок проведення органами державної контрольно-ревізійної служби державного фінансового аудиту діяльності бюджетних установ, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 31.12.2004 р. № 1777, Порядок проведення інспектування Державною фінансовою інспекцією, її територіальними органами, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 20.04.2006 р. № 550.*



**Зовнішній фінансовий нагляд на центральному рівні — Рахункова палата.** Усі органи та заклади охорони здоров'я, котрі напряму фінансуються з державного бюджету, підлягають незалежному фінансовому нагляду з боку Рахункової палати України<sup>144</sup>. Закон «Про Рахункову палату України» не містить чіткого зазначення видів перевірок, які вона має право проводити, але Палата зазвичай проводить усі три види перевірок (аудит законності, фінансовий аудит та аудит ефективності) використання коштів державного бюджету. Перевіркам підлягають розпорядники та одержувачі бюджетних коштів усіх рівнів та форм власності. Перевірки можуть бути плановими (на підставі річних планів перевірок Рахункової палати) та позаплановими (за рішеннями Колегії Рахункової палати). У випадку виявлення Рахунковою палатою порушень законодавства та завдання шкоди державі Рахункова палата повідомляє про ці факти Верховну Раду. У випадках виявлення адміністративних порушень чи кримінальних діянь, Колегія Рахункової палати може передавати відповідні докази правоохоронним органам для реагування.

**Зовнішній фінансовий нагляд на місцевому рівні.** Попри те, що мандат Рахункової палати обмежується закладами, які фінансуються з державного бюджету, органи влади субнаціонального рівня можуть проводити додаткові види перевірок належних їм закладів охорони здоров'я. Відомі випадки, коли органи місцевого самоврядування використовують ці можливості на практиці. Наприклад, Кам'янець-Подільська міська рада запровадила додатковий медичний та економічний аудит міських закладів охорони здоров'я, і доручила його проведення незалежній компанії<sup>145</sup>.

**Галузеві перевірки з боку органів охорони здоров'я.** Органи охорони здоров'я національного та субнаціонального рівнів уповноважені контролювати додержання галузевих нормативних документів закладами охорони здоров'я<sup>146</sup>:

- **Міністерство охорони здоров'я** виконує цілу низку контрольних функцій<sup>147</sup>, зокрема: контроль і нагляд за додержанням законодавства у сфері охорони здоров'я; забезпечує додержання права громадян на охорону здоров'я закладами охорони здоров'я; затверджує критерії і стандарти державної акредитації закладів охорони здоров'я; затверджує стандарти та клінічні протоколи надання медичної допомоги; контролює якість медичної допомоги; затверджує порядок інспектування суб'єктів господарської діяльності та контролює якість лікарських засобів; контролює безпеку та ефективність лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я тощо. Водночас, чинне законодавство не встановлює правил і процедур виконання цих функцій Міністерством охорони здоров'я.
- **Субнаціональні органи охорони здоров'я** виконують аналогічні контрольні функції по відношенню до закладів охорони здоров'я, які працюють під їхнім наглядом.<sup>148, 149</sup> До їхніх функцій належать: здійснення контролю за якістю та рівнем медичної та санітарної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я на основі галузевих стандартів медичної допомоги, а також контроль над додержанням законодавства у сфері охорони здоров'я та санітарних норм закладами охорони здоров'я. Як і у випадку Міністерства охорони здоров'я, чинне законодавство не містить докладного визначення правил і процедур виконання контрольних функцій на субнаціональному рівні.

<sup>144</sup> Правила проведення зовнішнього фінансового аудиту органів та закладів охорони здоров'я в Україні визначені Законом України «Про Рахункову палату» (прийнятим 11.07.1996 р., чинна редакція від 30.07.2010 р.) та Стандартом Рахункової палати «Порядок підготовки і проведення перевірок та оформлення їх результатів», розробленим на підставі зазначеного закону (й затвердженом Постановою Колегії Рахункової палати України від 27.12.2004 № 28-6).

<sup>145</sup> Див. Пливанок Ю., Зарицький О. Проблеми реформування охорони здоров'я на рівні міста; <http://www.viche.info/journal/1211/>

<sup>146</sup> Ці повноваження та функції щодо проведення перевірок визначені нормативними документами, які визначають інституційний характер відповідних органів (положеннями про них).

<sup>147</sup> *Положення про Міністерство охорони здоров'я України*, затверджене Указом Президента України від 13.04.2011 р. № 467/2011

<sup>148</sup> Пункти 4.5 та 4.28 *Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації*, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 20.12.2000 р. № 1845.

<sup>149</sup> Пункти 3 та 4.6 *Типового положення про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації*, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 28.11.2007 р. № 1364.

**Показник РВ-27. Адміністративний тягар, пов'язаний з перевітками**

Перевірки мають бути економічно ефективними, зосередженими на зонах високого ризику й не накладати надмірний адміністративний тягар на надавачів послуг. Одним із основних міжнародних стандартів для служби аудиту є забезпечення її здатності використовувати методи оцінки ризику із висвітленням окремих питань системного значення замість проведення загальної перевірки питань з низьким рівнем ризику, що веде до непотрібних втрат часу та марнування зусиль усіх учасників таких перевірок. Адміністративні витрати, пов'язані з інспекцією (з підготовкою та поданням необхідної документації, з роботою з перевіряючими та з іншими заходами) мають бути обґрунтованими й не повинні заважати власне наданню послуг на рівні закладу.

Таблиця балів (Метод 1)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи обтяжують перевірки діяльність закладу, віднімаючи в керівництва закладів забагато часу та інших ресурсів? <b>[найслабша ланка]</b>	% головних лікарів, які вважають перевірки значним тягарем	68,8%	Рівень С
Чи можуть перевірки створювати значні перешкоди, потенційно загрожуючи наданню послуг або серйозно загрожуючи їхній якості?	% головних лікарів, які згадали значні проблеми, пов'язані з проведенням перевірок, на зразок необхідності приділяти весь свій час перевіркам протягом тривалих періодів	47,1%	Рівень В
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С+</b>

Більшість керівників закладів (68,8%) вважають перевірки значним тягарем, а 47,1% гадають, що перевірки можуть заважати роботі та призводити до погіршення якості роботи. Хоча чимало головних лікарів визнають, що «будь-яка перевірка — це стрес і тягар», більшість головних лікарів вважають, що той тиск у формі різноманітних перевірок, під яким їм доводиться зараз працювати, є значним і часто надмірним. Особливо тривалими є ревізії ДФІ (1-1,5 місяці), причому, як кажуть деякі головні лікарі, в цей період їм доводиться витратити весь свій час (і навіть працювати понаднормово) на виконання завдань, пов'язаних із перевіркою.

- *«Вони засіли в лікарні на місяць, і всі приділяли увагу лише їм. Усі думали про те, як їх обслужити, як надати необхідні документи. Це був дуже складний період».*
- *«Остання перевірка тривала місяць, і я працювала з ними весь час».*
- *«Державна фінансова інспекція працювала в нашій лікарні місяць, і ми залишилися з ними й під час роботи, й після роботи».*
- *«У нас була перевірка, яка розпочалася 21 серпня, а завершилася 12 жовтня. Вона тривала по 10-12 годин щодня. Перевірка охоплювала 3 останніх роки, тобто нам довелося знаходити й надавати багато документації. Ми маємо 710 працівників 5 різних тарифних розрядів, а це означає, що нам доводиться вести великий обсяг документації та розрахунків. Звичайно, виникають і медичні питання, але медичними питаннями вони не обмежуються. Наприклад, нам довелося докладно пояснювати, як ми нараховуємо заробітну плату всіх працівників, і чому розрахунки є різними для різних посад — наприклад, водіїв та лікарів».*
- *«Якось перевірка у нас відбувається щомісяця. Перевірки проводяться найрізноманітнішими органами. Загалом, у нас буває близько 15 перевірок на рік плюс щорічна ревізія. Це забагато й надто часто. Якби хоча б цю ревізію проводили раз на два роки, а не раз на рік! Це справді ускладнює нашу роботу, виконання нами своїх обов'язків. Нам доводиться витратити по 8 годин на копіювання та розсилання документів».*
- *«Державна фінансова інспекція перевіряє нас щороку, і ці перевірки завжди є важкими для нас. Ми маємо показувати їм купу формул, купу документів».*

- *«Перевірка ДФІ тривала 45 днів і ми працювали лише на них. Нашу роботу було паралізовано, тому що доводиться обґрунтовувати кожне число, кожну цифру. Ми маємо відповідати на запитання про якісь події в минулому, й нам доводиться весь час бути з ними. Якщо інспектор помітить, що я не приділяю йому достатньої уваги й не виконую кожний його припис, у мене будуть великі проблеми».*

### Показник РВ-28. Ступінь вжиття заходів за результатами перевірок

Критичним елементом належного аудиту є ефективне вжиття заходів за результатами перевірок. Важливість вжиття заходів на підставі спостережень аудиту підкріплюється принципами ДВФЗ, де відзначено, що неврахування рекомендацій, зроблених за результатами аудиту, підриває весь сенс внутрішнього аудиту та значно послаблює роль зовнішніх перевірок. Загалом, вжиття заходів має включати в себе певні корегувальні дії, спрямовані на усунення виявлених помилок та вад. При цьому важливо, що хоча корегувальні дії можуть включати в себе застосування стягнень, кінцевою метою реагування має бути усунення проблем, а не покарання винних. Заходи за результатами перевірки можуть включати в себе застосування стягнень (штрафів, санкцій та доган), але не повинні зводитися до них.

Таблиця балів (Метод 1)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи спостереження, зроблені за результатами аудиту, якимось враховуються? [найслабша ланка]	% головних лікарів, які навели приклади вжиття заходів за результатами перевірок, проведених в їхніх закладах	92,3%	Рівень А
Чи вжиття заходів за результатами перевірок передбачає здійснення результативних дій, спрямованих на виправлення ситуації (усунення помилок, урахування досвіду, перепідготовку)? Чи воно зводиться до застосування стягнень?	% головних лікарів, які згадали заходи, спрямовані на виправлення ситуації	38,5%	Рівень С
Загальна оцінка			Рівень В

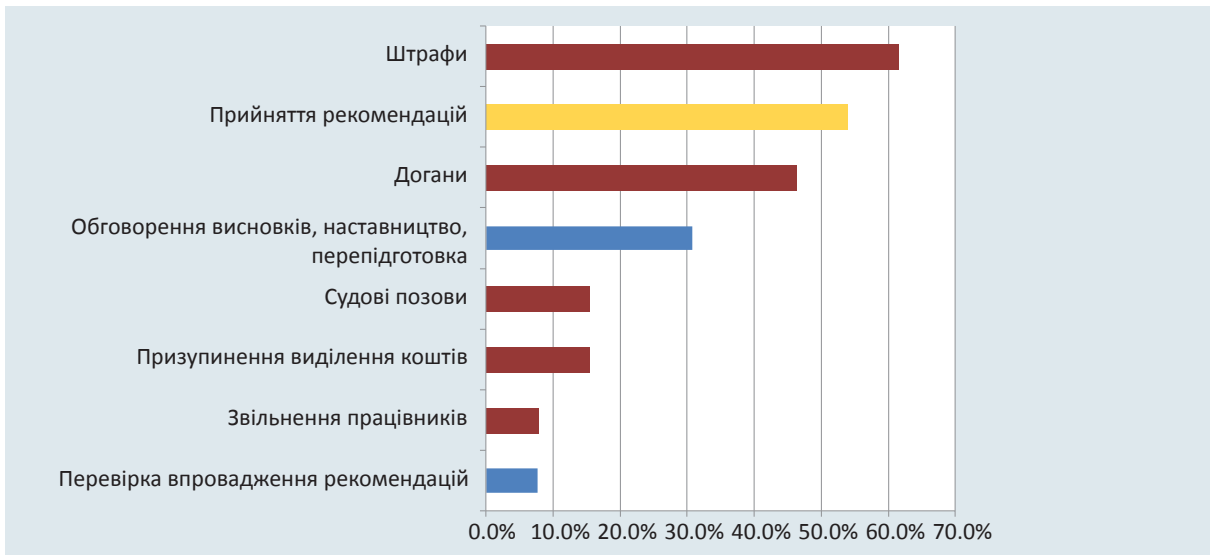
Переважає більшість респондентів навела зразки заходів, вжитих за результатами проведених у них перевірок. 92,3% опитаних головних лікарів заявили, що якихось заходів було вжито. Вони пояснили, що більшість заходів, як правило, відповідають конкретним рекомендаціям законодавства для відповідних ситуацій. Контролюючі органи викладають свої спостереження та рекомендації у звіті, а характер заходів, що мають бути вжиті, зазвичай також регулюється законодавством: це може бути винесення доган, стягнення штрафів чи навіть подання позовів і звільнення працівників, які припустилися помилок (наприклад, в одному з обстежених закладів у 2011 році в результаті перевірки ДФІ було звільнено бухгалтера).

Більшість заходів, зазначених респондентами, виявилися каральними за своїм характером, хоча були й позитивні винятки. Цю ситуацію відображено на рисунку 47. Коли згадувалися рекомендації (у 52,8% відповідей), їх часто описували без зазначення того, чи їх було втілено в життя та як перевірялося виконання цих рекомендацій. Водночас, у деяких закладах у результаті перевірок було вжито позитивних заходів із засвоєнням здобутого досвіду, заохоченням змін та розвитку потенціалу:

- *«Після перевірок ми проводимо наради для обговорення їх результатів. Якщо перевірка виявляє адміністративні помилки, ми можемо винести догани тим, хто за них відповідає, та запросити їх на окремі особисті співбесіди. Якщо помилки стосуються медичних питань, ми проводимо клінічні дослідження, обмінюємось думками та досвідом, і робимо свої висновки. Особі, яка несе відповідальність за будь-яку медичну помилку, доводиться попотіти, але оскільки це не адміністративна помилка, ми не можемо цю людину оштрафувати, ми лише вносимо запис в особову справу. Якщо ця особа знов скоїть помилку, ми можемо розглянути можливість вжиття інших заходів: наприклад, зняття категорії».*

- *«Перевірки справді ведуть до підвищення якості послуг, і перевіряючі навіть можуть допомогти нам підвищити її. Вони можуть встановлювати штрафи, що допомагає, або можуть посприяти відправленню людей на перепідготовку».*
- *«Мета перевірки — навчити нас працювати краще. Якщо ми не зловживаємо посадовими повноваженнями та ресурсами, ми можемо багато чого навчитися в результаті перевірки. Я особисто підтримую перевірки як інструмент, але вважаю, що їх не варто проводити так часто, як вони зараз проводяться».*

Рисунок 47. % відповідей про характер заходів, вжитих за результатами перевірок (головні лікарі)



У деяких випадках заклади повідомляли, що вжиття заходів за результатами перевірок призводило до негативних наслідків, які дорого обходилися. Деякі з рекомендацій, зроблених під час перевірок, є сумнівними, причому перевіряючі не завжди враховують наявність коштів для реалізації їхніх рекомендацій. У кількох випадках ці рекомендації призвели до явно негативних результатів:

- *«Наша лікарня закупила нові сучасні хромовані операційні столи, які реально покращили нашу роботу. Усе було добре доти, доки до нас не завітала перевірка з санітарно-епідеміологічної служби, яка сказала, що за діючими нормами всі операційні столи необхідно мити сумішшю великої кількості синтетичного миючого засобу, хлориду амонію та пергідролу. Щойно ми почали мити цим розчином столи, вони зіпсувалися. Гідравліка більше не працює, а всі їхні корисні функції відмовили. На жаль, норми, які використовуються під час перевірок, є дуже старими й не відповідають поступу у сфері медичних технологій».*
- *«У нас були добрі пральні машини, надані міжнародними донорами. Санітарна інспекція заявила, що вони не відповідають чинним нормам, хоча ці машини сучасні, а їхні норми давно застаріли. Вони змушували нас використовувати більшу кількість традиційних дезінфекційних засобів під час прання. Нам було важко знайти кошти на закупівлю цих засобів, тому ми зібрали свої гроші й придбали їх. А потім у всіх наших хворих та медпрацівників з'явилася алергія на дезінфекційні засоби, й нам довелося їх лікувати».*

### Показник РВ-29. Політика розгляду скарг

Справедлива система аудиту повинна включати в себе надійну процедуру оскарження, щоб керівники могли оскаржити результати та висновки перевірки. Якщо адміністратори закладів незадоволені результатами перевірок і вважають відповідні стягнення необґрунтованими, їм має

бути надана можливість застосування доступних та діючих механізмів оскарження висновків, зроблених за результатами перевірки. Цей механізм має базуватися на чітко визначених нормативах і бути повністю зрозумілим для всіх зацікавлених сторін. Він також має застосовуватися на практиці без значних правових, інституційних та інших перешкод, які не сприяють оскарженню керівниками рішень аудиторів та справедливому розгляду їхніх вимог.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існують чіткі та функціональні процедури розгляду скарг, якщо керівництво закладів вважає результати перевірок безпідставними? [найслабша ланка]	% головних лікарів, які заявили, що такі процедури впроваджені	73,3%	Рівень В
Чи існуючі процедури розгляду скарг фактично застосовуються на практиці?	% головних лікарів, які навели приклади успішного застосування процедур розгляду скарг	17,6%	Рівень D
Загальна оцінка			Рівень С

**Більшість керівників закладів знають про процедури розгляду скарг, і вважають їх зрозумілими та придатними для використання.** У 73,3% випадків було повідомлено про обізнаність щодо механізмів оскарження, причому головні лікарі також пояснили, що контролюючі органи й самі зазвичай нагадують їм про можливість оскарження висновків та про порядок оскарження.

**Водночас, процедури оскарження широко не використовуються. Їх часто називали «безнадійними», незважаючи на наявність успішних прикладів їхнього застосування.** Факти оскарження результатів перевірок були згадані 17,6% головних лікарів, а дехто з інших головних лікарів заявили, що не вірять у можливість успішного оскарження, хоча й знають про відповідні процедури. Варто відзначити, як уже згадувалося вище, дехто з них вважає висновки власної служби внутрішнього аудиту закладу своєрідним засобом захисту на випадок таких ситуацій.

- *«Те, що написали спеціалісти ДФІ, вважається остаточним. У нас є право це оскаржувати, але зрештою ми самі й постраждаємо. Загалом, це типова логіка для України в цілому. Або тобі потрібен хтось великий і впливовий, який скаже тим, хто тебе ображає, облишити тебе, або ти програєш. Але на випадок справжнього тиску з боку перевіряючих у мене є деякі зв'язки. У багатьох людей теж, але вони намагаються користуватися цими можливостями лише у справді поганих ситуаціях. Однак тут, для розв'язання проблем із містом, я готова висловлювати свої думки та оскаржувати звинувачення, й до мене прислухаються й можуть навіть виправити висновки. Але вже починаючи з рівня області рішення контролюючого органу можна вважати остаточним».*

**Водночас, деякі головні лікарі розповіли про успішні випадки оскарження результатів перевірок:**

- *«Буває так, що ми не погоджуємося з результатами та рекомендаціями. Наприклад, торік у січні у нас була перевірка ДФІ, яка порекомендувала організувати платну автостоянку в нас на подвір'ї. Але ми вважали, що це було б порушенням чинного законодавства, адже ми дитяча лікарня й не маємо права надавати платні послуги. Тому ми висловили свою незгоду. Водночас, ДФІ все одно вважала нашу позицію порушенням, і включила до звіту рекомендацію про створення стоянки. Вони також порекомендували запровадити низку інших платних послуг на зразок виписки лінз окулістами тощо. Я не погодився, бо вважаю, що ці послуги мають бути безоплатними. Ми оскаржилися в міський відділ охорони здоров'я, а вони, дякувати Богу, нас підтримали. Вони теж вважають, що це було б неправильно. Тому ці звинувачення з боку ДФІ на нас не позначилися (не призвели до негативних наслідків для закладу)».*



## Збирання доходів та покриття фінансового ризику

### Показник РВ-30. Значимість офіційних доходів і видатків за рахунок власних джерел

Одним із ключових завдань системи охорони здоров'я є забезпечення фінансування системи за рахунок доходів, які мають достатню базу для перерозподілу фінансових ризиків. Ефективне та справедливе фінансування послуг охорони здоров'я вимагає наявності достатніх та сталих ресурсів, а також забезпечує розповсюдження ризику з окремих осіб на великі групи учасників фінансування й усуває ситуації, за яких людям доводиться платити за послуги в момент користування ними. Це є особливо важливим для забезпечення доступу до охорони здоров'я для малозабезпечених громадян, для яких особисті готівкові платежі за медичні послуги можуть мати особливо катастрофічні наслідки або бути просто неможливими.

Для досягнення цієї мети частка особистих готівкових витрат у загальній структурі фінансування охорони здоров'я має бути мінімальною. Фінансування системи охорони здоров'я зазвичай мобілізується шляхом поєднання державних коштів (податків та соціального страхування), приватних коштів (приватне страхування та особисті платежі) та зовнішніх коштів (кредитів та допомоги від донорів). Серед цих джерел особисті платежі найгірше забезпечують покриття ризиків та найменшою мірою сприяють досягненню справедливості в системі. Значні частки особистих готівкових внесків є типовими для країн із низьким рівнем доходів та слаборозвинутими системами приватного страхування й неефективними системами охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок податків. Зокрема, пряме фінансування за рахунок особистих платежів створює загрозу незалежно від того, чи здійснюється офіційний облік платежів та подання відповідної фінансової звітності, чи ні (хоча в останньому випадку ризику загострюються через непрозорість та брак відповідальності).

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи є частка надходжень з власних джерел за рахунок особистих готівкових платежів відносно невеликою?	% головних лікарів, які згадали платні послуги або благодійні внески серед трьох найбільших джерел власних надходжень	53,3%	Рівень С
Чи існують чіткі та прозорі механізми встановлення цін на платні основні та додаткові послуги, які надаються закладом?	% головних лікарів, які підтвердили наявність правил ціноутворення (в середньому для двох видів послуг)	72,3%	Рівень В
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С+</b>

Система охорони здоров'я в Україні в основному фінансується за рахунок податків, а також за рахунок значної частки офіційних та неофіційних особистих готівкових платежів. Охорона здоров'я в Україні фінансується з загального фонду державного бюджету, хоча пропозиції щодо впровадження обов'язкового соціального страхування обговорюються вже протягом кількох років, а впровадження страхової медицини визначене в чинній стратегії реформ у сфері охорони здоров'я як стратегічна мета. Ринок приватних закладів охорони здоров'я в Україні має маргінальний характер як з точки зору надання послуг, так і з точки зору фінансування за рахунок приватного страхування (добровільним приватним страхуванням охоплено менш ніж 2% населення, причому багато зі страхових послуг усе одно надаються державними закладами охорони здоров'я з огляду на незначну кількість приватних закладів). Водночас, обсяг особистих готівкових платежів є значним і становить, за деякими оцінками, близько 3% ВВП країни (World Bank, лютий 2008 р.) чи більш ніж 40 відсотків сукупного обсягу витрат на охорону здоров'я (Державна служба статистики, 2010 рік).

Законність таких платежів залишається предметом обговорення на відповідність Конституції, але ці платежі офіційно стягуються закладами й мають відобразитися на їхніх рахунках у казначействі. Як зазначено у виносці 15, можливість офіційного справляння плати з пацієнтів напряму під час отримання ними послуг у державних медичних закладах обговорюється з 1996 року. Платні послуги передбачені низкою чинних нормативних документів (включаючи Бюджетний кодекс), але вони суперечать статті 49 Конституції України, згідно з якою «медична допомога надається безоплатно». На тлі цих дебатів заклади, як правило, здійснюють збирання особистих платежів, які вони офіцій-

но відображають у бюджетній звітності. Як зазначено у виносці 16, усі такі платежі накопичуються на казначейських рахунках закладів (у спеціальному фонді бюджету) з цільовим призначенням на здійснення жорстко регульованого кола видатків.

### Виноска 15. Приватні платежі за медичні послуги

#### *Чи допускаються приватні платежі?*

**Дебати щодо законності приватних платежів та їхньої відповідності Конституції тривають з 1996 року.** Можливість приватних платежів у сфері охорони здоров'я вперше була згадана в Постанові КМУ від 17.09.1996 р. № 1138<sup>150</sup>, а пізніше й у Постанові КМУ від 17.05.2002 р. № 659<sup>151</sup>, яка містила докладніший перелік різних можливих джерел позабюджетних надходжень, включаючи приватні платежі, а також інструкцію про порядок використання цих коштів. Водночас, це створило колізію зі статтею 49 Конституції України, в якій сказано, що «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно».

**У 2002 Конституційний суд своїм Рішенням цю проблему не розв'язав, і вона залишається невирішеною.** У своєму Рішенні в цій справі<sup>152</sup> Конституційний суд заявив, що «Не забороняє вказане положення і можливості надання громадянам медичних послуг», але при цьому такі послуги мають бути послугами «другорядного значення», а перелік цих послуг та правила їхнього надання мають бути встановлені законами України. Постанова КМУ від 17.09.1996 р. № 1138 досі залишається чинною. Крім того, до нового Бюджетного кодексу, затвердженого у 2010 році, було включено більшість положень щодо обліку та використання платних послуг, які раніше містилися в Постанові КМУ від 17.05.2002 р. № 659. Водночас, зважаючи на те, що фінансування медичних послуг за рахунок прямих приватних платежів з хворих зараз регулюється Постановою Кабінету Міністрів, а не законом України, питання конституційності таких платежів залишається відкритим. Подальші спроби перегляду цього питання під час економічної кризи 2008-2009 рр. виявилися невдалими.

**Як здійснюється облік таких платежів?** Платежі за послуги, що надаються бюджетними організаціями, повністю включаються до *спеціального фонду* відповідного бюджету (як надходження, так і видатки, що можуть здійснюватися за рахунок таких надходжень).

**Відображення на казначейських рахунках.** Існує два можливих підходи до одержання приватних платежів закладами охорони здоров'я: (1) як плати за послуги та (2) як благодійних внесків, грантів, подарунків та інвестицій. Саме цим і визначається порядок обліку коштів, описаний нижче. У кожному з цих випадків здійснюється переказ коштів на спеціальний субрахунок (спеціальний рахунок) у казначействі. В обох випадках зазначені субрахунки використовуються не лише для таких платежів, але й для інших коштів.

- **Плата за послуги.** Державна казначейська служба, яка здійснює управління відповідними місцевими бюджетами, відкриває для кожного закладу охорони здоров'я окремий субрахунок №323 «*Спеціальний реєстраційний рахунок для коштів, одержаних як плата за послуги*», призначений для:
  - коштів, одержаних закладом як плата за послуги згідно з його функціональними обов'язками;
  - коштів, одержаних закладом у результаті господарської діяльності;
  - плати за оренду майна закладу;
  - коштів, одержаних від реалізації майна<sup>153</sup>.

<sup>150</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р. № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти».

<sup>151</sup> Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку груп власних надходжень бюджетних установ, вимог щодо їх утворення та напрямів використання» від 17.05.2002 р. № 659 (втратила чинність).

<sup>152</sup> Рішення Конституційного Суду України 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), винесене 29.05.2002 р. (справа № 1-13/2002).

<sup>153</sup> Інструкція з обліку коштів, розрахунків та інших активів бюджетних установ, затверджена Наказом Державного казначейства України від 26.12.2003 р. № 242 (<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0106-04>).

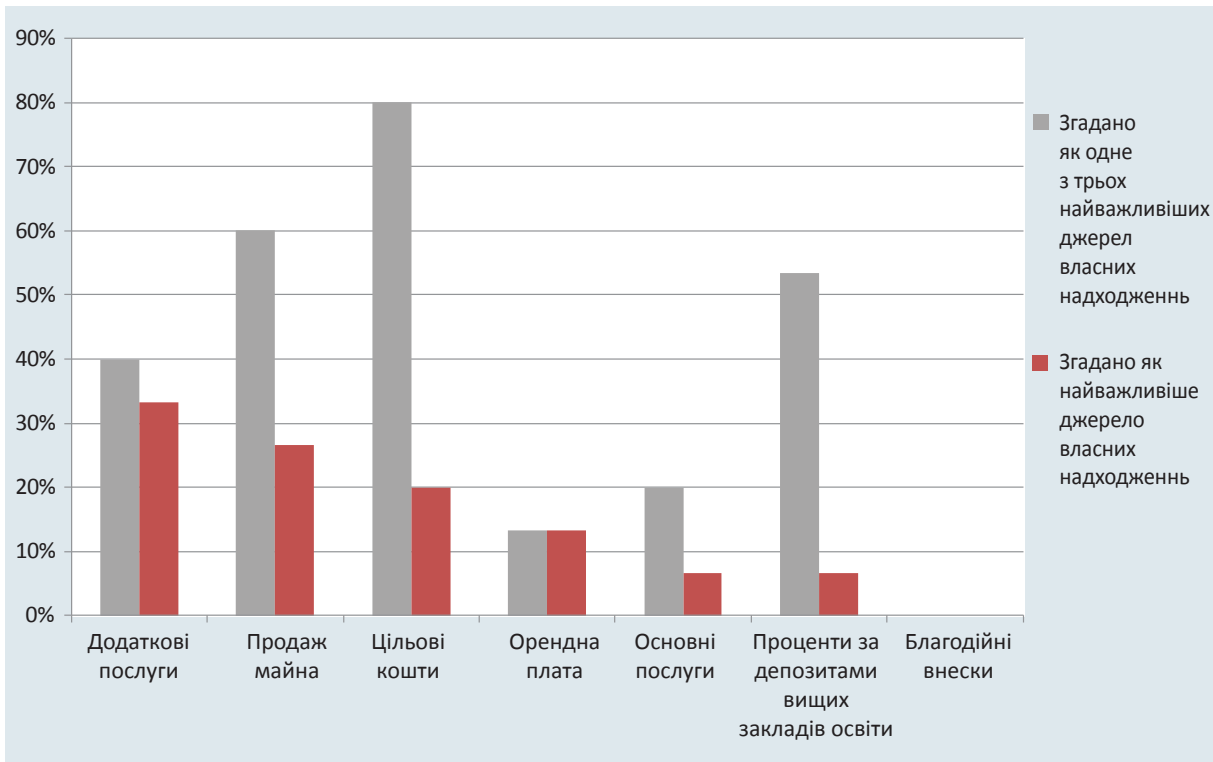
- **Благодійні внески, гранти, подарунки та інвестиції.** Ще один субрахунок у казначействі — субрахунок №324 «Спеціальний реєстраційний рахунок для коштів, отриманих за іншими джерелами власних надходжень», призначений для:
  - коштів, що надійшли на виконання особливих розпоряджень;
  - грантів, подарунків, благодійних внесків та інвестицій<sup>154</sup>.

**Більш ніж половина опитаних головних лікарів (53,3%) заявили про те, що платежі приватних осіб є для них одним із трьох найбільших джерел власних надходжень.** Платні послуги не завжди домінують, але все одно випереджають усі інші види власних надходжень, включаючи орендні платежі та благодійні внески: саме «додаткові послуги» були названі найважливішим джерелом власних надходжень найбільшою часткою головних лікарів (див. рисунок 48). Благодійні висновки як джерело доходів в більшості закладів не посіли першого місця, але дехто широко їх використовує: зокрема, дитячим закладам охорони здоров'я заборонено надавати будь-які платні послуги, тому вони використовують благодійні внески як альтернативний варіант приймання платежів від приватних осіб.

- *«Більшість наших платних послуг — це плата за профілактичні медогляди, які ми проводимо на різних підприємствах».*
- *«На плату за послуги припадає близько 98% наших власних надходжень, хоча є ще благодійні внески, оренда та плата від інтернів за навчання».*
- *«Як дитяча лікарня торік ми одержали від батьків певну підтримку, але вона становить близько 20% сукупного обсягу власних надходжень. Ми просимо батьків робити внески, якщо вони мають можливість. Це не обов'язково й не є різновидом насильства. Ми просто звертаємось із проханням. Дехто дає гроші, дехто — ні, а суми залежать від того, скільки вони можуть собі дозволити. Наприклад, коли ми робимо УЗД, ми просимо їх якось допомогти. Небагато, менш ніж 40 гривень. Це все йде в банк, а не в кишеньку. Загалом, це приносить нам близько 2 000 гривень на місяць. Розумієте, нас весь час перевіряють, тому ми маємо бути абсолютно прозорими. З аналогічними проханнями ми звертаємось і до тих, хто орендує в нас приміщення: «Будь-ласка, допоможіть у будь-якій формі, в якій можете». Усі ці кошти йдуть на банківський рахунок і використовуються так само, як звичайний бюджет. Ми просимо в управлінні охорони здоров'я дозволу на витрачання цих коштів. Вони ж запитують фінансове управління, а ми витрачаємо їх лише в тому разі, якщо воно погодиться, й лише через казначейство. Зазвичай ми витрачаємо кошти на придбання лікарських засобів або надання дорогих послуг тим пацієнтам, які не можуть їх собі дозволити».*
- *«Я не приховую: у нас є благодійний фонд і ми просимо всіх наших стаціонарних хворих робити благодійні внески. Людина йде до касира, пише листа, сплачує кошти, і все йде в банк. Ви ж бачите, у нас немає платних послуг, тому що педіатричні заклади не мають права їх надавати. Лише добровільна благодійна допомога. Крім того, у нас є багаті спонсори, чийх дітей ми лікували та які виявляють вдячність. Вони надають регулярну підтримку, наприклад, з ремонтом або в інших справах».*
- *«Люди нам допомагають. Хтось допоможе замінити старе вікно, хтось купить холодильник. Ми просимо хворих допомагати з вікнами чи малярними роботами. Але офіційний механізм передбачає, що ми маємо казати людині йти в банк, стояти в черзі. У багатьох людей немає стільки сил, щоб користуватися цим механізмом».*

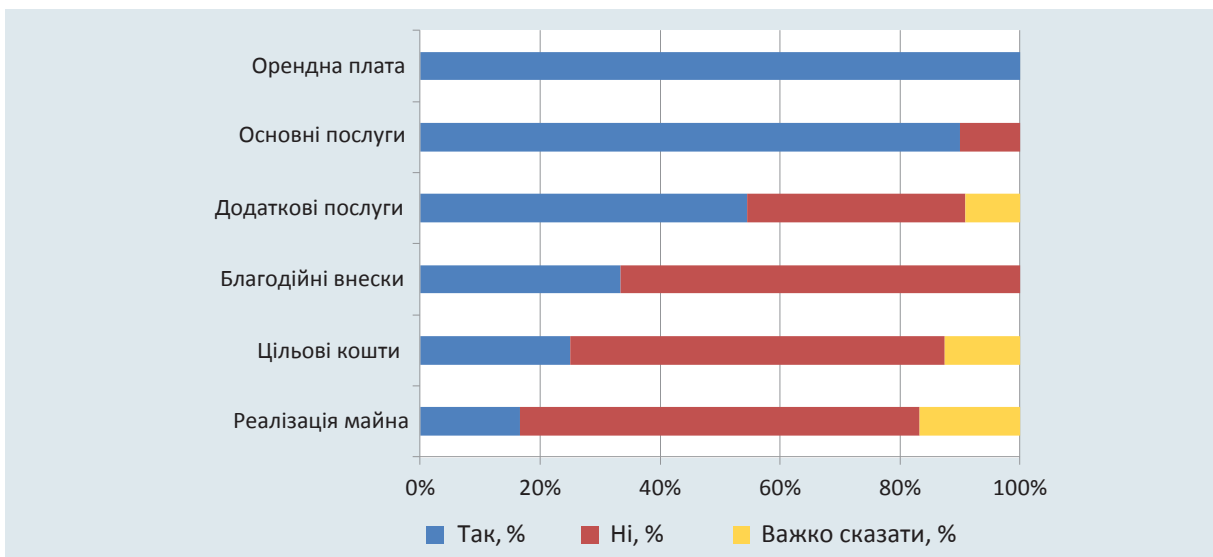
<sup>154</sup> Інструкція з обліку коштів, розрахунків та інших активів бюджетних установ, затверджена Наказом Державного казначейства України від 26.12.2003 р. № 242 (<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0106-04>).

**Рисунок 48. Назвіть три найбільших джерела власних надходжень у своєму бюджеті? (% відповідей головних лікарів)**



У більшості випадків головні лікарі змогли чітко пояснити механізми встановлення цін на платні послуги, які ними надаються. Наявність чіткого механізму встановлення цін на основні медичні послуги була згадана 90,0% респондентів, а на додаткові — 54,5% (див. рисунок 49). Порядок установлення цін на медичні послуги зазвичай затверджується обласною державною адміністрацією та є однаковим по всій області (але різним у різних областях). Цей порядок чітко визначається в рішенні держадміністрації та публікується. Рівні цін визначаються управлінням цін держадміністрації (а не управлінням охорони здоров'я) та обґрунтовуються розрахунками собівартості, хоча заклади вважають показники собівартості далекими від реальності й недооціненими для того, щоб зробити послуги більш доступними для населення.

**Рисунок 49. Чи існує чіткий механізм установлення цін на кожний із видів власних надходжень, передбачених Бюджетним кодексом? (% відповідей головних лікарів)**



**Показник РВ-31. Обсяг незаявлених надходжень і витрат**

Власні надходження та видатки закладів мають обліковуватися в бюджеті в прозорий спосіб, щоб забезпечити формування цілісного уявлення про фінансування державної системи охорони здоров'я. Повне відображення всіх державних надходжень і видатків у бюджетній звітності має ключове значення для прозорості та підзвітності у сфері управління державними фінансами. На національному рівні дотримання цієї вимоги оцінюється за окремим показником ДВФЗ (РІ-7), який оцінює загальний обсяг незаявлених позабюджетних видатків, включаючи кошти організацій-донорів. Зокрема, у випадку закладів охорони здоров'я, потенційні невраховані позабюджетні кошти включають у себе кошти, що надходять готівкою та натурою, а також приватні платежі за надані послуги. Зокрема, такі невраховані внески можуть справлятися напряму з хворих або опосередковано з лікарів, котрі переносять тягар цих видатків на хворих через неофіційні готівкові платежі.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Скільки закладів мають позабюджетні видатки (крім «власних надходжень/видатків»), що не відображаються у бюджетній звітності?	% головних лікарів, які визнали наявність таких видатків	11,8%	Рівень А
Скільки закладів одержують незаявлені приватні внески натурою?	% головних лікарів, які визнали, що одержують такі внески натурою	90,9%	Рівень D
Які суми власних коштів доводиться вносити лікарям та медсестрам на підтримку надання послуг у своєму закладі?	% лікарів та медсестер, які підтвердили, що їм довелося вносити власні кошти на підтримку діяльності свого закладу	58,8%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С+</b>

**Законодавство України не дозволяє бюджетним організаціям одержувати будь-які позабюджетні доходи й витратити кошти, не передбачені їхніми кошторисами.** Визначення бюджетних організацій у законодавстві України вказує на те, що всі їхні надходження та видатки мають бути бюджетними (тобто обліковуватися як надходження та видатки загального або спеціального фонду в державному казначействі, як було описано в попередніх розділах). Зокрема, Бюджетний кодекс України забороняє органам державної влади та місцевого самоврядування, а також бюджетним організаціям створювати будь-які позабюджетні фонди. Крім того, він забороняє їм відкривати будь-які позабюджетні рахунки для управління своїми бюджетними коштами (в т.ч. для власних надходжень)<sup>155</sup>.

Закладам дозволено одержувати власні надходження, але вони мають бути повністю відображені у звітності, проходити через казначейські рахунки й мати цільове призначення. Заклади мають право одержувати та витратити «власні надходження», але вони мають обліковуватися в повному обсязі у спеціальному фонді закладу<sup>156</sup>. Крім того, Бюджетний кодекс однозначно визначає можливі джерела власних надходжень, а також конкретні типи власних видатків, які можуть покриватися за рахунок відповідних власних джерел (див. таблицю 10).

<sup>155</sup> З цього правила передбачено три винятки: 1) можливість для Мінфіну депонувати кошти для придбання цінних паперів за узгодженням з Національним банком згідно з частиною восьмою статті 16 Бюджетного кодексу України; 2) можливість для закордонних дипломатичних установ відкривати рахунки в іноземній валюті та 3) надана окремим закладам вищої освіти можливість тимчасово вносити на депозит вільні залишки коштів, що надійшли від надання платних послуг.

<sup>156</sup> Спеціальний фонд бюджету закладу включає в себе перелік надходжень і видатків, чітко визначених законодавством. Надходження повинні мати конкретне цільове призначення, а видатки мають повністю відповідати відповідним джерелам надходжень та їхньому цільовому призначенню. Будь-які видатки за рахунок спеціального фонду можуть здійснюватися лише за умови фактичного одержання надходжень із відповідним цільовим призначенням.



Таблиця 10. Власні надходження та власні видатки, визначені Бюджетним кодексом України.

Групи та підгрупи власних надходжень	Власні надходження	Власні видатки, які можуть покриватися за рахунок надходжень відповідної групи
<b>Група 1</b>	<b>Плата за надання послуг, наданих закладом (згідно з законодавством)</b>	
Підгрупа 1	Плата за основні послуги (надані згідно з основною діяльністю)	Покриття витрат, пов'язаних з організацією та наданням послуг, що надаються бюджетними установами згідно з їх основною діяльністю
Підгрупа 2	Надходження бюджетних установ від додаткової (господарської) діяльності	Організація додаткової (господарської) діяльності бюджетних установ; господарські потреби бюджетних установ, включаючи оплату комунальних послуг і енергоносіїв
Підгрупа 3	Плата за оренду майна бюджетних установ	Утримання, облаштування, ремонт та придбання майна бюджетних установ; придбання обладнання та нерухомого майна
Підгрупа 4	Надходження бюджетних установ від реалізації в установленому порядку майна (крім нерухомого майна)	Покриття витрат на ремонт, модернізацію чи придбання нових необоротних активів та матеріальних цінностей, покриття витрат, пов'язаних з організацією збирання і транспортування відходів і брухту на приймальні пункти; господарські потреби бюджетних установ, включаючи оплату комунальних послуг і енергоносіїв
<b>Група 2</b>	<b>Інші джерела власних надходжень бюджетних установ</b>	
Підгрупа 1	Благодійні внески, гранти, дарунки	Організація основної діяльності бюджетних установ
Підгрупа 2	Кошти, що отримують бюджетні установи від підприємств, організацій, фізичних осіб та від інших бюджетних установ для виконання цільових заходів	Виконання цільових заходів
Підгрупа 3	Проценти, нараховані на тимчасово вільні бюджетні кошти закладів вищої освіти, розміщені на депозит, якщо такі заклади мають право розміщувати кошти на депозит.	Організація основної діяльності бюджетних установ

**Керівництво багатьох закладів незадоволене тим, як обліковуються їхні власні надходження: іноді важко скористатися власними надходженнями, переданими в розпорядження Казначейства.**

- *«Усі наші власні кошти йдуть у банк та в міський бюджет. Цього року я сподівався їх використати, але взяти їх із бюджету мені не вдалося. Це мені вдалося торік, але цього року — ні. Мені сказали, що це якось порушує Податковий кодекс, але я точно не розумію, що саме.»*
- *«Візьмімо для прикладу орендні платежі за приміщення, які ми здаємо. Що я можу сказати? В принципі, лікарня могла б одержувати багато грошей від оренди деяких приміщень. Ви ж самі бачите привабливі приміщення. Були часи, коли ми їх здавали в оренду й я був зацікавлений у цьому, шукав орендаторів. Ми сподівалися відкрити перукарню, аптеку, надавати інші прості побутові послуги хворим. Я відкритий такій співпраці з підприємствами, тому що ми маємо змогу залишати 90% цих надходжень у закладі. Але тепер ми можемо залишити собі 50%, і навіть ці суми нам можуть не передати для здійснення видатків. Я навіть не знаю, куди йдуть ці 50%. Наразі орендна плата приносить нам 80-100 тис. грн. на рік, 50% із яких ми можемо залишити собі. Але якби було як раніше й ми могли залишати 90%, повірте мені, я б зробив усе, щоб залучити орендарів, і ми мали б не менше 500 000 грн.»*

**Попри те, що бюджетні заклади охорони здоров'я зобов'язані вести облік усіх своїх фінансових потоків на казначейських рахунках, принаймні декотрі з них приймають платежі від приватних осіб через інші організації.** 11,8% опитаних під час дослідження закладів визнали, що при них утворено окремі позабюджетні організації, через які здійснюється збирання та використання деяких приватних внесків. Вони, як правило, мають статус благодійних фондів із окремими рахунками в комерційних банках. Цю практико наочно ілюструє ситуація, описана нижче у виносці 16.

### Виноска 16. Використання благодійного фонду для збирання приватних внесків

«Ми — дитяча лікарня, тому не можемо справляти ніяку плату за свої послуги. Але ми можемо заохочувати благодійні внески. Тому ми співпрацюємо з благодійним фондом. На даний час законодавство дає таку можливість, а для нас — це оптимальний метод роботи. Ця практика передбачає співробітництво з недержавним сектором; крім того, ми маємо змогу використовувати отримані кошти, тобто фонд враховує нашу думку щодо того, як слід витратити ці кошти.

Фонд допомагає нам збирати внески. Внески збирають прямо тут, у приміщеннях лікарні. Пацієнти часто роблять внески. Ми пояснюємо необхідність внесків людям. В принципі, люди мають право одержувати медичні послуги безоплатно, особливо діти. Але на практиці це неможливо. Наприклад, медицина фінансується лише на 10% фактичного обсягу необхідних витрат, і нам доводиться пояснювати людям, що держава в будь-якому разі не надає нам цих коштів, тому гроші треба звідки-небудь брати, хтось їх має сплачувати. Тому якщо держава не дає нам гроші, нам доводиться шукати їх деінде.

Крім того, існує наказ Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів<sup>157</sup>, який забороняє нам використовувати лікарські засоби, безпосередньо надані хворими. Тому якщо пацієнт купує якийсь медикамент, він може вільно вживати його самостійно вдома, але якщо хворий перебуває у стаціонарі, він має показати нам Сертифікат якості, чек із аптеки та підписаний договір про купівлю. Це все передбачене законом. В іншому разі нам не можна давати йому ці ліки на території лікарні, адже ми державний заклад, і у випадку побічної дії я нестиму особисту відповідальність. Тому ми пропонуємо батькам, знаючи, які саме ліки потрібні та скільки вони коштують, внести приблизну суму у Фонд. Звичайно, сюди не входять аналізи та інші послуги — це мінімальна сума. Але все одно це нормальна ціна, тому що Фонд закуповує ліки за оптовими цінами, наприклад, на 50 дітей, а це набагато дешевше для батьків, ніж купувати їх у звичайній аптеці. До того ж Фонд купує ліки напряму в постачальника чи навіть виробника. Це економить 30% вартості.

Отже, Фонд збирає внески та закуповує ліки, коли виникає така потреба. З юридичної точки зору це все означає, що не всі кошти, одержані від однієї особи, йдуть на задоволення потреб тієї самої особи. Ми використовуємо кошти, одержані від здоровіших пацієнтів для лікування більш хворих пацієнтів, можемо навіть використовувати те, що залишається. Близько 30% того, що залишається, використовується на потреби закладу, на оплату комунальних послуг, на термінові ремонти (наприклад, якщо ламається якесь обладнання, падає стеля чи, як у хірургії, обвалюються стіни).

Загалом лише 200 000 гривень із місячного доходу цього Фонду йде на медикаменти (з приблизної сукупної суми 300-360 тис. грн.). Погляньте на ці цифри та порівняйте їх із тим, що ми одержуємо від держави. Фактично, ми живемо за рахунок цього Фонду. Ось де наш справжній бюджет.

Ми нічого не закуповували для лікарні за рахунок звичайного бюджету ось уже 5 місяців, тому що бюджет досі не затверджено, а торги не оголошено. До травня ми взагалі не мали змоги нічого закуповувати. Проте весь цей час, з січня до травня, ми лікували хворих, усе працювало, й ніхто нас не питав: «А як ви, в біса, виживаєте, за рахунок чого?»

**Більшість закладів регулярно збирають приватні внески на функціонування закладу зі своїх працівників.** 58,8% опитаних лікарів та медсестер визнали, що неофіційно вносили свої власні кошти для того, щоб підтримати роботу закладу. У нашій виборці середня пригадана сума останнього такого внеску склала 592 грн. (медіанне значення — 100 грн., мода — 50 грн.), але розмір цих внесків коливався в межах від 2 до 10 000 грн. **У 61,3% випадків такий платіж стягується регулярно, а не одноразово.** Деякі з таких внесків здійснюються готівкою, деякі — проводяться через благодійні фонди при закладах (в одному з випадків мова йшла про щомісячний внесок до фонду по 5 грн. з кожного працівника). Зазвичай зібрані кошти використовуються для придбання канцелярського приладдя та витратних матеріалів (інструментів, перев'язувальних матеріалів,

<sup>157</sup> Державна інспекція лікарських засобів

тестів тощо), а також на ремонт і реконструкцію закладів (див. рисунок 50). Водночас, у багатьох випадках мета збирання коштів є незрозумілою.

- «Ми робимо благодійні внески щомісяця. Головний лікар каже нам, скільки здавати. Але крім того існує постійна сума внеску у 200 грн. Ми її не знаємо, як її використовують».
- «Ми щомісяця вносимо 150 грн. на водопостачання та 100 грн. за спецодяг. Крім того, на стаціонар ще збирають по 200-300 грн. на місяць».
- «Щомісяця ми сплачуємо по 100-200 грн. у благодійний фонд. Я навіть не знаю, навіщо їх збирають. Крім того, збирають по 2,50 грн. на місяць на потреби стаціонару та 100 грн. на основні медикаменти (тому що на них кошти не виділяють)».
- «Торік ми платили за ремонт та інші роботи в будівлі. Ми весь час платимо 200 грн. то на се, то на те. Часто я навіть не знаю, куди йдуть ці гроші, їх просто на щось збирають. Регулярного внеску у нас немає. Там, де я працював раніше, внески справляли регулярно: ми щомісяця здавали по 200 грн. на діяльність та придбання обладнання. Нікого не цікавило, є в нас ці гроші чи немає: нам їх доводилося збирати як благодійні внески з пацієнтів або вкладати свої гроші».
- «Ідея в тому, що я маю щомісяця здавати суму, еквівалентну своєму неофіційному денному доходу. Але я не знаю, як її використовують. Ніхто не знає. Гадаю, її розкрадають, як і все в нашій країні».

**Рисунок 50.** «Коли вам востаннє доводилося вносити кошти на підтримку діяльності свого закладу, як їх було використано?» (% відповідей лікарів та медичних сестер)



## Глава 5. Робота з інформацією

### Вступ

Основний обсяг медичної статистики в Україні збирається з використанням типових форм і узагальнюється через декілька каналів у Центрі медичної статистики Міністерства охорони здоров'я (ЦМС МОЗ). Національним законодавством створено детальну систему медичної звітності, що регулюється МОЗ.

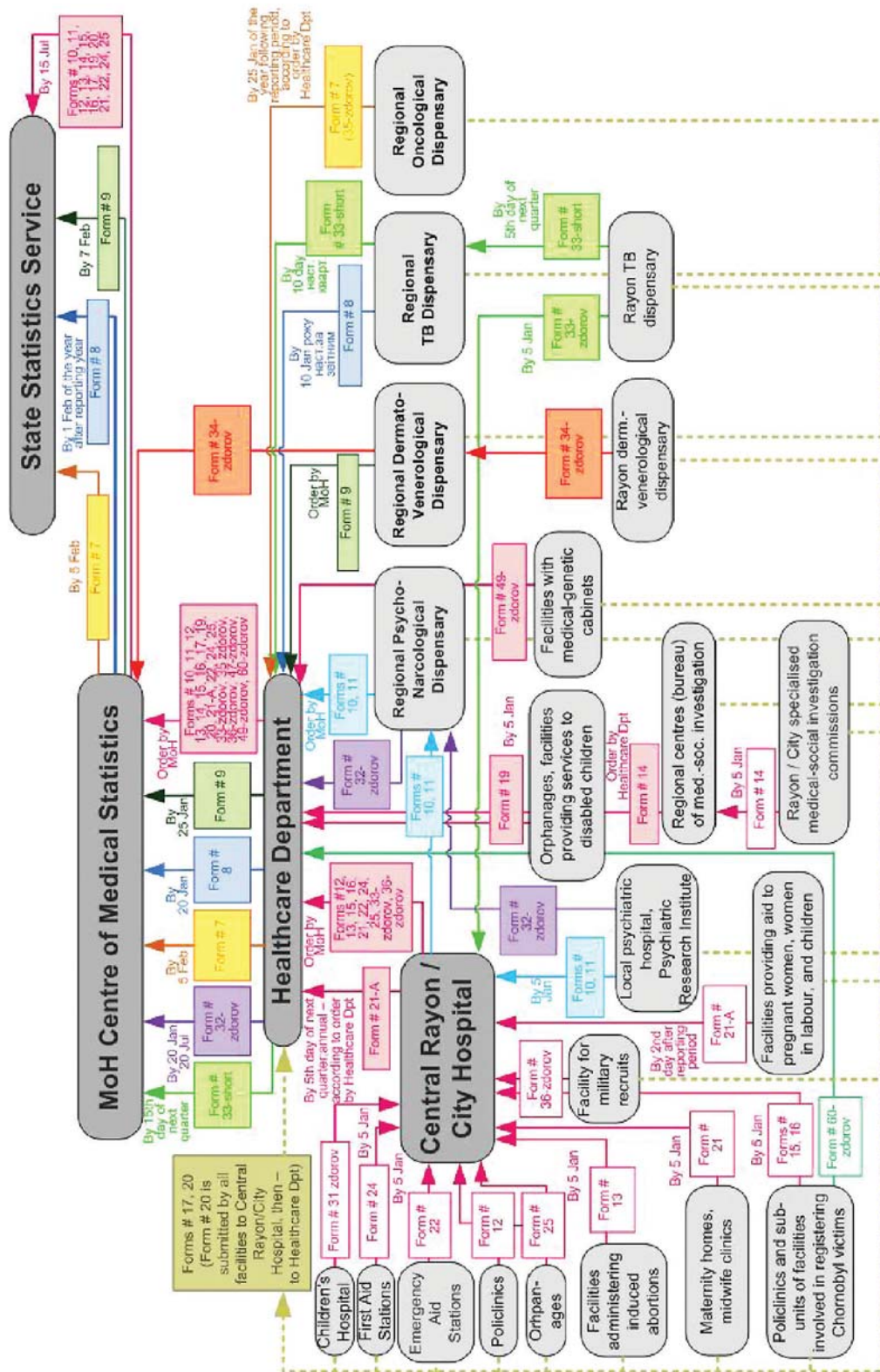
- **МОЗ є джерелом різних обов'язкових форм, призначених для реєстрації медичної інформації на рівні закладів та для формування узагальненої статистичної звітності на основі зібраних базових даних.** Усього МОЗ використовує 246 таких форми<sup>158</sup>. Крім того, МОЗ визначає порядок заповнення та обробки цих форм<sup>159</sup>.
- **Як правило, первинні медичні облікові записи (медичні картки окремих пацієнтів) ведуться на папері.** Оригінали первинних записів узагальнюються та зберігаються в закладах, котрі їх заповнюють, тоді як медичні картки дітей передаються в заклади освіти разом із відповідними особовими справами.
- **Водночас, уся узагальнена статистична звітність є стандартизованою та формується автоматично з використанням спеціально розробленої програми «Медстат».** Ці типові форми подаються органам, що відповідають за роботу з інформацією (інформаційно-аналітичним центрам тощо), як на папері, так і в електронній формі, а в деяких випадках і електронною поштою. Для формування узагальненої звітності деякі заклади мають змогу використовувати електронні засоби ведення первинної медичної документації, відомості з яких можуть передаватися в автоматичні системи для формування статистичної звітності, які офіційно є обов'язковими.
- **Сформована статистична звітність «рухається вгору» по системі до Центра медичної статистики МОЗ (ЦМС) трьома паралельними шляхами:**
  - від закладів та відповідних органів охорони здоров'я (докладніше див. рисунок 51) через обласні центри медичної статистики;
  - від санітарно-епідеміологічної служби (котра відстежує дані щодо конкретних інфекцій, щеплень, а також ризики для здоров'я людей, пов'язані зі станом довкілля);
  - через службу судово-медичної експертизи.
- **Ціла низка окремих хвороб (головним чином, інфекційних, а також рак) відстежується окремо через систему спеціалізованих обласних диспансерів.** Як показано на рисунку 51, основний обсяг первинної медичної статистики узагальнюється на рівні статистичних відділів центральних районних та міських лікарень перед відправленням в обласні підрозділи ЦМС. Водночас, ціла низка «спеціалізованих» медичних звітів (щодо шкірних та венеричних захворювань, ВІЛ/СНІД, раку, туберкульозу тощо) надходить через мережу спеціалізованих закладів «в обхід» центральних районних та міських лікарень. Докладні схеми моніторингу зазначених хвороб наведені на рисунках 52 (на прикладі туберкульозу) та 53 (на прикладі раку).

<sup>158</sup> Основними документами МОЗ, які регулюють оформлення первинної медичної інформації на рівні закладів охорони здоров'я є Наказ МОЗ від 29.12.2000 р. № 369, яким було затверджено форми звітності амбулаторних та стаціонарних закладів, та Наказ МОЗ від 26.07.1999 р. № 184 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів».

<sup>159</sup> Найважливішими серед цих нормативних документів є Наказ МОЗ від 03.07.2001 р. № 258 «Про затвердження типових інструкцій щодо заповнення форм первинної медичної документації лікувально-профілактичних закладів», яким визначено строки зберігання та порядок заповнення всіх форм первинної медичної документації, та Наказ МОЗ від 10.01.2006 №1 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення».



Рисунок 51. Потіки загальної медичної звітності в системі охорони здоров'я України<sup>160</sup>

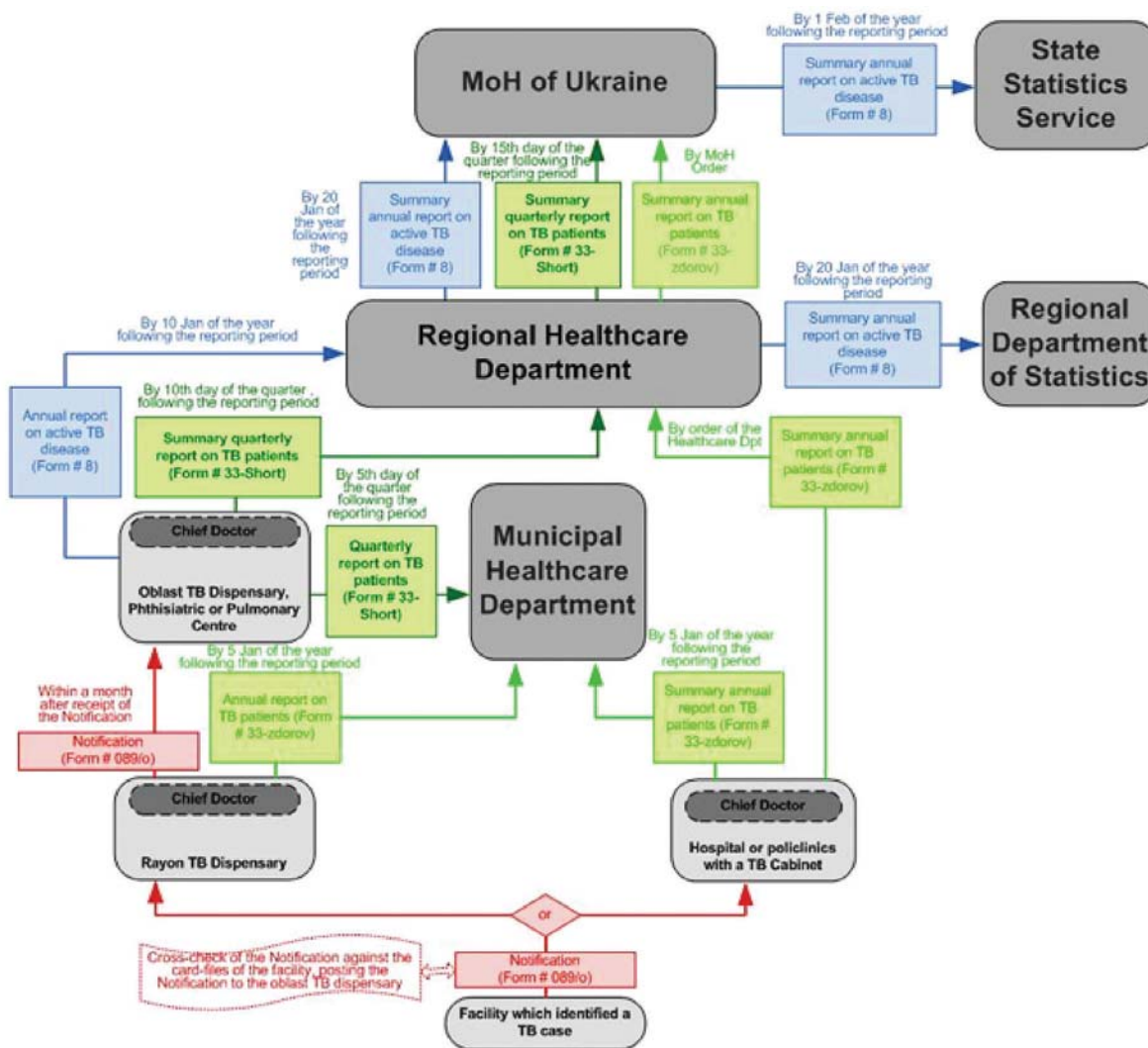


<sup>160</sup> Примітка: ця схема не включає в себе звіти за формами №№38-здоров, 41-здоров, 42-здоров, 44-здоров та 50-здоров



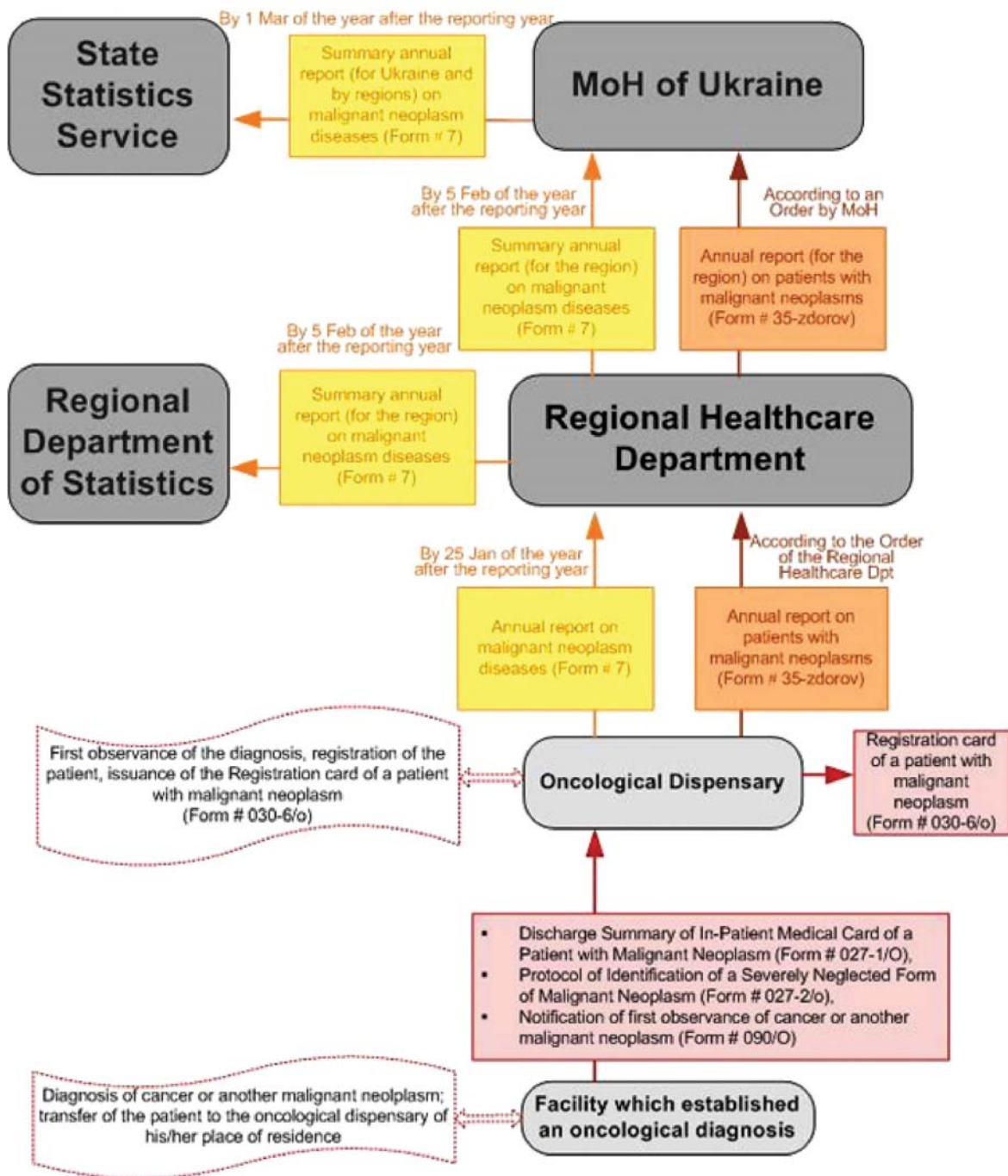
- Як показано на рисунках 52 та 53, в нинішній системі медичної інформації для роботи з даними про рак застосовується той самий підхід, що й для роботи з даними про більшість інфекційних захворювань. Цей підхід передбачає оперативну та ефективну централізацію епідеміологічних даних, а також забезпечення суворого контролю та нагляду над усіма виявленими випадками (спеціалізований онкологічний диспансер негайно повідомляється про всі випадки виявлення злоякісних пухлин і бере на себе відповідальність за ведення медичної картки пацієнта, та контролює його медичну історію з використанням окремої системи моніторингу та звітності про пацієнтів із злоякісними пухлинами).

Рисунок 52. Документообіг у випадку туберкульозу



- Двосторонній обмін інформацією про пацієнтів між закладами, як правило, не здійснюється навіть тоді, коли такий обмін є критично важливим (наприклад, у випадку онкохворих). Надання закладами охорони здоров'я медичної інформації іншим закладам допускається в таких випадках:
  - Якщо пацієнта виписано з закладу, переведено на стаціонарне лікування або якщо він помер, видається виписка з медичної карти стаціонарного хворого (Форма 027/o). Ця виписка або видається самому пацієнтові, або надсилається поштою чи кур'єром у стаціонар. При переведенні у стаціонар пацієнта реєструють у *Журналі обліку прийому хворих у стаціонар*, а його виписка береться за основу при оформленні його медичної картки стаціонарного хворого. Заповнення та видача (або відправка) виписки по суті припиняє обмін інформацією між закладами охорони здоров'я. Інакше кажучи, заклад, котрий видав виписку, більше не одержує ніякої інформації про цього хворого.

Рисунок 53. Документообіг у випадку захворювання на рак



- Якщо у хворого вперше діагностовано активну або рецидивну форму туберкульозу, сифіліс, гонорею або хламідіоз, уrogenітальний мікоплазмоз чи трихомоноз, мікроспорію, фавус, коросту, ракову або іншу злоякісну пухлину:
  - в усіх вищезгаданих випадках той заклад, у якому було поставлено зазначений діагноз, оформляє *Повідомлення*<sup>161</sup>, надсилає його у диспансер відповідної спеціалізації, а також, у випадку грибкових та венеричних захворювань, місцевій *санітаційній (СЕС)*;

<sup>161</sup> На основі відповідно форм 089/о, 089-1/о, 089-2/о або 090/о.

- **додатково, якщо у хворого виявлено рак**, крім вищезгаданого *Повідомлення* заклад, який поставив діагноз, оформляє *Випуску з медичної карти стаціонарного хворого на зляксісне новоутворення (за формою 027-1/о)*, котра разом із формою 090/о надсилається в територіальний онкологічний диспансер за місцем проживання хворого;
- **В усіх вищезгаданих випадках** оформлення відповідного *Повідомлення* (а у випадку раку — вищезгаданої *Випуски*) дає підстави для постановки хворого на облік у диспансері, котрий видає йому *облікову картку* або *медичну картку*. Після оформлення вищезазначених документів тим закладом, який поставив первинний діагноз, він більше не одержує інформації про цього пацієнта та про зміни у стані його здоров'я.

**Місцева влада (наприклад, місцеві відділи охорони здоров'я) можуть звертатися до медичних закладів з вимогою про надання додаткової статистичної звітності.** Досі не сформувався стандартизований підхід до змісту чи форми такої додаткової звітності (хоча місцеві органи охорони здоров'я можуть регулювати їх своїми наказами). Наприклад, Головне управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації видало Наказ від 02.12.2011 р. № 380, який вимагає від медичних закладів області подавати крім звичайної статистичної звітності додаткові матеріали: Перебіг реалізації Програми соціально-економічного розвитку у сфері охорони здоров'я; Звіт про впровадження нових методів діагностики та лікування; Інформацію про роботу консультативних та діагностичних бригад; Звіти про відвідання спеціалістами обласного рівня медичних закладів районного рівня тощо<sup>162</sup>.

**Національне законодавство не містить універсальних положень, за якими могли б визначатися підходи до ведення статистики на рівні закладів для власних потреб.** Універсальних настанов щодо роботи з інформацією на рівні закладів немає ні в адміністративних цілях, ні для документування процесу лікування. Водночас, заклади можуть розробляти власні форми та положення в порядку, передбаченому статутом відповідного закладу.

## Збирання даних

### *Показник МЕ-32. Розподіл обов'язків та координація*

**Ефективний облік та обробка даних вимагають докладання узгоджених зусиль зацікавленими сторонами з чітким розподілом обов'язків та достатнім для вжиття заходів інституційним потенціалом.** Збирання та аналіз медичних даних пов'язані з виконанням цілої низки функцій, які мають ефективно реалізовуватися на рівні закладів. У закладах мають бути чітко розподілені обов'язки зі збирання необхідних даних, складання статистичної звітності та їх надання користувачам. Зазначений аналіз має охоплювати як формування інформації для власних потреб (для адміністрації закладу та надання послуг), так і для формування узагальненої медичної звітної інформації для органів охорони здоров'я. При цьому для виконання цих завдань важливо, щоб спеціалізовані статистичні підрозділи мали достатні інституційні повноваження для того, щоб запитувати необхідні дані у відповідних підрозділів і забезпечувати якість цих даних. Збирання даних та формування звітності мають здійснюватися за узгодженим діапазоном показників в узгоджені та реальні строки.

**У менш ніж половині закладів інформаційно-статистичні відділи (ІСВ) виконують повний набір ключових функцій моніторингу та оцінки.** Як правило, ІСВ відповідають за всі завдання у сфері збирання та аналізу даних, включаючи збирання та обробку первинних даних, формування аналітичної звітності в стандартизованому форматі згідно з вимогами законодавства, а також їх вчасне подання відповідним органам влади, інформаційне забезпечення діяльності закладу, а також сприяння реалізації державних програм у сфері

<sup>162</sup> Див. пп. 2.5, 2.6, 2.8, 3.2 Наказу Головного управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації від 02.12.2011 р. № 380 «Про подання закладами охорони здоров'я області державних та галузевих статистичних звітів за 2011 рік».

охорони здоров'я та здійсненню наукових досліджень у цій сфері. Хоча більшість закладів мають спеціалізовані ІСВ, які відповідають за виконання всіх цих основних функцій, опитані спеціалісти ІСВ лише у 44,4% вважали, що більшість цих функцій (як мінімум 6 із 9) виконувалися задовільно.

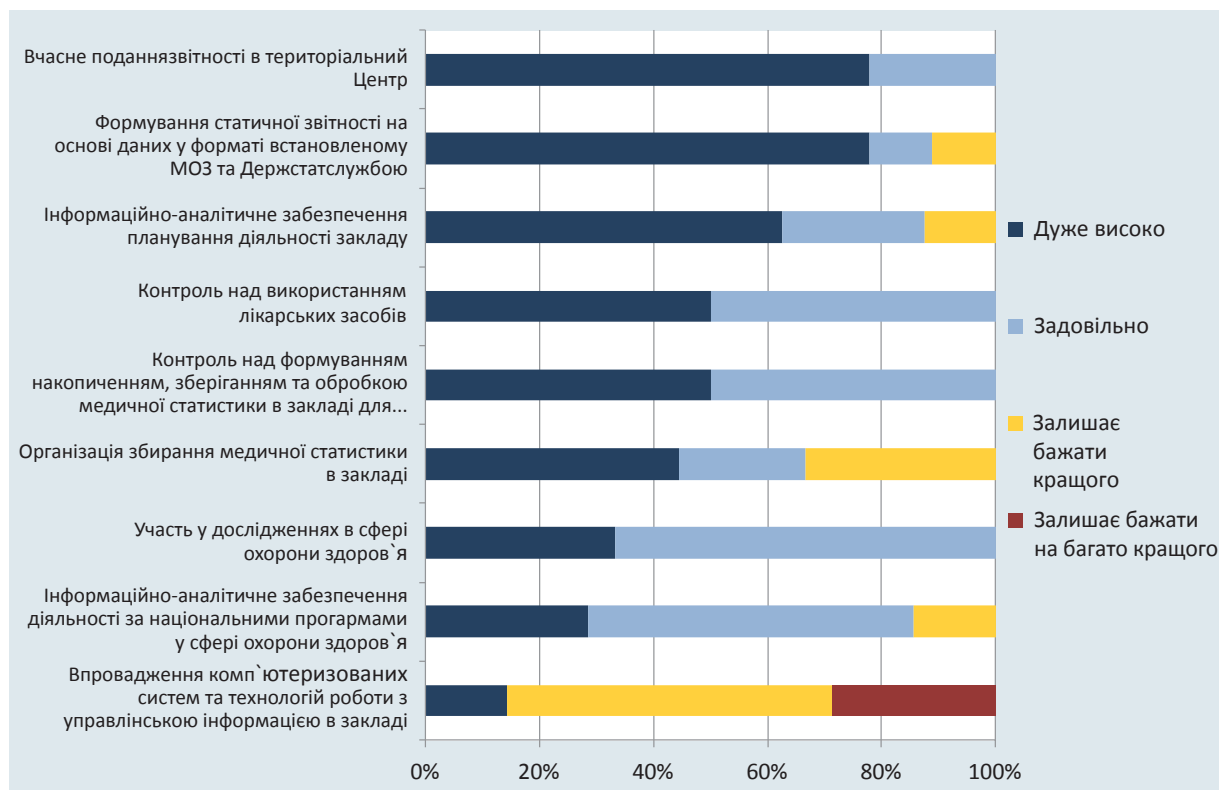
Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи виконують інформаційно-статистичні відділи закладів повний набір функцій зі збирання даних? Наскільки добре реалізуються ці функції?	% фахівців інформаційно-статистичних відділів, котрі оцінили принаймні 6 із 9 основних функцій як такі, що реалізуються «Дуже добре» або «Задовільно»	44.4%	Рівень С
Чи має інформаційно-статистичний відділ достатній обсяг повноважень для того, щоб контролювати збирання даних відділеннями закладу?	% фахівців інформаційно-статистичних відділів, які зазначили брак повноважень для контролю збирання даних відділеннями закладу серед трьох найбільших проблем у сфері збирання даних	30.0%	Рівень В
Чи розуміють лікарі та медсестри, що відбувається з укладеними ними статистичними даними, щоб забезпечити ефективність співпраці?	% лікарів та медсестер, які знають, що відбувається зі сформованою ними статистичною звітністю	72.7%	Рівень В
Загальна оцінка			Рівень В

Однією з найбільших перешкод на шляху до ефективного збирання даних є низький рівень мотивації лікарів та слабкість інституційного статусу інформаційно-статистичних відділів. Як показано на рисунку 54, одним із найбільш проблемних напрямків організації процесу моніторингу та оцінки є збирання даних у закладі. Необхідність покращень у цій сфері зайняла друге місце серед невирішених проблем, поступившись місцем лише потребі в удосконаленні систем інформатизації. Крім того, брак повноважень, необхідних для запитування необхідних даних, згадувався як значна проблема 30% статистиків закладів. Зазвичай серед причин цього вказувався брак мотивації у персоналу закладу для надання запитаних даних та забезпечення їхньої якості:

- *«Важко організувати збирання даних у лікарів. Вони не хочуть подавати звіти вчасно, тому що це не є пріоритетом для них. Тому ми кричимо на них і влаштовуємо їм сцени, щоб одержати ці звіти від них. Це наш пріоритет і у нас є дуже жорсткі строки. Однією з перешкод на шляху нашого співробітництва з лікарями є той факт, що статус статистика в ієрархії є еквівалентним статусові медсестри, тобто він є нижчим від статусу лікаря, а це заважає вимагати щось у лікарів».*
- *«Лікарі та медсестри не завжди усвідомлюють важливість статистичної звітності. Вони є фахівцями-практиками та вважають ці звіти незначним елементом своєї роботи. А наш відділ майже не має повноважень, щоб на них вплинути».*
- *«Відділення закладу можуть перекидати відповідальність за надання даних один на одного, щоб не надавати дані нам. А коли ми наполягаємо на наданні нам показників, вони кажуть: «А хто ви такі, щоб вимагати це від мене? Що ви взагалі робите в моєму кабінеті?»*
- *«Лікарі не мають мотивації, щоб надавати нам дані вчасно. Десять половина з них є дуже сумлінними в цьому відношенні, а решта або нічого не розуміють, або просто не хочуть допомагати. Вони ставляться до нас як до терористок».*



**Рисунок 54. Як ви оцінюєте роботу інформаційно-статистичного відділу з виконання ним його основних функцій? (% відповідей керівників закладів)**



**Медичні працівники не завжди розуміють, що відбувається з наданими ними даними.** Проблема недостатності мотивації лікарів та медсестер для надання запитаних даних підкріплюється тим фактом, що лише 72,7% опитаних сказали, що хоч якось розуміють, як та навіщо здійснюється збирання первинної статистичної інформації та її використання в системі медичної статистики. Як буде показано нижче, вони рідко вважають систему медичної статистики корисною для своєї власної роботи, але подають звітність, тому що це «Наше звичайне, повсякденне та обов'язкове завдання»:

- «Особисто мені це не потрібно. Усе описується відомою фразою: буває брехня, відверта брехня та статистика».
- «Вони вводять цифри в комп'ютери та якось використовують їх у своїх цілях».
- «Як ця статистика використовується? Спитайте краще завідувача відділення. Я підозрюю, що її збирають для міської влади, але в цьому не впевнена. Але ж має хтось бути, кому вона потрібна, усі ці стандарти та форми, якщо вони так переживають з цього приводу».
- «Вона кудись подається, але я не дуже розумію, куди саме».
- «Я не знаю, але статистичні дані, ймовірно, збирають і надсилають аж у Київ».
- «Не знаю. Найімовірніше, врешті-решт усе йде у Всесвітню організацію охорони здоров'я. Принаймні так нас учили».
- «Дані йдуть у відділ статистики, а вони подають звіти. А дані допомагають їм заповнювати журнали».
- «Так, ті форми, що ми їх заповнюємо, зберігаються протягом 5 років у нашому підвалі».



- *«Щороку нам доводиться збирати дедалі більше статистичної інформації. Нам доводиться розраховувати якісь показники, якісь зважені цифри, наприклад, частку ретинопатії або гангренени. Чому? Навіщо це робиться? Я не знаю. Можливо, для якоїсь оцінки стану лікування, але я не впевнений. І як вони збираються користуватися цими даними, аби щось оцінювати, якщо ми бачимо, що ситуація в суспільстві не дозволяє середньому громадянину пройти звичайний медогляд і пройти повний курс лікування, навіть якщо лікар знає, що робити та застосовує правильні підходи. Показники, які ми збираємо, не мають нічого спільного з реальною якістю тих послуг, котрі ми надаємо».*

**Ще однією масштабною проблемою координації є обсяг і характер запитів, що надходять до фахівців ІСВ від різних органів, яким вони підпорядковані.** Як було відзначено у вступі до цього розділу, статистики закладів мають подавати узагальнену статистичну інформацію різним одержувачам. Основна маса цих звітів стандартизована згідно з вимогами національного рівня, встановленими МОЗ, але місцева влада зазвичай залучає заклади до проведення додаткового статистичного аналізу, пов'язаного з діяльністю у сфері планування, звітності та охорони здоров'я. У зв'язку з цими додатковими запитами виникає потрійна проблема. По-перше, на погляд закладів строки, встановлені цими запитами, є нереальними та погано узгодженими. По-друге, обсяги запитаних даних можуть бути надмірними. По-третє, характер запитаних даних часто не відповідає можливостям ІСВ або їхнє надання може бути проблематичним з огляду на нерегульованість або непрозорість відповідних положень.

- *«З одного боку існують офіційні форми статистики, які нам доводиться заповнювати, а з другого боку міністерство просить надавати інші, додаткові дані, а це ж надходять запити від області, від міста та від багато кого. А нам доводиться на все це відповідати. Нам доводиться якось знаходити цю інформацію, навіть якщо незрозуміло, звідки її можна взяти».*
- *«Нашою найбільшою проблемою є непланові термінові запити про надання даних. Це запити, що подаються «сьогодні на сьогодні»: ми можемо одержати листа від управління охорони здоров'я о 14.00 з проханням надати якісь дані, а строк подання цих даних, зазначений у листі — 12.00 того самого дня! Або, наприклад, ми можемо одержати листа з додатковим запитом 19-го числа, в якому написано, що нам дається три дні на підготовку даних, а строк для подання — 20 число».*
- *«Короткі строки — це величезна проблема. У нас майже немає часу на опрацювання одержаних нами даних: лікарі надсилають свої показники 30-31, а ми подаємо загальний звіт о 10.00 4-го числа, хіба що для річного звіту встановлено термін подання 10 січня. Через це ми ніколи не святкуємо Новий Рік».*

### **Показник МЕ-33. Доступність, періодичність та стандартизація даних**

**Комплексні національні системи збирання даних потребують регулярного збирання даних згідно з чіткими, реалістичними та універсальними стандартами.** Для забезпечення можливості використання медичної інформації для розробки та реалізації політики у сфері охорони здоров'я урядові необхідно збирати ці дані з достатньою періодичністю й на основі наперед визначеного набору стандартів якості. Ці стандарти мають бути реалістичними та стосуватися даних, які є наявності в тих, хто відповідає за їхнє збирання. Вони також мають бути чіткими та послідовними, щоб забезпечити додержання та якість. Ці принципи є важливими для забезпечення ефективності збирання даних на всіх рівнях планування охорони здоров'я — як на національному, так і на субнаціональному.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи є інформація, зібрана з закладів, стандартизованою згідно з національними вимогами?	% фахівців ІСВ, які заявили, що зібрані дані завжди або в основному стандартизовані згідно з вимогами, встановленими на національному рівні	88,9%	Рівень А
Як часто ведеться збирання даних?	% фахівців ІСВ, які заявили, що в їхньому закладі збирання даних здійснюється на денній або тижневій основі	90,0%	Рівень А
Наскільки чіткими та легкими у використанні є стандарти та процедури?	% фахівців ІСВ, які вказали на складність стандартів і процедур як один із трьох найважливіших чинників, що обмежують якість збирання даних	20,0%	Рівень А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень А</b>

**Збирання та обробку даних у закладах охорони здоров'я в Україні організовано добре та за чіткою стандартизованою схемою.** Як було показано у вступі до цієї глави, національна нормативна база, що регулює збирання медичних даних в Україні, є дуже складною та детальною. Існують стандартизовані форми збирання даних, використання яких регулюється централізовано. Крім того, визначено чіткий порядок заповнення та обробки форм звітності. Співбесіди підтвердили сумлінне застосування цих порядків: 88,9% фахівців ІСВ підтвердили, що сформована ними статистична інформація стандартизується згідно з вимогами національного рівня, й лише 20,0% відзначили труднощі, обумовлені складністю або незрозумілістю цих вимог. Крім того, згідно з чинними нормами, збирання медичної статистики для узагальнення здійснюється на національному рівні потижнево або подовово (це підтвердили 90,0% закладів).

- *«Наша служба статистичного аналізу працює дуже добре. Ми регулярно складаємо необхідні звіти, заповнюємо всі форми та перевіряємо всі цифри. Усе йде як належить. Інформація надходить від усіх відділень, потім відділ статистики її перевіряє та вводить в автоматизовану систему. А після цього ми за допомогою цієї системи формуємо звіти. Потім ці звіти подаються у відповідні органи, а також розсилаються по відділеннях».*
- *«Ми збираємо та обробляємо обов'язкову статистику щодня. Якщо ми щось упустимо або затримаємо надання даних хоча б на день, відставання нас просто розчавить, зважаючи на обсяг наших завдань у сфері звітності».*

### Показник МЕ-34. Якість інформації

**Якість зібраних даних (достовірність, релевантність і точність), очевидно, є важливими для ефективної роботи системи моніторингу та оцінки.** Зібрані дані мають достовірно та об'єктивно віддзеркалювати фактичну ситуацію; вони мають бути доречними та актуальними. Системи забезпечення якості даних повинні включати в себе ефективні механізми перевірки, забезпечення достовірності даних, і надання зворотного зв'язку щодо якості даних, включаючи проведення перевірок органами охорони здоров'я на рівні закладів.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи є інформація, зібрана у відділеннях закладу, об'єктивною?	% фахівців ІСВ, які заявили, що дані рідко є об'єктивними або ніколи не бувають об'єктивними	25,0%	Рівень В
Чи є інформація, зібрана у відділеннях закладу, повною?	% фахівців ІСВ, які заявили, що дані рідко є повними або ніколи не бувають повними	0,0%	Рівень А
Чи є зібрана інформація достовірною?	% лікарів та медсестер, які сказали, що не довіряють медичній статистиці, опрацьованій їхнім закладом	25,0%	Рівень В
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень В+</b>

**Посадові особи закладів охорони здоров'я на місцях застосовують ретельно продумані механізми й часто проводять поглиблені перевірки на рівні окремих закладів.** Усі представники відділів статистики місцевих центральних лікарень та обласних ЦМС (саме вони відіграють ключову роль у консолідації узагальненої медичної статистичної звітності на субнаціональному рівні) заявили, що мають ретельно продумані системи перевірки поданих даних. Як показано нижче, вони передбачають ретельне ознайомлення з поданими звітами та часте проведення перевірок. ЦМС мають потужні адміністративні важелі впливу на заклади: необхідність затвердження статистичної звітності та успішне проходження перевірок — це непоганий стимул. Внаслідок цього, ЦМС, як здається, значною мірою впливає на характер звітності, що подається.

- По-перше, обласний ЦМС, а також відділи статистики місцевих центральних лікарень призначають спеціалістів, які аналізують подану звітність, перш ніж її прийняти. Помилки або прогалини виявляються вже на цьому попередньому етапі, а виправлення вносяться до того, як звіти буде прийнято, причому всі рекомендації щодо підвищення якості роботи з даними викладаються у письмових повідомленнях для відповідних закладів. *(«Питання про повноту даних навіть не постає: ми просто не приймаємо неповні або неякісні дані». «Заклади мають захищати свої звіти на етапі подання й ми бачимо, чи вони мають якісь вади або проблеми, й реагуємо на місці»).*
- По-друге, ЦМС регулярно перевіряють заклади з метою перевірки поданих даних, а також інспектування методів збирання та обробки даних. Опитані ЦМС повідомили, що звичайна кількість планових перевірок коливається від 4 до 24 на рік, а поглиблена перевірка кожного закладу проводиться раз на 1-4 роки. *«Ми можемо навіть провести перевірку в неробочий час, щоб побачити, як зберігаються дані. Наші фахівці виїжджають у районну лікарню без попередження й рахують хворих у стаціонарі вручну. Або ми можемо порахувати кількість людей у черзі на прийом до лікаря. Те саме ми робимо й для перевірки лабораторних аналізів». «Усі дані зберігаються в первинній медичній документації, тому ми можемо перевірити все. Звичайно, все ми перевірити не можемо, але проводимо вибіркові перевірки документів. Ми дивимось, чи відповідають дані реальності й наскільки якісними вони є. Щоквартально ми проводимо таку перевірку у 2-3 закладах».*
- По-третє, ЦМС проводять семінари та інші навчальні заходи для статистиків закладів з метою підвищення якості даних та обговорення всіх наявних перешкод. *(«Ми проводимо семінари, на яких привертаємо увагу закладів до проблем, виявлених у їхніх звітах. Ми також намагаємося розібратися в причинах виникнення цих проблем. Іноді причини важко з'ясувати математичними методами, тому що життя завжди є складнішим за математику. А іноді причиною є проста людська помилка»).*
- По-четверте, ЦМС вимагають від закладів самим перевіряти якість своїх власних даних: *«Ми вимагаємо, щоб їхні відділи статистики приділяли хоча б 20% свого робочого часу перевірці якості даних свого закладу. Ми аналізуємо їхні висновки, тому що хочемо побачити вузькі місця статистичного обліку та знайти шляхи їхнього усунення».*

**Фахівці рівня закладів не завжди впевнені в якості зібраних ними даних, а дехто з них вважає, що щільний контроль з боку ЦМС змушує заклади викривлювати реальний стан справ.** З одного боку, всі опитані фахівці інформаційно-статистичних відділів закладів охорони здоров'я заявили, що їхні звіти завжди є повними — це й не дивно, оскільки неповні набори даних не пройшли б контроль з боку ЦМС. З другого боку, приблизно чверть фахівців-статистиків на рівні закладів заявили, що їхні дані ніколи не бувають або рідко бувають об'єктивними (й лише половина представників закладів заявили, що їхні дані завжди є об'єктивними).

- *«Чесно кажучи, найчастіше там є багато необ'єктивних даних і нам це важко проконтролювати. Як я розумію, ситуація є такою скрізь, і ми всі це усвідомлюємо. Кожен, хто збирає дані, трохи їх підправляє, тому що в іншому випадку картина виявилася б надто песимістичною, а ми б усі втратили роботу».*

- *«Нас весь час б'ють за якісь показники, якщо вони їм не подобаються. Іноді вони не розуміють причини виникнення певних статистичних тенденцій або їх вони не цікавлять, і вони вимагають певних рівнів. Наприклад, останнім часом ми зареєстрували велику кількість абортів. Ми відстежуємо цей показник з 1987 року. За цей час кількість абортів скоротилася у 8,5 разів, але тепер ми вийшли на межу й не можемо скорочувати її далі. Поточний показник далі скоротити неможливо, тому що на цьому рівні впливати на кількість абортів можна лише соціально-економічними важелями, а не медичними. А вони вимагають від мене показати нижчий показник, а якщо я цього не зроблю, то це означатиме, що я працюю погано. Мене це дратує. Дратує, коли люди вимагають якісь речі, в яких вони не розбираються. Але ж вони цього вимагають, а якщо їх щось не влаштовує, вони можуть провести позапланову перевірку нашого закладу й нас усіх покарають, а когось навіть можуть звільнити. Але якщо ви питаєте мою особисту думку, то я скажу так: «Давайте подивимось на справжній стан справ хоча б років 10, а тоді ми й побачимо справжню та чесну картину справ у системі охорони здоров'я в нашій країні». Бо якщо нашу статистику підкореговують, якщо ми намагаємось застосовувати різні трюки, то ми, звичайно, й бачитимемо неправильні тенденції та ухвалюватимемо неправильні рішення».*

**Хоча 84,6% лікарів та медсестер довіряють своїм власним первинним документам, лише 62,5% довіряють узагальненій медичній статистиці.** Більшість медичних працівників вважають, що первинні облікові документи, складені на рівні закладу, загалом є достовірними, але сумніваються в достовірності сформованої на їхній основі узагальненої документації. З-поміж опитаних лікарів та медсестер лише 62,5% заявили, що готові опертися на ці дані, а 25,0% сказали, що цього краще не робити.

- *«Насправді ключову роль тут відіграють спеціалісти зі статистики. В Україні останнє слово не за міністром, а за комітетом зі статистики. І в нашій лікарні останнє слово не за головним лікарем, а за статистиком. А знаєте, чому? Тому що саме статистик вирішує, чи потрапить головний лікар до в'язниці, чи ні. Усе залежить від цифри, яку статистик впише у свій звіт».*
- *«Саме статистики опікуються всіма проблемами у сфері охорони здоров'я в Україні. Це вони зменшують смертність. Якщо якийсь показник зростає або падає, все залежить від того, що написали та під чим підписалися статистики. Ці тенденції часто на практиці не спостерігаються, але їх завжди видно у статистичній звітності».*
- *«Цифрами часто маніпулюють. І це не перевіряється. Особисто я вважаю, що наш відділ статистики не настільки зайнятий, і його працівники могли б піти та перевірити журнали самі. Але ж вони цього не роблять».*
- *«Я ніколи не задумувався над цим питанням раніше, але тепер, коли ви мене про це спитали... Ні, я не довіряю нашій медичній статистиці та сумніваюся в її достовірності. Наведу такий приклад: у нас уже декілька років є статистична форма, в якій ми маємо зазначати кількість пацієнтів, а окремо — кількість ускладнень, і всі ці роки нас просили робити ці два показники однаково. Але ж це нонсенс: один пацієнт може мати кілька ускладнень, тому ці цифри на практиці збігаються рідко. А причина цієї статистичної недостовірності полягає просто в тому, що програмне забезпечення є неякісним: йому треба, щоб в обох цих стовпчиках були однакові числа. Ми вже кілька років щось намагаємось зробити, але проблема не вирішується. Підозрюю, що цю програму розробляли не дуже розумні фахівці».*
- *«Ні, не вірю я їй. Усі числа беруться зі стелі. Єдиним достовірним показником, напевно, є кількість інфарктів. Усе решта — кількість відвідань або медоглядів — це все висмоктується з пальця».*
- *«Не вся статистика на 100% правдива. Наприклад, на моїй колишній роботі ми ніколи не робили аналіз на вміст глікогемоглобіну. Раптом до нас надходить вказівка з Києва з вимогою вказати, скільки таких аналізів ми виконали за минулий рік. Нас не попереджали, що ці числа знадобляться, що ці аналізи треба робити. Тому ми підраховали якісь середні показники. І я*



*впевнена в тому, що більшість інших лікарень зробили те саме, тому що ці аналізи ніхто не робив, а запровадили їх раптово. І навіть це усереднення виявилось важкою справою, тому що в нас немає комп'ютера, тож як нам усе це рахувати?»*

- *«Ці показники не завжди правдиві. У нас, наприклад, багато фіктивних щеплень».*
- *«Статистика — це повія. Ти ніколи не дізнаєшся, в чийх руках вона побувала і що з нею трапилося по дорозі».*

### Показник МЕ-35. Економічна ефективність процесу збирання даних

**Як і будь-який виробничий процес, обробка даних має приносити очікувані результати за мінімально можливого рівня витрат.** Збирання та обробка інформації може являти собою значний тягар для системи охорони здоров'я, включаючи паперову роботу, час, що витрачається лікарями та медсестрами на завдання у сфері статистики, а також різні витрати, пов'язані з додержанням стандартів і вимог щодо збирання даних. Попри те, що деякі з цих витрат можуть бути неминучими, тягар, що покладається на медичних працівників, має бути пропорційним. Мають бути впроваджені заходи з оптимізації інформаційних потоків та обов'язків, включаючи заходи з заохочення використання комп'ютерних технологій та веб-технологій.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи на виконання завдань у сфері медичної статистики іде пропорційна частка робочого часу спеціалістів ІСВ?	% спеціалістів ІСВ, які вважають, що найбільше зусиль потрібно на виконання найважливіших завдань	42.9%	Рівень С
Чи пов'язана зі збиранням надмірна канцелярщина є значною перешкодою на шляху забезпечення належної якості інформації?	% фахівців ІСВ, які вважають, що канцелярщина є однією з трьох найбільших перешкод на шляху забезпечення високої якості даних	50.0%	Рівень С
Чи є обсяг робіт, що виконуються ІСВ, сумірним можливостям інформаційно-статистичного відділу?	% фахівців ІСВ, які вважають, що обсяг роботи, яку їм доводиться робити, є надто великим для того, щоб виконувати її ефективно	40.0%	Рівень В
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С+</b>

**Збирання медичної інформації в Україні коштує досить дорого.** Половина статистиків закладів охорони здоров'я вважають, що обробка даних вимагає оформлення надмірної кількості документації, що є однією з основних перешкод для забезпечення якості даних. 40% фахівців-статистиків вважають, що навантаження на них перевищує їхні можливості й робить виконання службових завдань майже неможливим. Крім того, 50,8% опитаних лікарів та медсестер заявили, що вважають обов'язки з ведення статистики такими, що віднімають надто багато часу, а 38,5% стверджують, що формат звітів є незручним. У середньому, за словами лікарів і медсестер, вони витрачають на реєстрацію та збирання даних 8,5 годин на тиждень (тобто близько однієї п'ятої свого робочого часу). Популярним прикладом необґрунтованого навантаження, пов'язаного зі збором даних, є збирання даних з використанням «статистичних талонів» — зведень даних по окремих хворих на папері. Вони використовуються для збирання первинних даних. У багатьох закладах ці дані узагальнюються вручну (наприклад, шляхом сортування талонів у розрізі хвороб без використання прикладних програм та можливостей автоматичної фільтрації). Відповідні завдання часто покладаються на лікарів і медсестер. Ця робота вимагає чимало часу, а її результати практично неможливо перевірити.

- *«Система збирання даних є дуже проблематичною для практикуючого лікаря, тому що нам доводиться витрачати величезну кількість часу на виконання завдань, ніяк не пов'язаних із головною метою нашої роботи».*
- *«Ми збираємо надто багато непотрібних даних».*

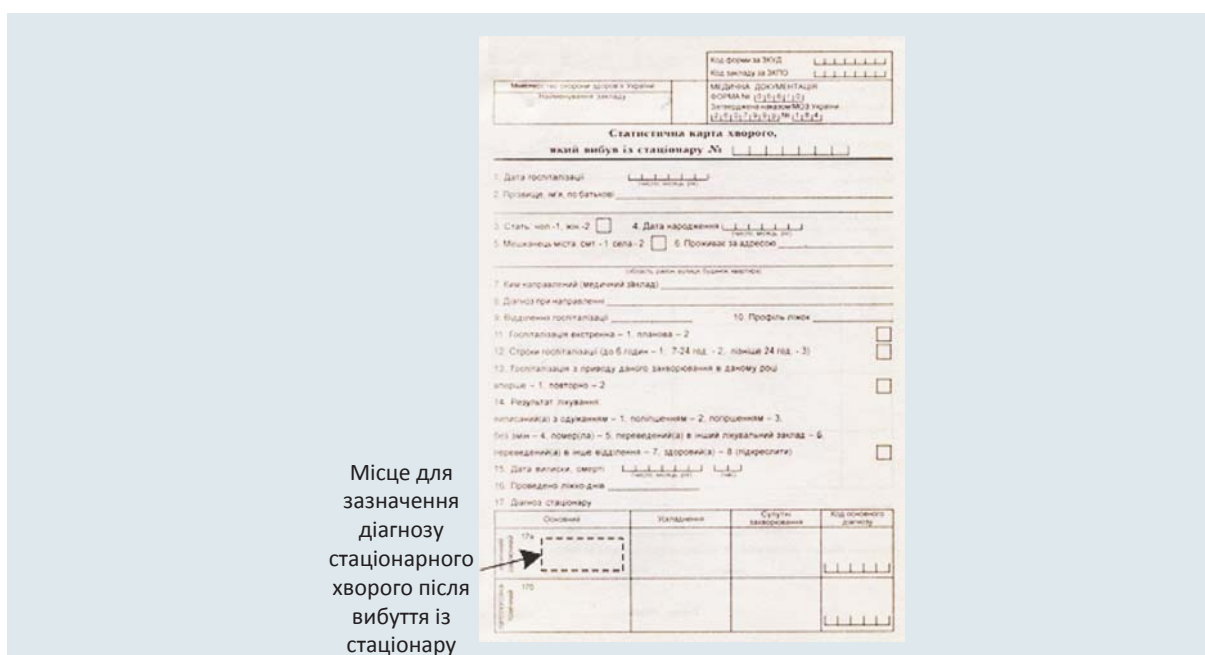


- «Ми маємо витратити на один прийом 6-12 хвилин, але більша частка цього часу йде на заповнення документації та форм. Цей наголос на показниках і формах є надто великим тягарем для лікарів».
- «Коли відділенню доводиться подавати узагальнені показники, одного з хірургів змушують робити розрахунки. Він іде в підвал, одержує купу паперових талонів, а потім має їх розсортувати за видами діагнозів. Якщо чесно, то ніхто цього не робить: ми дивимось на останні тенденції, робимо приблизні оцінки, беремо кілька талонів, щоб прикинути, чи наші оцінки наближені до реальності, та записуємо їх у звіт. Це дуже тупо: якби ми мали змогу вводити дані в систему інформатизації напряму, то всі ці узагальнення та розрахунки робилися б точно та швидко».
- «Якби ж ми могли вводити дані одразу в комп'ютер без паперової роботи! Стільки всього дублюється. Ми вводим числа в програму, але нам доводиться все записувати в медичні картки, статистичні талони, форми та журнали».
- «Мати дані — це добре, але збирання даних заважає нам лікувати хворих. Це все дуже відволікає від справи».
- «Програма, якою нам доводиться користуватись, має купу проблем. Наскільки мені відомо, всі на неї скаржаться. Але скажіть мені, будь-ласка, мене ж не покарають за те, що я це сказала?»

**Лікарі та медсестри скаржаться на те, що чимало форм мають незручний формат, що ускладнює достовірну реєстрацію первинних даних.** Деякі форми вимагають надання надмірної інформації: наприклад, у медичних картках стаціонарних хворих необхідно зазначити, чи є пацієнт «робітником» або «службовцем», а також чи проживає він у сільській або міській місцевості. У той самий час, форми можуть надавати можливість зазначення базової медичної інформації — наприклад, діагнозу. Наприклад, як показано на рисунку 55, статистичні талони, що прикріплюються до карт стаціонарних хворих, виписаних із лікарень, містять лише незначну частину повного медичного діагнозу пацієнта.

- «Система збирання даних працює неефективно. Усе робиться за шаблоном, але ніщо не відповідає реальності. Форми застаріли, але нічого не переглядається».

**Рисунок 55. Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (форма 066/0)**



У багатьох випадках працівники вважають, що обсяг їхніх завдань у сфері роботи з інформацією визначено невірно: їм доводиться витратити сили та марнувати час на непотрібну роботу. Лише 42,9% фахівців-статистиків закладів охорони здоров'я вважають, що завдання, на виконання яких іде більша частка робочого часу, є справді важливими. Серед завдань найбільше часу віднімає організація процесу збирання даних, хоча це завдання не завжди сприймається як таке, що виконується ефективно (див. рисунок 56). Крім того, дуже розчаровує впровадження комп'ютерних технологій: хоча це завдання вважається дуже важливим та вимагає багато зусиль, вважається, що впровадження йде невдало. Водночас, статистичні служби вважають себе дуже ефективними в тому, що стосується формування та своєчасного подання типової звітності. Варто відзначити, що завдання на зразок формування даних для власних потреб керівництва закладів і планування діяльності, а також формування даних для контролю якості вважаються такими, що виконуються дуже успішно та вимагають небагато часу — якщо вони взагалі виконуються.

**Рисунок 56. Які завдання віднімають у вас найбільше часу? Які завдання справляють найбільший вплив? (% відповідей фахівців-статистиків закладів)**



- «Більша частка нашого часу йде на організацію даних для статистичної звітності — кварталної, піврічної, річної. Це віднімає більшу частку часу та зусиль. Дані треба звести разом, перевірити всі числа. Треба з'ясовувати різні речі з людьми, ставити додаткові питання. Раз на квартал ми подаємо звіт — раніше це була форма 071, а тепер форма 12ю Під час роботи над цим звітом ми цілий тиждень перевіряємо показники. Наші лікарі подали свої статистичні талони й забули про них, а нам доводиться їх перевіряти й порівнювати з минулим роком. На це потрібно багато часу».
- «Нам доводиться шукати шляхів до узгодження даних, які ми маємо, з формами, що їх нам доводиться заповнювати. Наприклад, по дітях і дорослих ми подаємо різну статистику. Раніше нам треба було розбивати дані форми 071 для дітей до 7 років та дітей 7-14 років. Тепер у нас є програма, але ми не бачимо, яка розбивка в ній використовується. Я підозрюю, що там є один показник для дорослих, але для дитячих лікарень так робити не можна, але для звітів по лікарняних це правильно. Вирішення цих питань вимагає багато часу».

- *«Збирання інформації вимагає багато часу. У нас багато відділень і підрозділів, а нам доводиться все збирати. Ми показуємо інформацію в розбивці по лікарях, а також місячні, кварталні та річні звіти — це робиться для визначення навантаження. Це дуже кропітка, але важлива робота. Ми збираємо статистику щодня. На кожного лікаря ми заповнюємо статистичний талон і обробляємо його. Ми весь час використовуємо аналітичну систему.*

### Показник МЕ-36. Здатність до збирання даних та статистичного аналізу

**Формування якісної статистики вимагає достатньо кваліфікованих кадрів, а також адекватних технологій обробки даних.** Здатність закладів ефективно керувати інформацією з питань охорони здоров'я залежить від двох основних чинників. По-перше, персонал, який збирає та обробляє дані, повинен мати необхідні знання та навички. По-друге, реєстрація даних та обмін ними мають здійснюватися на основі максимально ефективних технологій обробки даних, на основі програмного забезпечення для скорочення паперової роботи, запобігання помилкам та спрощенню обробки даних заради підвищення якості обслуговування.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Наскільки успішно є робота ІСВ з впровадження комп'ютерних систем аналізу інформації та технологій у закладі?	% фахівців ІСВ, які підтвердили, що працюють над цим питанням, і вважають, що система працює дуже добре або нормально	12.5%	Рівень D
Фахівці ІСВ у закладах проходять ефективну професійну підготовку	% фахівців ІСВ, які брали участь у заходах професійної підготовки, організованих місцевими та регіональними органами протягом минулого року, і вважають їх справді ефективними або досить ефективними	80.0%	Рівень А
Чи одержують лікарі та медсестри навчання, підтримку, консультації та рекомендації з питань ведення статистичного обліку?	% лікарів та медсестер, які підтвердили одержання такої підтримки	60.5%	Рівень В
Наскільки проблемним є дефіцит кваліфікованого персоналу, обладнання та обізнаності щодо сучасних підходів до медичної статистики в процесі збирання даних?	% фахівців ІСВ, які зазначили принаймні одну з цих проблем серед трьох найбільших перешкод на шляху до збирання та обробки високоякісних даних	70.0%	Рівень С
Загальна оцінка			Рівень С+

**Рівень професійної підготовки фахівців ІСВ в Україні є досить високим.** 80,0% статистиків закладів, опитаних для цього дослідження, підтвердили свою участь у заходах професійної підготовки, організованих місцевими або регіональними органами влади протягом минулого року, та вважають їх дуже або досить ефективними. Фахівці ІСВ беруть участь у семінарах та практикумах, що проводяться на регіональному рівні. Як правило, навчання присвячується роз'ясненню нюансів заповнення актуальних форм та роботі з новими програмами, що запроваджуються в закладах. Під час навчання статистики мають змогу вести обговорення нових форм та показників, запропонованих для подальшого моніторингу. Крім того, підтримка у веденні статистичного обліку регулярно надається 60,5% лікарів та медсестер.

**Коли відділи статистики скаржаться на брак кваліфікованого персоналу, це означає, що більшість персоналу — це люди похилого віку, яким, на їхню думку, важко освоїти новітні технології.** У багатьох випадках, як пояснили фахівці ІСВ, значна частка персоналу — це люди старшого пенсійного віку, що робить їх менш гнучкими до запровадження нових підходів і заважає продукувати дані швидко та надійно.

- *«У нашому закладі повно пенсіонерів; дехто навіть старший за 80 років. Іноді важко працювати з такими людьми та пояснювати їм нові поняття».*
- *«Відповідаючи на запитання про кваліфікацію персоналу, я скажу вам одну річ, а ви вже судіть самі. У нашому відділі працює 7 осіб, двоє з яких наближаються до пенсійного віку, а решта —*

пенсіонери. Якщо хтось із них захворіє, нам кінець, у нас немає, ким їх замінити. Добрий медичний статистик повинен бути здатним формувати якісні дані своєчасно та достовірно, але ми не можемо залучити кваліфікованих, молодих і конкурентоспроможних ІТ-фахівців через низькі зарплати (1 000 грн.!) Що мені сказати? Отакий стан нашого відділу».

**Водночас, більшість закладів вважають використання ІТ незадовільним, скаржачись на проблеми з використанням нинішніх програм від МОЗ, а також на брак апаратного забезпечення.** Представники більшості закладів заявляють, що хотіли б мати більше комп'ютерів, але багатьох турбує й низька якість програмного забезпечення, яке зараз використовується для формування стандартизованої звітності. Дехто стикається з проблемами через те, що програмне забезпечення, надане МОЗ, досі не має необхідної функціональності, а на думку інших існуючі програми не завжди є сумісними та доречними.

- *«Звичайно, нам потрібно більше комп'ютерів, але ми маємо проблеми також із програмами. Ми одержуємо нові програми, але вони несумісні зі старими. Нам потрібна операційна система, яка підтримуватиме всі прикладні програми, які ми маємо, що забезпечить можливість узгодження статистичних даних. Наші системи інформатизації потребують удосконалення».*
- *«Робота з комп'ютерними програмами віднімає багато часу. Програми якісь непродумані».*
- *«Наші програми потребують удосконалення; у нас є програми для роботи з кадровою інформацією та медичною статистикою, але досі немає програм для стаціонарного та амбулаторного лікування; у нас досі немає електронного підпису».*
- *«Інформатизація залишає бажати кращого. Я ініціював установаження системи інформатизації у нашому закладі, та заплатив за це за власний рахунок. Я підключив нас до Інтернету за власний рахунок. Але все це керівництво не зацікавило».*
- *«Паперова робота — це велика проблема, але ж папір надійніше. Ми не готові вже зараз відмовитися від використання паперу».*
- *Загалом, нашу роботу можна було б удосконалити шляхом її комп'ютеризації. Ось приклад: ми встановили нові програми, але вони не підходять для дитячих лікарень; вони більше підходять для дорослих. Програма називається «Укрмедсофт. Я одержую статистичні талони, але робота з ними відбирає час. Причина полягає в тому, що нам доводиться обробляти все вручну. Якби ж ми могли вводити дані щойно після їхнього надходження, а система їх перевіряла (наприклад, на дублювання, це вже зекономило б чимало часу. Але зараз мені доводиться шукати дублювання вручну. Тому ми сподіваємося, що в якийсь момент ситуація зміниться. Знаєте, в принципі ми живемо у XXI столітті... Але для реалізації новітніх підходів нам потрібні комп'ютери в усі департаменти, в реєстр, а ще один має об'єднати всю систему. На даний час це не реально».*

## Використання інформації

### Показник МЕ-37. Використання статистичних даних професіоналами у сфері охорони здоров'я

**Важливою функцією ІСВ є надання медичним працівникам епідеміологічної інформації та важливих відомостей у режимі зворотного зв'язку, що має допомогти їм підвищити якість лікування.** При тому, що медична статистика може використовуватися на рівні розробки політики, вона також є критично важливою для тих, хто безпосередньо працює з хворими. Актуальні знання про епідеміологічні умови, включаючи тенденції, ризики та чинники, історії хвороби, а також зворотній зв'язок щодо ефективності лікування — усе це потрібне лікарям для того, щоб підвищувати якість послуг, уникати лікарських помилок і навчатися на них. Крім того, збирання доречної та корисної первинної інформації зміцнює мотивацію клінічного персоналу для ефективної участі в процесах управління даними.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи вважають медичні працівники закладів, що зібрані дані мають зручний формат, є корисними та доречними, й дають їм змогу відстежувати історії хвороб, і є достовірними (як у плані достовірності записів, внесених іншими лікарями, так і в плані достовірності медичних даних)?	% лікарів та медсестер, які позитивно оцінили хоча б 4 з цих 5 критеріїв	51.5%	Рівень В
Невідповідність наявних даних тим даним, які були б корисними для медичних працівників та, зокрема, лікарів-терапевтів, у повсякденній роботі	До анкети було включено три питання про наявні дані; про дані, які могли б бути корисними; та про дані, що їх лікарі та медсестри вважають непотрібними. Відповіді на ці питання вказали на глибоку невідповідність інформації, що збирається, тій інформації, яка була б корисною.		Рівень D
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С</b>

**Хоча більшість працівників сфери охорони здоров'я мають доступ до зібраних даних, вони рідко вважають їх корисними.** Більшість закладів (82,1% опитаних) регулярно ознайомлюють медичних працівників з зібраними даними. Водночас, лише в 51,5% випадків опитані лікарі та медсестри вважали ці дані корисними, релевантними та достатньо достовірними для використання у своїй практичній роботі. Майже половина медичних працівників вважають збирання даних тягарем, який лише віднімає в них час заради аналізу даних на національному рівні, і не вважають, що ці дані якось можуть використовуватися на рівні практичного медичного обслуговування.

- *«Ця інформація не для нас. Вона йде нагору — для нас як практикуючих лікарів вона непотрібна».*
- *«Статистичний аналіз та лікування хворих між собою ніяк не пов'язані; це два паралельних процеси, які ніколи не перетинаються».*
- *«Ці дані неможливо використовувати в практичній роботі та для здоров'я хворих. Але вони дуже корисні для керівництва й допомагають їм планувати свою діяльність».*
- *«Особисто мені ці дані потрібні раз на кілька років, коли я проходжу переатестацію; я подаю заяву із зазначенням статистики щодо своєї роботи і вказую там якісь показники».*

**Деякі дані з тих, що реєструються лікарями та медсестрами, вважаються особливо недоречними та такими, що марнують час.** Медичні працівники згадують різні статистичні завдання, які вони вважають недоречними, а нижче наводиться перелік тих завдань, що згадувалися багаторазово.

Проблема	Довідкова інформація	Думки лікарів та медсестер
Дублювання		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>«Є багато дублювання; одні й ті самі цифри повторюються в кількох формах, які ми заповнюємо».</i></li> </ul>
Статистичні талони	Статистичний «Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів» (форма 025-2/о) є одним зі складових Медичної карти амбулаторного хворого. Це основний медичний документ для всіх хворих, які лікуються амбулаторно чи вдома. Він заводиться на хворого під час першого відвідання ним медичного закладу. У закладі заводиться по одній картці на кожного хворого незалежно від кількості лікарів, які його лікують (один чи декілька).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>«Статистичні талони взагалі непотрібні. З ними має працювати хтось інший, а не лікарі».</i></li> <li>• <i>«Щорічне подання статистичних талонів — це повний непотріб. Якщо ми подали статистичний талон про одного хворого, цього має бути достатньо. Немає сенсу подавати їх щороку. Треба взагалі повністю переглянути всі статистичні талони; прибрати талони тих, кого виписали зі стаціонару, та тих, хто помер; і завести єдину базу даних, а не запитувати ці статистичні талони щороку. Це марнування паперу та повна нісенітниця».</i></li> <li>• <i>«Статистичні талони нікому не потрібні; їх просто копіюють із року в рік; я не можу навіть уявити, скільки паперу та ручок у нас йде на цю роботу».</i></li> </ul>



Проблема	Довідкова інформація	Думки лікарів та медсестер
Дані про кількість лікарняних ліжок та ліжко-дні (наявність та рух)	Зведена відомість обліку руху хворих і ліжкового фонду в стаціонарі, відділенні або профілю ліжок заповнюється головною медичною сестрою закладу охорони здоров'я (в усіх лікарнях, стаціонарах диспансерів та дослідних установах, клініках при медичних інститутах, госпіталях тощо). Відомість містить таку інформацію: <ul style="list-style-type: none"> <li>• число ліжок у межах кошторису;</li> <li>• середньомісячна та середньорічна кількість ліжок;</li> <li>• кількість хворих, що поступили;</li> <li>• кількість виписаних або переведених хворих (із зазначенням кількості сільських жителів та дітей);</li> <li>• число ліжко-днів;</li> <li>• кількість хворих на кінець звітного періоду.</li> </ul> Використання та зберігання: Дані форми №016/о служать для заповнення розділу III «Фонд ліжок та його використання» форми № 20 «Звіту лікувально-профілактичного закладу» <sup>163</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>«Найменш потрібні дані — це дані про ліжка та ліжко-дні. Тривалість перебування хворого в стаціонарі сильно залежить від конкретного випадку, комусь потрібно більше лікування, ніж іншим; хтось одужає за 5 днів, а комусь потрібно 10-15 днів. Але нам викручують руки, щоб показати у звітності 10 днів перебування кожного хворого в стаціонарі. Це нісенітниця.»</i></li> <li>• <i>«Ліжко-дні — ось головний непотрібний показник.»</i></li> </ul>
Вартість лікарських засобів	Національним законодавством не регулюється	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>«Нашим лікарям доводиться подавати звіти про вартість використаних лікарських засобів. Нам доводиться повідомляти, скільки інсуліну ми використали та скільки він коштував. Чому ми маємо це робити? Це мають робити бухгалтери; лікар не повинен працювати з грошима. Ліки надаються головною сестрою, тож лікарів це взагалі не повинно обходити. Але всі ці звіти складають лікарі — усі ціни на всі лікарські засоби.»</i></li> </ul>
Використання медичних припасів та опис медичної діяльності		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>«Існує багато непотрібної звітності; ми боремося з цією застарілою статистикою ще з радянських часів. Наприклад, мені треба записувати, скільки вати та скільки бинтів я використовую щодня. Наприкінці дня я звітую: «протягом дня видано 100 г вати». Для кого це? Те саме про шприци та рукавички. Ми реєструємо кожний шприц чи кожну рукавичку, а потім звітуємо, на що їх було використано, а звіт про використання йде бухгалтерам, включаючи безперервну звітність про наявні запаси. Але ж це дрібниці на зразок пластикових одноразових чашок для води! Ми маємо ретельно звітувати, коли помили підлогу, коли її простерилізували. Але ж це легко просто написати, навіть якщо нічого не робити! І все одно вони вимагають внесення кожної лампочки в журнал. Треба записувати температуру в холодильниках, вологість у палатах. От ми й сидимо та пишемо, пишемо. На що це впливає? Я не знаю, навіщо це їм. Воно нічого не каже, але мабуть нам просто не довіряють. У нашій країні люди не вірять діям. Вони вірять лише тому, що написано на папері. А якщо ми виправляємо звіти, нас карають, тому доводиться все робити точно. Навіть коли ми кип'ятимо воду, завжди потрібен запис: о котрій годині це сталося; у нас на кожній посудині талон — коли її наповнили й коли змінився вміст. Не можу навіть описати, скільки часу у медсестер іде на заповнення всіх цих талонів.»</i></li> </ul>

**На думку лікарів, дані, що збираються зараз, мають величезні прогалини, що ускладнює їх використання для змістовного аналізу медичної допомоги. І якщо медичні працівники зазвичай підтримують необхідність використання статистичного аналізу для підвищення якості послуг, вони не вважають змістовними поточні показники, які зазначаються у статистичній звітності:**

<sup>163</sup> Див. Наказ МОЗ від 27.12.2005 р. № 760

**По-перше**, ці дані не враховують усю складність чинників, які впливають на якість послуг на рівні закладів.

- *«Великій кількості показників, які ми контролюємо, бракує комплексного логічного підходу до аналізу роботи медичних закладів. Дані не показують реальної картини; ці річні звіти можуть просто спантеличити: чому у вас помирає стільки народу? Дані ж не показують, наприклад, стан хворих, коли ми їх приймаємо. Наприклад, біля автомагістралі стоїть районна лікарня й вона приймає всіх хворих із травмами після аварій, через що й має дуже високу смертність. Але ж ми не можемо побачити — чи це сталося через аварію, через дефіцит обладнання, чи через брак навичок персоналу».*

**По-друге**, той факт, що процес збирання даних служить, в основному, для обвинувачень та осоромлення, призводить до маніпуляцій з даними, роблячи їх непотрібними для практикуючих лікарів.

- *«Ми збираємо багато зайвих даних; головне — це припинити оцінювати заклади за якимись штучними показниками. Там є багато притягнутих за вуха показників, і вся статистика фальсифікується, щоб їх виконати. Наприклад, нам поставили за мету знижувати смертність, пов'язану з раком. Наша статистика за цим показником є нижчою, ніж у країнах Європи: в Європі 25%, а в нас 12%. Бо якщо ми визнаємо, що в нас теж 25%, то це призведе до важких соціальних наслідків».*
- *«Сьогодні жителю нашої країни важко знайти хворобу, щоб померти. Кардіолог скаже: «Ні, тільки не через мою хворобу!» Онколог: «Справді? А хто це перевіряв?» І так далі. Так що справжню картину ми побачимо, лише якщо будемо проводити розтини всіх померлих хворих. Показники фертильності та дитячої смертності використовуються для оцінки закладів та областей, тому вони, звичайно, занижують кількість смертей і завищують кількість мертво-народжених».*

**По-третє**, збирання даних базується на застарілому баченні аналізу процесу лікування: медична статистика часто складається на основі симптомів і наслідків, а не на основі причин захворювань та смерті.

- *«Я не вірю статистиці, сумніваюся, що вона показує справжню картину. Причина в тому, що її неправильно збирають. Наприклад, наша статистика показує, що помирають у нас через серцево-судинні хвороби. Але ж серце завжди зупиняється, коли людина помирає! Це ж не означає, що причиною смерті є зупинка серця. А якщо людина стара, років під 90, то в документації пишуть, що вона померла від серцевого нападу».*
- *«Наша статистика недостовірна. Наприклад, на заході якщо людина помирає від пневмонії, що виникла внаслідок грипу, пишуть, що причиною смерті став грип. А у нас це буде пневмонія. Ми реєструємо наслідки, а не справжні причини. Це проблема не систем статистики, а нашої охорони здоров'я».*

**Найбільшою проблемою, пов'язаною з використанням медичної статистики для надання допомоги хворим, є відсутність двох елементів, яких потребують лікарі: (а) достовірних та релевантних епідеміологічних даних та (б) інформації про історію взаємодії хворого з іншими закладами.** Більшість лікарів пояснили, що за своїм характером інформація, яку вони збирають, відрізняється від тих відомостей, які потрібні їм для роботи: *«дані про захворюваність і дані про наслідки лікування».* Водночас, цих даних або немає, або вони є недостовірними, або їх узагалі за-секречено. Хоча лікарі мають повний доступ до показників, яким вони не довіряють (*«дані, не придатні ні до чого»*), їм потрібна інформація, яка *«засекречена й одержати її неможливо».* Багато з них визнають, що забезпечення доступності даних вимагатиме значних змін у процедурах збирання даних та обміну ними; необхідно буде збирати дані з інших аспектів лікування й поширювати їх по горизонталі з використанням нових комп'ютеризованих систем обміну медичною інформацією.

Прогалини у збиранні даних та обміні даними	Думки лікарів
<i>Особиста медична історія до госпіталізації</i>	«Має бути комп'ютерна база даних, котра допоможе нам розібратися в медичній історії наших хворих. Це неможливо зробити без системи інформатизації, цю інформацію не можна вести вручну».
Алергічні реакції	«Інформація про алергічні реакції хворих має зазначатися в медичних картках усіма лікарями та закладами, в яких хворий лікується».
Історія життя	«Мені потрібні основні факти: чи палив пацієнт та чи залежний він від алкоголю? Яка в нього професія: чи може вона впливати на його хворобу та/або його стан? Яким є його фінансовий стан? Мені треба знати це, тому що я виписую ліки, і я не впевнений в тому, чи хворий їх прийматиме. Вони не завжди кажуть, що в них немає грошей на купівлю ліків. Якби я знав про це, я б спробував призначити альтернативне лікування».
Сімейна медична історія	«Сімейним лікарям і медсестрам треба знати, чи мають сім'ї їхніх хворих якісь проблеми зі зловживанням наркотиками, психічні хвороби, й треба мати іншу важливу медичну інформацію»
<b>Медична інформація, що збирається під час лікування (обмін інформацією між працівниками, відділеннями та закладами)</b>	
Історія хвороби, записана лікарями, має повідомлятися медсестрам	«Як сестрі мені було б корисно знати про попередні захворювання хворого, але цю інформацію збирають лікарі й надають її сестрам хіба що коли вони виявляють цікавість та переконують лікарів поділитися нею».
Результати аналізів, проведених в інших закладах	«Було б дуже добре мати результати аналізів, але все залежить від того, які аналізи ми можемо проводити у себе — у нас немає доступу до аналізів, зроблених в інших закладах».
Характер і результати паралельного лікування в інших закладах	«Було б корисно знати, чи хворий звертався по допомогу до інших закладів, крім нашого. Якщо хворий хоче поділитися цією інформацією, він зробить це, а якщо ні — то ні. Люди йдуть і лікуються там, де хочуть: у державних або приватних лікарнях, вони порівнюють діагнози й не діляться цією інформацією з нами. У нас немає доступу до їхніх карток. Крім того, хворі й самі можуть викривлювати інформацію та дезінформувати нас про історію лікування в інших закладах. У нас немає доступу до їхніх медичних карток, тому хворий може лікуватися деінде, а наші лікарі про це не знають і прописують йому паралельне, зовсім інше лікування. Коли до нас уперше звертаються з хворобою, ми не знаємо, чи лікували цього хворого деінде, а якщо так, то де та як».
Вчасність медичної допомоги	«Було б бажано знати, як швидко було надано допомогу, але ніхто не контролює час між першим проханням по допомогу та фактичним її наданням».
Періодичність та строки перебування хворих у стаціонарі	«При направленні хворих у стаціонар нам треба знати, скільки разів вони зверталися по допомогу, перш ніж їх направили в лікарню».
Складність стану хворого та складність операцій як показник якості та ефективності лікування	«Ці показники не використовуються попри те, що відомі міжнародні шкали моніторингу цих показників. Нам треба ними користуватися, але ми цього не робимо. Нам треба використовувати вимірювані показники для відстеження стану, в якому надійшов хворий, та аналізу проведеного лікування».
Відомості про те, чи є хворий ВІЛ-позитивним і чи страждає він на інші захворювання, які впливають на зміст лікування та безпеку медичного персоналу, й котрі хворий має право тримати в таємниці	«Хворий має право нікому не казати, що має ВІЛ або якість інші інфекційне захворювання. Але люди з групи ризику повинні мати якийсь запис у картках, хтось має це знати, тому що для лікаря великий ризик не знати про наявність ВІЛ у людини: ми працюємо з кров'ю й ми не захищені, тому можемо заразитися. Нам потрібна лише якась позначка, щоб знати, і все».
<i>Особиста медична історія після виписки з закладу</i>	«Нам треба якість бачити, що відбувається з хворими, коли вони виписуються. Нам треба відстежувати протікання їхньої хвороби».
Розвиток захворювань, які контролюються спеціалізованими диспансерами	«Для лікарів важливо вести моніторинг своїх хворих після направлення на подальше лікування у спеціалізовані диспансери, але ми не маємо цієї інформації»
Результати лікування	«Мені хотілося б знати, у якій частці дітей, виписаних із нашого закладу, виникає інвалідність, а яка частка цих дітей одужує й переходить до здорового життя».
Медичні дані про послуги, надані закладами первинної, вторинної та третинної допомоги	«Нам потрібні ці дані в одному пакеті. Але не існує єдиної системи аналізу цих даних, які можна було б надавати в розбивці по хворих або по захворюваннях — це було б корисно для медичних висновків».
Дані про операції, проведені в інших закладах	«Нам хотілося б знати, де нашим хворим роблять операції та якими є їхні результати. Бажано централізувати цю інформацію та якість надавати її закладам».
Результати подальших оглядів	«Можливо, ми можемо одержувати хоча б письмові зобов'язання від цих пацієнтів з групи ризику, що вони підуть і зроблять рентген. Мені хотілося б мати хоча б їхні номери мобільного зв'язку, щоб перевірити, чи зробили вони щось після наших рекомендацій».

**Показник МЕ-38. Використання інформації в управлінні закладами охорони здоров'я**

**Ефективність адміністрування закладів охорони здоров'я дедалі сильніше залежить від ефективності роботи з внутрішньою медичною статистикою.** Надання послуг у лікарнях та поліклініках передбачає прийняття складних управлінських рішень, для яких потрібна різноманітна інформація про індивідуальні історії хвороб, а також про клінічні, епідеміологічні, фінансові та адміністративні функції. Для ефективного розподілу наявних ресурсів та підвищення загальної якості послуг керівництво закладів потребує наявності функціональних систем роботи з власними даними закладів.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
В якій мірі статистика, що збирається на рівні закладу, є корисною для головних лікарів та інших керівників?	% головних лікарів, які заявили, що ця статистика є дуже або досить корисною	70.0%	Рівень В
Чи ефективно працюють інформаційно-статистичні відділи закладів над збиранням медичної статистики для власних потреб управління закладами?	% фахівців ІСВ, які вважають, що ця функція їхнього відділу виконується добре або задовільно	66.7%	Рівень В
Чи надають інформаційно-статистичні відділи закладів ефективну інформаційно-аналітичну підтримку в плануванні, реорганізації та розвитку діяльності закладів?	% фахівців ІСВ, які вважають, що ця функція їхнього відділу виконується добре або задовільно	87.5%	Рівень А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень В+</b>

**Керівники закладів охорони здоров'я в Україні високо цінують аналітичну підтримку, яку їм надають відділи статистики.** Більшість опитаних керівників закладів (70,0%) вважають медичні дані, зібрані закладами, корисними для внутрішніх адміністративних цілей. У більшості випадків ці дані успішно використовуються для планування та розвитку діяльності закладів (це підтвердили 87,5% респондентів), а також для внутрішнього врядування та управління (66,7% випадків). Як показано на рисунку 57, половина респондентів відзначили, що власні статистичні дані використовуються безпосередньо для підвищення якості послуг, а більш ніж 30% головних лікарів використовують її для розробки засобів заохочення та стягнення для персоналу (для виявлення та заохочення доброї роботи, але частіше — для виявлення та покарання тих, хто працює погано).

- *«Ми аналізуємо статистику, обговорюємо її на нашій медичній раді — обговорюємо причини тенденцій, які ми бачимо. Наприклад, якщо ми бачимо, що в одному з напрямків роботи нашої поліклініки зростає смертність, ми намагаємося з'ясувати, чому це трапилось. Зазвичай головний лікар видає наказ про розробку якихось заходів для вирішення проблеми».*

**Рисунок 57. Як використовується статистика на рівні закладу в процесі управління? (% прикладів, наданих головними лікарями)**





Обсяг використання статистичних даних у власних цілях подекуди обмежується фактичним обсягом гнучкості керівників закладів в управлінні. Опитані керівники навели приклади використання медичної інформації, сформованої відділами статистики у цілях внутрішнього управління. Вони показують, що головні лікарі часто недостатньою мірою використовують потенціал власної статистичної служби, вважаючи, що не мають достатнього впливу для ухвалення необхідних управлінських рішень. У деяких випадках вони скаржаться на те, що не мають змоги перерозподілити кошти на виконання визнаних пріоритетними завдань або для виплати необхідного матеріального заохочення.

- *«Наш головний лікар використовує дані про надання медичних послуг для ранжирування відділень за показниками діяльності. Але єдиний шанс використати цю інформацію відкривається при одержанні подарунків від спонсорів, наприклад, холодильника або якогось медикаменту: вони виділяються відділенню з найвищим рейтингом».*
- *«Відділ статистики регулярно інформує головного лікаря та інших представників керівництва, але це не впливає ні на які рішення через відсутність коштів для їх реалізації. Наразі у нас навіть немає достатньо коштів для виплати заробітної плати».*
- *«З даних ми бачимо різні тенденції: наприклад, ми бачимо, що люди з низькими доходами мають більше дітей, але ці діти є менш здоровими, мають вищу інвалідність та захворюваність. Але рішення чи дії в цьому напрямку не здійснюються, й ми нічого не можемо зробити. Крім того, ми помітили багато зловживань, коли люди купують фіктивні лікарняні, але, знов-таки, ми мало що можемо зробити, тож нічого й не робиться. І таких прикладів багато».*

У той самий час внутрішні адміністративні дані регулярно використовуються для планування на основі нормативів — це стосується, зокрема, кількості використаних ліжко-днів. Головні лікарі співробітничать зі статистичними відділами, плануючи діяльність закладу. Зважаючи на те, що значний обсяг діяльності закладів залежить від дотримання нормативів забезпеченості (зокрема, кількості зайнятих ліжок), такі статистичні дані є критично важливими для поточного планування та звітності. Інакше кажучи, керівникам закладів необхідно стежити за дотриманням цих нормативів для формування звітності, а також для ведення діяльності в обсягах, які дають їм змогу вимагати фінансування в достатньому обсязі:

- *«Звичайно, статистика потрібна для планування. Ми порівнюємо свою виробничу статистику з попередніми періодами й одразу бачимо, де необхідно вжити заходів. Наприклад, ми можемо побачити, що у 2011 році план по ліжко-днях було виконано на 3 000, хоча за планом було 3 400, тоді як у 2012 році кількість ліжко-днів склала 3 800. Ми одразу ж можемо відзвітувати, що в новому році заклад суттєво збільшив рівень використання запланованих ліжко-днів».*
- *«Ми весь час використовуємо статистику для моніторингу виконання плану ліжко-днів».*

### **Показник МЕ-39. Використання інформації в процесі стратегічного управління охороною здоров'я на місцях**

Крім клінічних консультацій у закладах, узагальнена медична статистика має надаватися розробникам державної політики для інформаційного забезпечення реалізації пріоритетів у сфері охорони здоров'я на місцевому та національному рівнях. Інформація з питань охорони здоров'я, котра включає в себе узагальнені клінічні дані та статистику рівнів обслуговування в закладі, є критично важливою для політиків та органів охорони здоров'я на національному та субнаціональному рівнях, які опікуються розробкою та оцінкою заходів, що впливають на населення відповідних територій. Для надання цих даних відділи статистики закладів мають надавати повну, вчасну та стандартизовану інформацію відповідним органам управління. Основним критерієм якості такого співробітництва є те, чи базується політика у сфері охорони здоров'я (на місцях та в центрі) на доречних та реалістичних статистичних показниках.



Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існує практика надання даних та/або аналітичної інформації на основі медичної статистики закладу місцевим адміністраторам (місцевій державній адміністрації та керівництву органів охорони здоров'я)?	% головних лікарів, які підтвердили наявність такої практики	84.6%	Рівень А
Чи існує практика надання даних та/або аналітичної інформації на основі медичної статистики закладу місцевим політичним представницьким органам (міській, районній чи обласній раді)?	% головних лікарів, які підтвердили наявність такої практики	30.8%	Рівень С
Чи встановлюються в місцевому плані розвитку сфери охорони здоров'я якісь планові завдання (наприклад, планові показники частки дітей, яким мають бути зроблені щеплення, або планові показники профілактики незаразних захворювань та боротьби з ними)? Чи є ці планові показники реалістичними?	% фахівців обласних ЦМС, які підтвердили наявність і реалістичність планових показників, зазначених у місцевих планах розвитку сфери охорони здоров'я	75.5%	Рівень А
Чи бере територіальний підрозділ ЦМС участь у плануванні діяльності місцевого органу охорони здоров'я, у процесі ухвалення рішень органом охорони здоров'я та в контрольній діяльності цього органу? Чи допомагає йому така участь?	% фахівців обласних ЦМС, які підтвердили участь у всіх цих заходах і вважають таку співпрацю ефективною завжди або в більшості випадків	100.0%	Рівень А
Загальна оцінка			Рівень В+

**Територіальні підрозділи ЦМС та місцеві органи охорони здоров'я повідомили, що завжди одержують повну та вчасну узагальнену звітність на основі даних закладів.** Усі фахівці-статистики закладів без винятку вважають, що вимоги щодо вчасного подання звітності в місцеві органи влади виконуються дуже добре. Крім того, більшість статистиків (84,6%) повідомили, що ці узагальнені дані регулярно подаються в місцеві адміністрації, включаючи органи охорони здоров'я. Це підтверджується тим фактом, що 100,0% опитаних представників органів охорони здоров'я змогли навести актуальні статистичні дані по відповідній території із зазначенням показників виявлення туберкульозу, ефективності лікування туберкульозу, щеплень від кору, материнської смертності та основні причини материнської смертності. Крім того, в усіх 100,0% випадків без винятку респонденти підтвердили, що територіальний підрозділ ЦМС регулярно бере участь у процесах ухвалення рішень місцевими органами охорони здоров'я, у їхній планово-контрольній діяльності, а також про те, що така участь завжди або в більшості випадків є ефективною.

**Незважаючи на те, що зібрані дані використовуються в розробці місцевих планів охорони здоров'я, вони недостатньою мірою інтегровані в місцевий політичний процес і процес ухвалення рішень, і не завжди є реалістичними.** Як повідомлялося в попередніх розділах, усі обласні, районні та міські виконавчі органи в Україні працюють на основі багаторічних стратегій розвитку охорони здоров'я.

Територіальні підрозділи Центрів медичної статистики (ЦМС)	Відділи статистики в закладах
<ul style="list-style-type: none"> <li>«Чи є показники стратегій реалістичними? Навіщо нам провокувати лікарів до фальсифікації показників або вжиття помилкових заходів? Це нікому не потрібно. Ми завжди намагаємося розробляти плани на основі реальних тенденцій, які ми спостерігаємо. Як ми встановлюємо ці показники? Як правило, просто беремо за основу минулорічний показник».</li> <li>«Чи є порівняльні показники реалістичними? Так і ні. Ми розробляємо плани, але ніколи не знаємо, чи будуть вони виконані. Ми не знаємо, які об'єктивні та суб'єктивні перешкоди постануть перед нами».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>«Обласні та міські органи часто просять нас подавати прогнози. Але ж ми статистики, ми дуже серйозно ставимося до прогнозів. Тому ми намагаємося підготувати показники захворюваності й подаємо їх на запити. Але наші прогнози повертаються до нас як незадовільні, і нам доводиться розробляти додаткові прогнози. А час показав, що саме наші прогнози були правильними, а не нав'язані нам показники. Але все одно нам доводиться планувати всю свою діяльність на підставі нав'язаних нам неправильних прогнозів».</li> </ul>

Опитування підтвердило, що ця стратегія зазвичай (за словами 80,0% опитаних) спирається на актуальну медичну статистику, сформовану ЦМС, але іноді пріоритети розвитку можуть зазначатися лише в загальних словах без конкретних чисельних показників. У деяких стратегіях використовуються такі планові показники, як кількість щеплень, кількість перевірених на туберкульоз, або показники материнської та дитячої смертності, чи показники виявлення онкологічних захворювань. Там, де такі дані використовуються, багато з ЦМС (75,5%) заявили, що планові показники є цілком реалістичними з урахуванням фактичного значення відповідних показників. Пояснення, надані ЦМС, були не дуже однозначними та іноді викликали сумніви з приводу їхніх власних прогнозів.

Крім того, на відміну від ЦМС, статистики закладів охорони здоров'я не завжди впевнені в достовірності статистичних даних, які використовуються для прогнозування потреб в охороні здоров'я на місцевому рівні. Зокрема, лише 30,8% опитаних у ЦМС заявили, що статистичні дані надаються не лише адміністраторам, але й місцевим політичним діячам у намаганні справити суттєвий вплив на пріоритети місцевої влади.

### Показник МЕ-40. Прозорість інформації про діяльність

Ключова інформація про надання послуг має бути легкодоступною для широкого загалу та громадянського суспільства, забезпечуючи можливість реагування та впливу на політику у відповідній сфері. Для ефективного залучення населення до розробки політики охорони здоров'я та надання послуг представники громадянського суспільства та інші зацікавлені сторони повинні мати доступ до інформації про ресурси, наявні в органів охорони здоров'я, про діяльність закладів та дотримання ними стандартів надання послуг. Ця інформація має оприлюднюватися в зрозумілому та зручному форматі, а також надаватися в більш детальному вигляді на запит.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи оприлюднюються узагальнені звіти про моніторинг та звіти ЦМС по всій області?	% фахівців територіальних підрозділів ЦМС, які підтвердили, що зібрана ними інформація оприлюднюється, а також змогли навести підтвердні відомості щодо періодичності, формату та зразків такого оприлюднення	60.0%	Рівень В
Чи існує практика надання даних та/або аналітичної інформації на основі медичної статистики закладів громадянам?	% головних лікарів, які підтвердили наявність такої практики	25.0%	Рівень С
Загальна оцінка			Рівень С+

**Узагальнена медична статистика рідко доводиться до відома громадян, навіть у випадку подання конкретних запитів.** Лише 25,0% керівників закладів обізнані про практику надання медичної інформації широкому загалу або громадянському суспільству. Більше того, чимало адміністраторів не виявляють готовності поширювати інформацію про плани надання послуг їхніми закладами (*«Ми не можемо надавати цю інформацію, тому що міський відділ охорони здоров'я заборонив нам надавати будь-які документи стороннім особам»*) та, особливо, про свої бюджети (*«Це конфіденційна секретна інформація, яка може бути поширена лише на підставі письмового розпорядження головного лікаря»*; *«Кошторис — це не той документ, який слід поширювати»*). На рівні обласних ЦМС 60,0% респондентів заявили, що узагальнені медичні дані регулярно оприлюднюються. Загалом, деяка статистика поширюється в засобах масової інформації ситуативно й лише в небагатьох випадках оприлюднюється на постійній основі на веб-сайтах, що регулярно оновлюються. Наприклад, один із ЦМС вважає інформацію відкритою, хоча її можна знайти лише у вигляді статистичної публікації в окремих закладах, де громадяни теоретично можуть звернутися з проханням про ознайомлення з нею.

Рівень пропозиції даних у сфері охорони здоров'я явно є нижчим від попиту на них, тому що кількість запитів про надання даних від громадськості є великою та зростає. Представники ЦМС пояснили, що вони діляться інформацією з громадськістю, реагуючи в більшості випадків на запити, а кількість запитів є дуже великою. Вона особливо зросла після прийняття нового закону «Про доступ до публічної інформації», який зобов'язав усі державні органи відповідати на інформаційні запити.

- *«Ми перевантажені запитами, причому більшість із них є схожими, але через новий закон ми маємо відповідати на кожний запит окремо. Протягом року після прийняття закону кількість запитів зросла на 60%, включаючи запити громадян та підприємств».*
- *«Ми регулярно одержуємо запити та зазвичай проводимо певну роботу, щоб надати відповіді на них. Наприклад, біля одного з наших сіл розташоване звалище, а мешканці цього села надіслали запит про надання даних про вплив цього звалища: на які захворювання страждає місцеве населення? Якими є рівні смертності? Скільки хворих?»*

## Глава 6. Закупівлі

### Вступ

#### *Еволюція чинного законодавства з питань здійснення державних закупівель*

Державні закупівлі були однією з найбільших проблем, що підривали підзвітність та прозорість державних фінансів України протягом останніх років. Нинішній рамковий Закон України «Про здійснення державних закупівель» є продуктом активної законодавчої роботи та дебатів із міжнародними спостерігачами з приводу деяких його положень.

- **До прийняття нинішнього закону «Про здійснення державних закупівель» у 2010 році у країні у сфері державних закупівель мали місце величезні викривлення.** Ці викривлення значною мірою були обумовлені відсутністю державного нагляду над здійсненням державних закупівель. Протягом 2006-2007 років роль центрального органу регулювання у сфері закупівель виконувала громадська організація (Тендерна палата), котра виявилася вразливою до політичного впливу (завдяки членству політиків у Спостережній раді Тендерної палати), а також мала непропорційні та непрозорі можливості для надання комерціалізованих посередницьких послуг учасникам торгів (наприклад, справляла з них плату за публікацію оголошень на своєму сайті). Тендерна палата відіграла непропорційно велику та непідзвітну роль у дискваліфікації окремих учасників торгів.
- **У відповідь на потужну критику Тендерну палату було ліквідовано, а здійснення державних закупівель у 2008-2009 роках регулювалося Кабінетом Міністрів України.** Регулювання здійснювалося за тимчасовими правилами та за відсутності загальнодержавної законодавчої бази. Зміни до цих правил («Тимчасового положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти») могли вноситися без затвердження парламентом і без консультацій із зацікавленими сторонами.
- **Перші спроби запровадження рамкового закону протягом 2010 року також виявилися проблематичними.** Перший проект закону (затверджений у лютому 2010 року) став об'єктом нищівної критики з боку вітчизняних та провідних міжнародних гравців (зокрема, ЄК та СБ). Проект закону передбачав утворення Органу оскарження, який був би вразливим до політичного впливу, надавав надмірні контрольні повноваження широкому колу державних органів (Казначейству, Держфінінспекції та Рахунковій палаті) та містив прогалини на зразок можливості виведення державних підприємств з-під дії закону.
- **У відповідь на критику Президент України наклав вето на перший проект закону, а новий закон після внесення до нього значних змін було ухвалено в червні 2010 року.** Хоча затверджений законопроект залишав бажати кращого, він враховував більшість рекомендацій та загалом являв собою прорив з точки зору підходів до здійснення державних закупівель, що діяли в Україні. Регулювання закупівель було покладено на уповноважений орган (Міністерство економіки); орган оскарження втратив шанс на включення до свого складу діячів парламенту та уряду й був переданий під контроль Антимонопольного комітету. Ще однією позитивною зміною стало запровадження безоплатного відкритого доступу до інформації про державні закупівлі через офіційний сайт.
- **За час, що минув із 2010 року, відносно прогресивний Закон «Про здійснення державних закупівель» було піддано численним змінам, причому більшість із них погіршували закон.** Як було відзначено в недавній доповіді Рахункової палати України, за 2011-2012 роки в Закон України «Про здійснення державних закупівель» зміни вносилися 17 разів. Ці зміни «призвели до суттєвого викривлення принципів конкуренції та ефективності використання державних коштів (Рахункова палата України, 2013 р.). У 2011 році в Закон було внесено зміни, які скасували вимогу

про узгодження процедур закупівлі з використанням неконкурентних процедур з Міністерством економіки. Найбільше занепокоєння викликали зміни, які передбачали виведення дедалі більшої кількості видів закупівель з-під дії закону. Одним із найбільших сегментів таких закупівель, звільнених від застосування конкурентних процедур закупівель, виявилися всі державні закупівлі, пов'язані з підготовкою до проведення Чемпіонату Європи з футболу 2012 року. Крім того, у 2012 році до Закону було внесено зміни, які звільнили більшість державних підприємств від необхідності здійснення закупівель за конкурентними процедурами та надали змогу закуповувати широке коло товарів і послуг з використанням неконкурентних методів. Інформацію про закупівлі, що здійснюються державними підприємствами, було вилучено з відкритого доступу.

**Загалом, на даний час у сфері державних закупівель частка товарів і послуг, що закуповуються з використанням конкурентних процедур, скорочується.** У рамках цього дослідження під час інтерв'ю не вдалося зібрати достовірну статистику закупівель, оскільки більшість респондентів почувалися дуже вразливими стосовно пред'явлення будь-яких документів чи даних. Водночас, статистичні дані, оприлюднені у ЗМІ (Magusov 2012), показують, що в першій половині 2012 року на відкриті торги припадало менше половини всіх закупівель (45%), і цей показник уперше з 2007 року виявився нижчим за частку закупівель за неконкурентними процедурами (див. рисунок 58). Дані також показують, що на ці два види закупівель припадає основний об'єм усіх операцій, тоді як решта видів закупівель (переговори, двоступеневі торги та закриті торги) явно використовуються менш активно.

**Рисунок 58 Державні закупівлі у 2007-2012 роках (з роботи (Magusov 2012))**

	2007	2008	2009	2010	2022	1-ша половина 2012 р.
Загальний обсяг державних закупівель в Україні (млрд грн.)	142,3	167,3	105,3	172,1	325,1	222,7
У тому числі:						
Відкриті торги (%)	39%	44%	67%	56%	67%	45%
Неконкурентні закупівлі (%)	53%	48%	28%	41%	30%	54%
Конкурентні переговори (%)	3%	1%	2%	1,4%	0,5%	0,3%
Двоступеневі торги (%)	1%	3%	1%	0,4%	2%	0%
Закриті торги (%)	-	-	-	-	1%	0,3%
Закриті переговори (%)	1%	1%	1%	1%	-	-
Зворотні аукціони (%)	3%	3%	1%		-	-

### Державні закупівлі у сфері охорони здоров'я

Заклади охорони здоров'я підпадають під дію Закону України «Про здійснення державних закупівель», і з 2010 року дотримуються значно покращених правил здійснення закупівель. Закупівля товарів і послуг надавачами медичних послуг, що фінансуються з державного бюджету, регулюється Законом України «Про здійснення державних закупівель» та не підпадає під винятки, запроваджені в 2010-2012 роках. У зв'язку з цим більшість закупівель (крім малоцінних об'єктів) здійснюється за процедурою відкритих торгів з усіма відповідними процедурами (публікацією інформації про торги, наявністю можливостей для оскарження, перевіркою закупівель). Навіть закупівля послуг у монопольних постачальників на місцевому рівні (наприклад, комунальних послуг) повинна здійснюватися за процедурою торгів (більшість респондентів критично висловлювалися з приводу цього).

Хоча деяка продукція закуповується закладами охорони здоров'я напряму, значна частка закупівель здійснюється централізовано. Як буде докладно показано в цій главі, заклади закуповують більшість основних об'єктів закупівель (медичні вироби, харчові продукти, комунальні послуги) напряму, але деякі закупівлі здійснюються централізовано на рівні місцевих державних

адміністрацій (зокрема, дорогих речей на зразок медичної техніки). Крім того, заклади охорони здоров'я використовують різні товари (вакцини, тести, реагенти, засоби для лікування онкохворих, імплантати, інструменти та обладнання для встановлення імплантатів, тести рівня глікемії, медичну продукцію для лікування серцево-судинних захворювань тощо), які закуповуються централізовано в рамках загальнодержавних цільових програм.

## Нормативне регулювання

### Показник PR-41. Прозорість і зрозумілість нормативного регулювання державних закупівель у секторі охорони здоров'я

**Чіткі нормативні акти з питань державних закупівель медичної продукції створюють рівні умови для конкуруючих постачальників, забезпечують захист від корупції та допомагають забезпечити оптимальні ціни.** Відкритість, комплексність та якість нормативних документів з питань закупівель — це головна вимога до належної системи закупівель. Обсяг і характер законодавчої бази у сфері державних закупівель визначається Компонентом I Методика оцінки систем державних закупівель ОЕСР (MAPS) (OECD 2010) та використовуються як перший показник (VII.1) у рамках Інструмента кількісної оцінки прозорості в державному фармацевтичному секторі ВООЗ (WHO 2009). Відповідно до належної практики у сфері закупівель для потреб охорони здоров'я ВООЗ рекомендує, щоб національне законодавство містило чіткі норми, за якими фахівці з закупівель мають визначити один із чотирьох ключових методів здійснення закупівель: відкриті торги, закриті торги, конкурентні переговори або закупівлю в одного учасника. Методика ОЕСР додатково вказує, що оцінка регуляторного середовища повинна охоплювати національне законодавство та процедури його імплементації на нижчих рівнях, включаючи фактичні правила, якими регулюється здійснення процесів і процедур закупівель.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Базовий рівень	Оцінка
Чи застосовує уряд прозорі та чітко визначені процедури здійснення державних закупівель у секторі охорони здоров'я та чи чітко він визначає метод здійснення закупівель, який має застосовуватися?	Національне законодавство з питань закупівель	Чіткі норми, які визначають порядок застосування чотирьох основних методів здійснення закупівель	Оцінка А
Чи чинні рекомендації щодо вибору методу закупівель достатньою мірою конкретизовані за видами продуктів?	% членів комітетів з конкурсних торгів, які підтвердили достатність конкретизації порядку вибору методів закупівель	37,3%	Оцінка С
Чи придатні чинні правила застосування конкурентних методів закупівель та чи добре вони працюють на практиці?	% членів комітетів з конкурсних торгів, які вважають, що законодавство з питань конкурентних закупівель застосовується дуже добре або потребує лише незначного поліпшення	75,0%	Оцінка А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Оцінка В+</b>

**Закон України «Про здійснення державних закупівель»** описує основні методи здійснення закупівель та чітко визначає підстави для застосування конкурентних і неконкурентних методів. Прийнятий у 2010 році чинний Закон України «Про здійснення державних закупівель»<sup>164</sup> визначає п'ять методів здійснення державних закупівель об'єктів, вартість яких перевищує встановлене граничне значення<sup>165</sup>, та визначає ситуації, за яких має застосовуватися кожний із п'яти методів, а також ключові вимоги та процедури. При цьому важливо, що в законі чітко розрізня-

<sup>164</sup> Закон України «Про здійснення державних закупівель» № 2289-VI від 01.06.2010 року з останніми змінами від 09.05.2013 року; <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2289-17>

<sup>165</sup> 100 тисяч гривень при закупівлі товарів (300 тисяч гривень при закупівлі товарів для будівництва) та 1 млн гривень при закупівлі робіт.



ються конкурентні та неконкурентні методи здійснення закупівель, і встановлюється суворий та чіткий ліміт для застосування неконкурентних методів.

- Типовим методом здійснення закупівель є відкриті торги<sup>166</sup> (або торги з обмеженою участю<sup>167</sup>, але кваліфікаційні вимоги зводяться до наявності матеріально-технічної бази, обладнання та кваліфікованого й досвідченого персоналу, досвіду діяльності та фінансової спроможності).
- Якщо конкретні технічні умови для здійснення закупівель неможливо визначити без проведення з постачальниками попередніх переговорів, Закон «Про здійснення державних закупівель» передбачає можливість проведення двоступеневих торгів, але лише у сфері будівництва, науково-дослідних та дослідно-конструкторських робіт<sup>168</sup>.
  - Закупівлі товарів і послуг у розмірі до 200 тисяч гривень за наявності активного ринку можна було реалізовувати централізовано шляхом конкурентних переговорів, але за чітко врегульованою процедурою (не менше трьох конкурентних пропозицій; оприлюднення оголошення про проведення торгів у загальнонаціональному виданні та на урядовому сайті, чіткі вимоги до змісту оголошень та строків виконання кожного етапу).
  - Безпосередня закупівля в одного учасника дозволяється у винятковому порядку при здійсненні чітко визначених видів закупівель<sup>169</sup> (наприклад, у разі закупівлі творів мистецтва, укладення договору з переможцем архітектурного конкурсу або конкурсного відбору з виконання науково-дослідних робіт, нагальної потреби у здійсненні закупівлі, кількаразової неспроможності знайти постачальників шляхом відкритих торгів, необхідності здійснення додаткової закупівлі у того самого постачальника з технічних причин тощо).

**Хоча закон «Про здійснення державних закупівель» чітко визначає ситуації, в яких застосування конкурентних процедур є обов'язковим, фахівцям із закупівель часто не вистачає чітких інструкцій щодо конкретних умов здійснення конкурентних закупівель.** Опитані фахівці з закупівель в Україні добре знають закон «Про здійснення державних закупівель» та основні вимоги, які стосуються методів здійснення закупівель. Водночас, лише 37,3% опитаних фахівців вірять у достатність його положень щодо застосування конкурентних процедур. Зокрема, не завжди просто вирішуються питання вибору між проведенням одноступневих чи двоступневих торгів, відкритих чи закритих торгів, звичайних торгів чи зворотного аукціону тощо.

**При цьому більшість фахівців із закупівель вважають, що норми щодо конкурентного здійснення закупівель завжди застосовуються та працюють як треба.** Більшість респондентів (75,0%) вважають, що законодавство з питань закупівель є стійким і застосовується як належить, незважаючи на певні технічні питання, що постають у процесі застосування чинного законодавства. Фактично, деякі фахівці з закупівель роздратовані з приводу необхідності додержуватися норм і скаржаться з приводу необхідності виконання додаткової паперової роботи. Деякі з них згадують про те, що після прийняття нового закону чимало закладів втратили зацікавленість у здійсненні закупівель і з радістю погоджуються на здійснення закупівель у централізованому порядку через місцеві держадміністрації у випадку необхідності проведення конкурсних торгів.

- *«Лікарні не дуже раді здійснювати великі закупівлі через необхідність тендерів. Вони дуже раді передоручити їх адміністрації».*

**Там, де лікарні скаржаться на надмірну жорсткість процесу закупівель, її джерелом, як правило, є бюджетне законодавство, а не законодавство про здійснення державних закупівель.**

<sup>166</sup> Глава IV Закону України «Про здійснення державних закупівель»

<sup>167</sup> Глава VII Закону України «Про здійснення державних закупівель»

<sup>168</sup> Глава V Закону України «Про здійснення державних закупівель»

<sup>169</sup> Глава VIII Закону України «Про здійснення державних закупівель»

Закон «Про здійснення державних закупівель» вимагає від усіх закладів виконувати річний план закупівель, який має бути прив'язаний до бюджету закладу та підлягає поданню в Казначейство в рамках процесу формування річного бюджету. Нормативні документи Міністерства економічного розвитку та торгівлі вимагають, щоб план здійснення закупівель охоплював як закупівлі товарів, послуг і робіт, вартість яких перевищує граничні значення (в основному розділі плану), та закупівлі, вартість яких є нижчою від граничного значення (в додатку)<sup>170</sup>. Ця вимога є віддзеркаленням загальної жорсткості порядку формування бюджету, про що йдеться у главі «Планування та бюджетування». Опитані фахівці з закупівель піддають нищівній критиці відсутність простору для маневру навколо запланованих обсягів закупівлі окремих товарів. Їхнє невдоволення, однак, пов'язане, в основному, з загальною проблемою централізації мандатів у рамках бюджетного процесу, а не з законодавством з питань здійснення закупівель як таким.

- *«Найбільшою проблемою з тендерами є те, що нам доводиться планувати кожен одиницю наперед, до ампули. Як таке можна спланувати? Але нам доводиться, а потім ми нічого не можемо змінити».*

**Дрібні закупівлі, для яких застосування положень закону «Про здійснення державних закупівель» не є обов'язковим, здійснюються без додержання чітких правил і, досить часто, з використанням непрозорих підходів (на зразок «роботи з традиційними постачальниками»).** Як відзначалося вище, Закон України «Про здійснення державних закупівель» застосовується до закупівлі товарів, послуг і робіт, вартість яких перевищує певні граничні значення: 100 тисяч гривень при закупівлі товарів (300 тисяч гривень при закупівлі товарів для будівництва) та 1 млн гривень при закупівлі робіт. Централізовано встановлених правил закупівлі товарів, послуг і робіт, вартість яких не перевищує зазначені показники, не існує. Опитування показало, що в переважній більшості випадків ні місцева влада, ні самі заклади не розробляють ні додаткові процедури, ні навіть загальні принципи регулювання малоцінних закупівель. Про наявність додаткових письмових правил здійснення малоцінних закупівель повідомив лише один із респондентів, який згадав, що керівництво його закладу затвердило процедуру, що передбачає аналіз витрат за альтернативними варіантами при здійсненні закупівлі товарів, послуг і робіт, вартість яких є нижчою від граничного значення. У більшості випадків рішення про такі закупівлі приймаються безсистемно, а часто — *«на основі практики, що склалася»* (тобто договори укладаються з традиційними постачальниками).

## Цикл здійснення закупівель

### *Показник PR-42. Методика визначення обсягів фармацевтичної продукції для закупівлі*

**Для мінімізації ризику відкатів з боку постачальників за закупівлю невинуватих обсягів фармацевтичної продукції обсяги, що закуповуються, мають визначатися на основі об'єктивного методу кількісної оцінки.** Однією з конкретних вимог до закупівлі лікарських засобів є необхідність застосування прозорої та об'єктивної методики розрахунку обсягів фармацевтичної продукції, що закуповуються. За відсутності такої методики фахівці з закупівель стають вразливими до ризиків прийняття відкатів від постачальників за закупівлю невинуватих обсягів певної продукції. Це може призвести до викривлення складу ліків, що закуповуються, закупівлі надмірних обсягів непотрібної продукції та дефіциту інших необхідних речей. Для уникнення цього лікарням слід користуватися об'єктивними методами кількісної оцінки для визначення обсягів закупівлі фармацевтичної продукції: за споживанням (на основі історичних даних), за рівнем захворюваності, за відкоригованим рівнем споживання, за прогнозним рівнем обслуговування. Незважаючи на те, який метод чи їх комбінацію обрано, методика має бути чітко задокументованою та повинна ґрунтуватися на об'єктивних критеріях (WHO 2009).

<sup>170</sup> Інструкція щодо заповнення форми річного плану закупівель, затверджена Наказом Міністерства економіки України 26.07.2010 № 922 в редакції Наказу Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 27.12.2011 № 428.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існує чітко визначене правило виконання кількісної оцінки для визначення обсягу фармацевтичної продукції, що закуповується?	% фахівців із закупівель, які підтвердили наявність такого правила (формального чи неформального правила, яке регулярно застосовується)	62,5%	Рівень В
Чи спирається кількісна оцінка на об'єктивні параметри (на зразок історичних даних про рівень споживання, прогнозах майбутніх обсягів обслуговування та рівнів споживання, даних про захворюваність), а не на суб'єктивні чинники?	% фахівців із закупівель, які зазначили суб'єктивні чинники серед трьох найважливіших чинників, які впливають на їх розрахунки обсягів закупівлі лікарських засобів	87,5%	Рівень D
Загальна оцінка			Рівень С

**Розрахунок обсягів фармацевтичної продукції, що закуповується, здійснюється в Україні згідно з певними правилами, але ці правила є не повними, а іноді — суперечливими, що залишає простір для маніпуляцій.** Як зазначалося вище у главі 3, бюджетне планування на рівні закладів ведеться за низкою детальних нормативів забезпеченості:

- **З одного боку, ці нормативи визначають кілька вимог щодо видів лікарських засобів, які мають надаватися закладами.** Наприклад, Наказ МОЗ № 500 визначає докладний перелік та кількість лікарських засобів, які мають бути в наявності в будь-якій бригаді швидкої допомоги<sup>171</sup>. Крім того, кілька привілейованих груп населення (діти, інваліди, постраждали від аварії на ЧАЕС, ветерани війни та праці, деякі категорії пенсіонерів тощо) з певними групами захворювань мають право на одержання лікарських засобів без оплати або зі знижкою при амбулаторному лікуванні<sup>172</sup> за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України<sup>173</sup>. Конкретні види лікарських засобів визначаються також у клінічних протоколах, котрі зараз запроваджує МОЗ<sup>174</sup>.
- **З другого боку, рекомендації<sup>175</sup> щодо підготовки бюджетів вимагають від закладів ув'язувати розрахунок витрат на закупівлю лікарських засобів<sup>176</sup> із кількістю ліжко-днів та відвідувань закладу пацієнтами.** Як і у випадку інших видатків, закладам доводиться пояснювати порядок визначення видатків у розрахунку на ліжко-місце, включаючи відповідні лікарські засоби.
- **З огляду на обмежений обсяг бюджетних коштів закладам, фактично, доводиться застосовувати нормативи вибірково, що створює простір для визначення обсягів окремих видів лікарських засобів на власний розсуд (дискреційно).** Оскільки бюджетні призначення є зазвичай набагато меншими за обсяги лікарських засобів, передбачені нормативами МОЗ та КМУ, обґрунтування видатків, що подаються закладами, як правило, спираються на припущення про

<sup>171</sup> Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 500 від 29.08.2008 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні», [http://www.mediline.lviv.ua/html/iiieiaeiij\\_idi\\_noaio3p\\_oaeaei\\_iaae\\_ii\\_aiiiiiae-iaadae3e\\_e3e3a.html](http://www.mediline.lviv.ua/html/iiieiaeiij_idi_noaio3p_oaeaei_iaae_ii_aiiiiiae-iaadae3e_e3e3a.html)

<sup>172</sup> Постанова Кабінету Міністрів України № 1303 від 17.08.1998. «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань», <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1303-98-%D0%BF>

<sup>173</sup> «Перелік лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів», затверджений Постановою Кабінету Міністрів України № 1071 від 05.09.1996., <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1071-96-%D0%BF>

<sup>174</sup> Наприклад, див. <http://medstandart.net/browse/2464>.

<sup>175</sup> Відповідні норми визначаються «Методичними рекомендаціями щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я». Теоретично вони не є обов'язковими для застосування, але МОЗ наполягає на їх додержанні. Рекомендації не мають статусу нормативного акту та існують у вигляді наукової статті, опублікованої МОЗ спільно з Інститутом стратегічних досліджень при МОЗ. Водночас, цей документ було розроблено у відповідь на вимогу Кабінету Міністрів України забезпечити регулювання деяких питань (див. Постанову КМУ № 208 від 17.02.2010 р. «Про окремі питання удосконалення системи охорони здоров'я»). Жоден із цих документів не встановлює обов'язковості рекомендацій, але загальний тон Рекомендацій є наказовим.

<sup>176</sup> Код економічної класифікації 1132

те, що керівники закладів самостійно визначатимуть перелік необхідних лікарських засобів, що закуповуватимуться. У главі 3 подано приклад того, як гіпотетичний заклад зазвичай застосує нормативи використання лікарських засобів під час виклику швидкої допомоги на випадок гіпертонічного кризу з використанням можливостей, передбачених переліком лікарських засобів («Бендазол», «Папаверін», магnezія, «Анальгін», «Ласікс», шприци та спирт). Обов'язковий набір лікарських засобів за поточними цінами коштує 4,26 грн., але фактичний обсяг коштів, виділених на них із бюджету, становить близько 1,62 грн. або 35% від потреби. Для додержання нормативів за умов обмеженого обсягу бюджетних коштів закладам доводиться показувати, який пакет лікарських засобів буде застосовуватися замість нормативного та закуповувати лише частину необхідних лікарських засобів, а не повний пакет. Таким чином, у керівників закладів виникає певний простір для маневру при виборі між окремими видами лікарських засобів, яким вони можуть користуватися без додержання певних правил.

**Відзеркаленням цих суперечностей у законодавстві є змішані відповіді фахівців із закупівель, із яких 62,5% підтвердили, що певні правила визначення обсягів застосовуються регулярно.** Більшість опитаних фахівців із закупівель підтвердили, що завжди застосовують певні правила визначення обсягів лікарських засобів для закупівлі; половина вибірки заявила, що це правило не є формальним, а 12,5% послалися на наявність письмових процедур. Після нагадування вони, як правило, згадували різні нормативні документи (на зразок процитованого вище Наказу МОЗ № 500), а також норми, які передбачають безоплатне надання лікарських засобів пільговикам.

**Водночас, у більшості випадків суб'єктивні чинники теж відіграють потужну роль.** Більшість фахівців із закупівель (87,5%) пояснили, що попри те, що в розрахунках враховується ціла низка правил, а самі вони здійснюються у встановленому порядку, суб'єктивні судження досі залишаються одним із трьох найважливіших чинників при визначенні конкретних обсягів лікарських засобів до закупівлі. Наприклад, таким чинником може бути *«думка фахівців обласного рівня», «переговори з іншими лікарнями та закладами»* або *«аналіз бюджетних обмежень і пошук шляхів надання необхідних лікарських засобів у межах виділених коштів»*.

- *«Більшість маніпуляцій відбуваються на етапі планування... Іноді розробляються плани закупівлі дуже сумнівних обсягів різноманітної продукції. Варто було б зробити цей етап більш прозорим».*

**Дуже часто обсяги закупівель обґрунтовуються соціальними пріоритетами, за якими ховаються ті самі суб'єктивні судження, а не підхід на основі правил.** Більшість фахівців із закупівель, які вимушені балансувати між нормативами, які неможливо дотримати, та обмеженими бюджетами пояснюють свої підходи до визначення обсягів закупівлі фармацевтичної продукції власним розумінням найбільш гострих соціальних пріоритетів. Наприклад, у багатьох випадках лікарські засоби, що закуповуються, визначаються *«так, щоб заклад міг безоплатно обслуговувати найменш захищені групи»*. Хоча, в принципі, такий підхід є зрозумілим, його застосування не ґрунтується ні на якій прозорій формулі та легко піддається маніпуляціям. До відносно об'єктивніших підходів можна віднести правило *«пріоритетності»* закупівлі наркотичних знеболюючих (опіатів) (оскільки пацієнти самі не можуть придбати їх) або закупівлі ліків, які використовуються службою швидкої допомоги (через неможливість просити пацієнтів закуповувати відповідні ліки самостійно).

### **Показник PR-43. Функціональність і незалежність Тендерного комітету**

**Розгляд постачальників та визначення переможців торгів має проводитися спроможним Тендерним комітетом, чії функції мають бути чітко відокремлені від функцій служби закупівель.** ВООЗ підкреслює, що в циклі закупівель є декілька функцій, котрі мають бути чітко розмежовані між службою закупівель та Тендерним комітетом<sup>177</sup>. Зокрема, служба закупівель має відпові-

<sup>177</sup> Ці питання охоплені показником VII.5 Інструменту вимірювання прозорості в державному фармацевтичному секторі ВООЗ.



дати за підготовку торгів (включаючи визначення потреб з точки зору складу та обсягу продукції, яку необхідно закупити), управління процесом проведення торгів та адмініструванням договору, включаючи моніторинг діяльності постачальників. Усі завдання, пов'язані з розглядом інформації про постачальників та відбором постачальників до участі в торгах, а також ухвалення рішень про переможців торгів мають здійснюватися окремим Тендерним комітетом. Таке розмежування функцій запобігає конфліктам інтересів та обмежує здатність служби закупівель впливати на результати торгів шляхом маніпуляцій з вимогами до товарів, які закуповуються, викривлення кваліфікаційних вимог до постачальників або штучного завищення обсягів деяких закупівель (ВНО 2009).

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існує Тендерний комітет, котрий керує закупівлею на основі конкурентних методів?	% фахівців із закупівель, які здійснюють конкурентні закупівлі (при вартості об'єктів закупівель вище граничної), що підтвердили наявність та функціональність ТК	100,0%	Рівень А
Чи є ключові функції служби закупівель та тендерного комітету чітко розмежованими?	% фахівців із закупівель, які підтвердили, що функції СЗ та ТК розмежовано	0,0%	Рівень D
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень C+</b>

**Закон України «Про здійснення державних закупівель» вимагає від кожної організації, що здійснює за державні кошти закупівлю об'єктів, вартість яких перевищує граничне значення, утворити комітет з конкурсних торгів, і це правило застосовується неухильно.** Будь-які закупівлі об'єктів, вартість яких перевищує граничне значення за законом «Про здійснення державних закупівель», здійснюються комітетом з конкурсних торгів<sup>178</sup>, утвореним замовником у складі своїх працівників. Комітет з конкурсних торгів повинен складатися, як мінімум, з п'яти членів, включаючи голову та секретаря. Голова та секретар повинні пройти навчання для спеціалістів у сфері здійснення закупівель (а іншим членам ТК бажано пройти таке навчання). Усі заклади, чиїх спеціалістів було опитано, при закупівлі товарів, вартість яких перевищує граничне значення, утворили відповідні комітети конкурсних торгів (ТК) (один із опитаних закладів є досить невеликим, тому всі його закупівлі не підпадають під дію закону, тому ТК в ньому не утворювався).

**Закон «Про здійснення державних закупівель» не вимагає розмежування функцій СЗ та ТК, а радше розглядає їх як єдине ціле.** У законі «Про здійснення державних закупівель» подано перелік функцій ТК, які фактично охоплюють весь цикл здійснення закупівель<sup>179</sup>. У ньому не розмежовуються підготовка торгів та ухвалення рішень про укладення договорів. Зокрема, ТК відповідає за: планування процесу закупівель; розробку річного плану закупівель; вибір методу здійснення закупівель; попередню кваліфікацію учасників торгів у випадку проведення закритих торгів; контроль правильності та прозорості процесу закупівель; відбір переможців конкурсних торгів; ведення належної документації щодо закупівель і здійснення моніторингу. Закон «Про здійснення державних закупівель» також передбачає, що в тому випадку, якщо кількість посадових осіб є меншою, то всі посадові особи замовника мають входити до складу ТК.

**Таким чином, у жодній із опитаних організацій функції ТК з відбору учасників торгів не було відокремлено від решти функцій у циклі закупівель.** Як правило, заклади охорони здоров'я не мають фахівців із закупівель як таких; комітети конкурсних торгів (ТК) складаються з бухгалтерів, лікарів та інших штатних працівників. ТК виконує широке коло завдань, пов'язаних зі здійсненням закупівель, а його члени несуть особисту відповідальність за якість виконання цих завдань. Водночас, членство в ТК не звільняє працівників від службових обов'язків, що віднімає в них багато часу та викликає, згідно з результатами співбесід, чи не найбільше роздратування. У деяких випадках певні функції ТК можуть делегуватися окремим підрозділам (наприклад, бухгалтерії, яка

<sup>178</sup> «Комітет з конкурсних торгів»

<sup>179</sup> Стаття 11



часто допомагає розраховувати обсяги закупівлі товарів і послуг та узгоджує їх із бюджетними обмеженнями; юридичні відділи можуть допомагати у визначенні методів здійснення закупівель, передбачених чинними нормами; а старші сестри можуть управляти виконанням договорів, проводячи, наприклад, перевірку продукції, що надійшла). Водночас, усі опитані ТК виконують, як мінімум, по два-три потенційно суперечливих завдання.

- «Найбільшою проблемою для нас як для комітету з конкурсних торгів є відсутність спеціалізованого підрозділу, який допомагав би нам виконувати технічну роботу. Те, що ми робимо при здійсненні закупівель, суперечить нашим звичайним службовим обов'язкам; усе це справді зважає нам працювати на своїх місцях».
- «Якби в мене була можливість внести рекомендації щодо змін до цієї системи, я б створив посади для людей, які опікуватимуться лише закупівлями».

### Показник PR-44. Об'єктивні критерії призначення членів ТК

**Члени тендерного комітету мають добиратися за об'єктивними критеріями, що враховують їх професійну кваліфікацію та відсутність суперечливих інтересів.** З огляду на вирішальну роль тендерного комітету в процесі закупівель, прозорий відбір його членів має критичне значення для запобігання неетичній поведінці. Головне, щоб критерії відбору були чітко визначені та належним чином застосовувались. Також важливо, щоб ці критерії передбачали можливість запобігання потенційному конфлікту інтересів. Крім того, підвищенню якості рішень сприяють забезпечення в критеріях належної професійної кваліфікації членів комітету та його представницького характеру, а також періодична ротація членів комітету (WHO 2009)<sup>180</sup>.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи наявні конкретні та прозорі критерії визначення членів Тендерного комітету, які містять положення проти конфлікту інтересів, вимагають періодичної ротації та встановлюють вимоги до професійної кваліфікації?	Національні норми	У законі «Про здійснення державних закупівель» визначено вимоги до членів ТК, але всі вони зводяться до відсутності конфлікту інтересів	Рівень С
Чи відомі фахівцям з закупівель критерії членства в ТК, установлені нормативними актами?	% респондентів, які підтвердили необхідність відбору членів ТК за критеріями, які відповідають вимогам ЗУ «Про здійснення державних закупівель», або за більш суворими критеріями	12,5%	Рівень D
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень D+</b>

**У ЗУ «Про здійснення державних закупівель» окреслено критерії членства в комітеті з конкурсних торгів, але вони зводяться до відсутності конфлікту інтересів.** Законом передбачено, що «членство в комітеті з конкурсних торгів не має створювати протиріччя між інтересами замовника та учасника..., наявність якого може вплинути на об'єктивність ... рішень щодо вибору переможця процедури закупівлі». Крім того, закон забороняє включати до складу комітету посадових осіб та членів їх сімей, а також членів рад усіх рівнів. Закон не містить вимог щодо ротації та професійної кваліфікації членів комітету.

**Хоча більшість опитаних фахівців вважали, що конкретних критеріїв членства в ТК не існує, лише один із них згадав про конфлікт інтересів, тоді як решта вважали, що єдиним критерієм є професійна кваліфікація.** Більшість фахівців із закупівель/членів ТК (75,0%) заявили, що відбір членів комітету з конкурсних торгів здійснюється за конкретними критеріями, але лише один із них

<sup>180</sup> Ці питання охоплені показниками VII.7 та VII.9 Інструменту вимірювання прозорості в державному фармацевтичному секторі ВООЗ.

заявив, що ці критерії чітко прописано (у законі «Про здійснення державних закупівель») й досить чітко процитував відповідне положення («згідно з законом вони не повинні бути родичами»). Усі решта опитаних заявили, що критерії відбору є конкретними, але їх не прописано в жодному документі; половина з них заявили, що ці критерії є прозорими, а більшість (75,0%) відзначили, що ці критерії пов'язані з навичками, знаннями та особистими якостями кандидатів. Інакше кажучи, більшість фахівців на місцях не обізнані з вимогами ЗУ «Про здійснення державних закупівель», й їх було відібрано за конкретними, але різними правилами:

- *Кандидат повинен бути «професійно ретельним», «розуміти процес закупівель», «мати достатній рівень професійної відповідальності», «мати добрі професійні навички у своїй сфері», «мати навички та знання для забезпечення достатньої професійної різноманітності серед членів комітету».*

### Показник PR-45. Виконання рішень Тендерного комітету

**Рішення Тендерного комітету мають виконуватися на практиці.** Очевидною вимогою до функціональності Тендерного комітету є обов'язковість виконання його рішень. Досвід різних країн світу показує, що це трапляється не завжди (WHO 2009). Інші учасники процесу закупівель можуть знаходити різні шляхи обходу рішень Тендерного комітету, починаючи від незначних відхилень від затверджених обсягів чи вибору постачальників, і закінчуючи відвертими порушеннями. Хоча деякі рішення Тендерних комітетів можуть скасовуватися з об'єктивних причин з використанням офіційно встановлених законних процедур, надто часте скасування таких рішень теж є тривожною ознакою та може вказувати на інституційний опір незалежному перебігу процесу конкурсних торгів<sup>181</sup>.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи завжди враховуються рішення Тендерного комітету в процесі здійснення закупівель?	% фахівців з закупівель, які заявили, що рішення ТК враховуються завжди	100.0%	Рівень А
Чи траплялися протягом минулого (2012) року випадки скасування рішень ТК?	% фахівців із закупівель, які заявили, що деякі рішення ТК протягом минулого року були скасовані	0.0%	Рівень А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень А</b>

**Опитані заявили про неухильне дотримання рішень комітетів з конкурсних торгів.** Усі без винятку рішення таких комітетів, як здається, практично реалізуються, а випадків скасування чи відкликання їх рішень з будь-яких причин не траплялося. З огляду на те, що комітети конкурсних торгів відіграють провідну роль у процесі здійснення закупівель згідно з ЗУ «Про здійснення державних закупівель», респонденти не вбачають можливості порушення або невиконання їх рішень. «Закон вимагає виконувати рішення Тендерного комітету, не виконувати їх неможливо, цього не буває».

### Показник PR-46. Оскарження

**Можливість протесту учасників торгів, яких не було визнано переможцями, проти ухвалених рішень має критичне значення для забезпечення справедливої та чесної конкуренції за державні кошти.** Ефективний механізм розгляду скарг є невід'ємним елементом будь-якої системи закупівель. Його наявності вимагають як ОЕСР на загальнодержавному рівні (OECD 2010), так і ВООЗ у секторі охорони здоров'я (WHO 2009). Такий механізм повинен передбачати формалізований процес подання скарг з боку учасників торгів, чиї пропозиції було відхилено; скарги мають розглядатися органом, який має достатній рівень незалежності та повноважень для примусового

<sup>181</sup> Ці питання охоплені показником VII.6 Інструменту вимірювання прозорості в державному фармацевтичному секторі ВООЗ.

виконання альтернативних рішень. Важливо, щоб результати розгляду скарг були відкритими для всіх зацікавлених осіб та громадськості<sup>182</sup>.

Таблиця балів (Метод 1)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існує формалізований процес оскарження для тих учасників торгів, чій пропозиції було відхилено? <b>[найслабша ланка]</b>	% фахівців із закупівель, які підтвердили наявність формалізованого процесу оскарження	100,0%	Рівень А
Чи здійснюється процес оскарження на практиці? Скільки скарг було подано проти опитаних закладів протягом останнього фінансового року?	Частка фахівців із закупівель, які зазначили ненульовий показник	Так (25,0%)	Рівень А
Чи оприлюднюються рішення, ухвалені за результатами розгляду скарг?	% фахівців із закупівель, які підтвердили, що рішення щодо скарг оприлюднюються	37,5%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень А-</b>

**Закон України «Про здійснення державних закупівель» визначає чітку та детальну процедуру оскарження рішень, ухвалених у процесі здійснення закупівель.** Учасники торгів, котрі вважають, що їх пропозиції було необґрунтовано відхилено, можуть оскаржити рішення в національному органі оскарження (Постійно діючій адміністративній колегії Антимонопольного комітету України) або в суді. Правила та процедури оскарження чітко описано в ЗУ «Про здійснення державних закупівель» (див. виноску 17).

#### Виноска 17. Правила оскарження в разі порушень у сфері здійснення державних закупівель в Україні

Розглядом скарг на порушення при здійсненні державних закупівель відає *Постійно діюча адміністративна колегія* Антимонопольного комітету України з розгляду скарг про порушення законодавства у сфері державних закупівель. Постійно діюча адміністративна колегія складається з трьох державних уповноважених АМКУ. Її очолює особа з вищою освітою в галузі права. Члени комісії не повинні мати конфліктів інтересів щодо суб'єктів оскарження; відповідні питання розглядаються та вирішуються головою колегії (члена колегії може бути відсторонено від розгляду справи). Суб'єкт оскарження або замовник можуть оскаржувати рішення Колегії в судовому порядку.

Рішення Колегії надаються в письмовій формі в Міністерство економічного розвитку і торгівлі України (державний Уповноважений орган у сфері закупівель), суб'єкту оскарження, замовнику, в Державну казначейську службу України та редакцію державного офіційного друкованого видання з питань державних закупівель. Усі рішення колегії підлягають публікації в цьому виданні та оприлюдненню на сайті АМКУ наступного дня після їх ухвалення. Рішення мають бути ухвалені впродовж 30 днів після подання скарги.

Скарги подаються в Постійно діючу адміністративну колегію АМКУ в письмовій формі із чітким зазначенням підстав для оскарження, включаючи посилання на відповідні положення законодавчих актів, які було порушено, із зазначенням обставин або документів, які підтверджують стверджуване порушення. Копія скарги надсилається тій стороні, рішення якої оскаржуються. Скарги можуть подаватися лише тими суб'єктами оскарження, чий інтерес було безпосередньо порушено.

Протягом трьох днів після одержання скарги Колегією вона надсилає відповідні повідомлення суб'єктові оскарження та іншу сторону про час і місце розгляду скарги, щоб дати їм можливість узяти участь у розгляді. Колегія може ухвалити рішення про зупинення процедури закупівлі та повідомити про це всі сторони, Державну казначейську службу та редакцію державного офіційного друкованого видання з питань державних закупівель. Редакція інформується для того, щоб вона не публікувала ніяких рішень з приводу торгів доти, доки не буде ухвалено рішення за результатами розгляду скарги.

<sup>182</sup> Ці питання охоплені показником VII.4 Інструменту вимірювання прозорості в державному фармацевтичному секторі ВООЗ та Показником 10 MAPS ОЕСР.

Існують певні прецеденти, які підтверджують, що механізм оскарження застосовується на практиці, хоча проведені дослідження не дали змоги оцінити якість ухвалених рішень. Чверть опитаних фахівців із закупівель повідомили, що стикалися з випадками подання скарг учасниками конкурсних торгів протягом минулого року. Усі скарги було задоволено; в одному з випадків — після повторного подання скарги в адміністративний суд. Водночас, оскільки дослідження проводилося серед фахівців із закупівель замовників, а не учасників торгів, оцінити якість ухвалених рішень було неможливо.

Попри те, що ЗУ «Про здійснення державних закупівель» встановлює обов'язковість оприлюднення всіх рішень, прийнятих за результатами оскарження, не всі фахівці з закупівель знають, як ця вимога працює в реальному житті та/або невдоволені тим, як вона працює. Як пояснюється на виносці 17, Колегія зобов'язана публікувати всі свої рішення на власному сайті та забезпечувати їх оприлюднення в загальнодержавному «Віснику державних закупівель». Водночас, лише 37,5% опитаних фахівців на рівні закладів підтвердили, що такі рішення публікуються; решті фахівців було важко надати однозначну відповідь. У деяких випадках це було пов'язано з тим, що процес публікації, на думку фахівців, організовано незадовільно: він є повільним і не завжди надійним.

### Показник PR-47. Інформаційна система здійснення закупівель

Єдина та ефективна система управління інформацією про закупівлі допомагає виявляти та розв'язувати проблеми, а також зміцнює підзвітність усіх учасників процесу. Інформація, що генерується на всіх стадіях циклу закупівель має належним чином реєструватися та узагальнюватися, даючи змогу фахівцям із закупівель ухвалювати ефективні рішення, включаючи виявлення товарів низької якості, випадків шахрайства та зловживань. Система має охоплювати всі елементи здійснення закупівель: планові закупівлі; відомості про постачальників та показники їх діяльності (поточні та історичні); документацію на продукцію; відомості про стан окремих замовлень та фактичні обсяги продукції, що надійшли. Як відзначає ВООЗ, ефективність такої системи значно зростає у випадку її комп'ютеризації (WHO 2009)<sup>183</sup>.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи мають заклади інформаційні системи управління, які використовуються для повідомлень про проблеми з продукцією при здійсненні закупівель?	% фахівців із закупівель, які підтвердили наявність такої системи	62,5%	Рівень В
Чи містять існуючі інформаційні системи здійснення закупівель основні види даних (документацію на продукцію; відомості про показники діяльності постачальників; про показники діяльності закладів; інформацію з питань забезпечення якості; відомості про стан окремих замовлень і про обсяги закупівель у порівнянні з оцінками)?	% фахівців із закупівель, які стверджують, що більшість зазначених функцій виконуються системою управління інформацією про закупівлі	37,5%	Рівень С
Чи наявні інформаційні системи зазвичай є комп'ютеризованими?	% фахівців із закупівель, які стверджують, що користуються інформаційними системами здійснення закупівель, у яких більшість функцій комп'ютеризовано	12,5%	Рівень D
Чи існує надійна система відстежування постачальників з низькими показниками та їх включення в «чорні списки»?	Національне законодавство та нормативні документи містять положення, які передбачають дискваліфікацію тих постачальників, які працюють незадовільно.	Чинні нормативні документи не містять положень, яке давало б замовникам змогу здійснювати дискваліфікацію постачальників у випадку постачання в минулому неякісної продукції	Рівень D
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень D+</b>

<sup>183</sup> Ці питання охоплені показником VII.10 Інструменту вимірювання прозорості в державному фармацевтичному секторі ВООЗ.

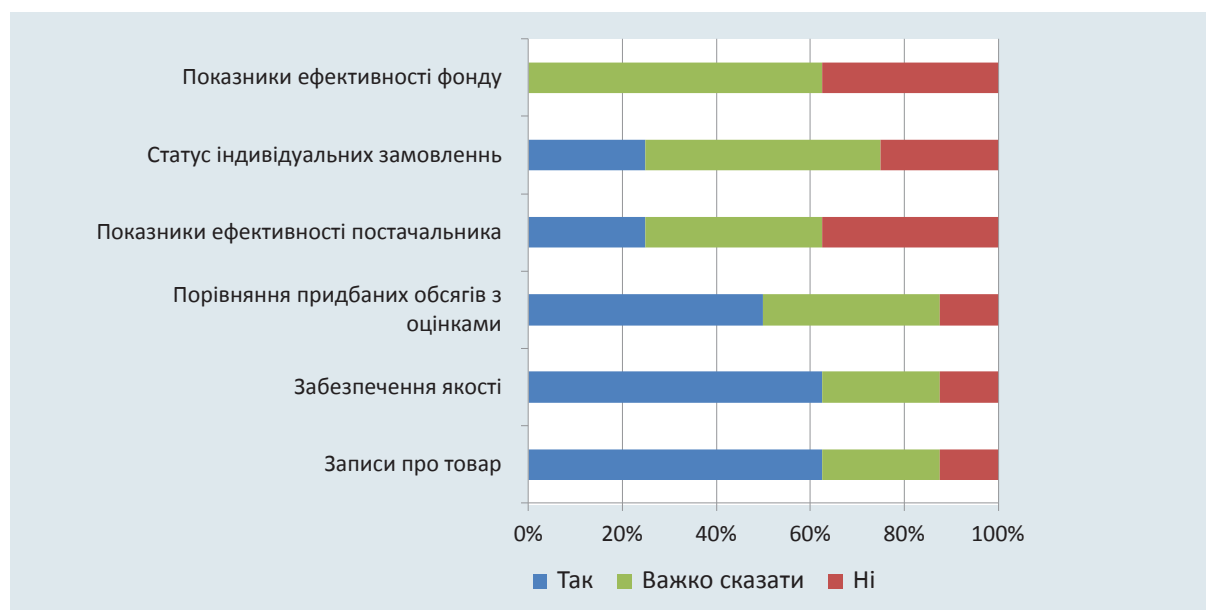
**Більшість закладів користуються системами управління інформацією про закупівлі, але вони рідко є повними та повністю придатними для роботи.** Дані щодо циклу закупівель збираються та архівуються в належний спосіб, але рідко накопичуються в базах оперативних даних, де їх можна було б піддавати перехресному порівнянню та аналізу, й ефективно використовувати. Якись бази даних використовуються для здійснення закупівель у 62,5% опитаних закладів, але ці системи, як здається, мають суттєві вади. Вміст цих систем зазвичай обмежується інформацією про продукти, що закуповуються, та результатами перевірки якості продукції, але навіть ці дані використовуються лише у 62,5% випадків, а у 12,5% випадків взагалі не збираються. Лише половина фахівців із закупівель використовували свої системи для порівняння фактичних обсягів закупівель з плановими. Системи ніколи не містять інформацію про показники діяльності самого закладу.

**Існуючі системи управління інформацією про закупівлі практично не комп'ютеризовані.** Комп'ютеризована система використовувалася лише в одній із опитаних лікарень. Цей заклад придбав спеціалізоване програмне забезпечення та уклав договір із його розробником про підтримку та оновлення; відповідна база даних містить усю ключову інформацію про закупівлі, збирання якої здійснюється. Усі решта закладів відстежують свої закупівлі з використанням паперової документації та не мають єдиної електронної системи. Відповідні дані розкидані по різних журналах та архівах, причому практика використання показників, узятих із різних джерел, у цілях аналізу не склалася. Фактично, навіть коли це робиться з якоїсь причини (наприклад, на вимогу контролюючого органу), узагальнення необхідних даних вимагає великих витрат часу та зусиль.

- *«Якщо у нас проводить перевірку, наприклад, Державна фінансова інспекція, ми, звичайно, показуємо їм усі дані, все ж записано. Але мені доводиться шукати цю інформацію в архіві, що дуже важко».*

**Більшість закладів мають записи, які віддзеркалюють стан виконання окремих замовлень та відомості про окремих постачальників, але такі дані на зведені в бази даних.** Інформація двох видів (дані постачальників та відомості про стан замовлення), котрі однаково дуже важливі для ефективного управління закупівлями, зазвичай реєструється в паперових формах, що ускладнює звірення такої інформації.

**Рисунок 59. Дані, які відстежуються на рівні закладів з використанням систем управління інформацією про закупівлі (% відгуків фахівців із закупівель)**



**Хоча чимало закладів відстежують випадки неналежного виконання зобов'язань, майже всі вони скаржаться на те, що чинне законодавство майже не дає їм змоги включати таких постачальників у чорні списки.** Половина опитаних фахівців із закупівель ведуть власні неформальні списки постачальників, що працюють незадовільно. Водночас, як пояснили вони, в рамках чинної



законодавчої бази в них практично немає можливості використати ці знання проти таких постачальників під час майбутніх торгів. Закон вимагає обирати переможця торгів за критерієм найнижчої ціни. Багато опитаних фахівців розповідали про випадки виявлення продукції дуже низької якості, що реалізовувалася за демпінговими цінами. Пошук обхідних шляхів для уникнення підписання договорів із такими постачальниками в майбутньому вимагає багато зусиль та витрат (теоретично, бажаного результату можна добитися шляхом кращого визначення кваліфікаційних вимог, але це не завжди просто зробити заздалегідь, перш ніж буде виявлено приховані вади продукції).

- *«Зовсім недавно нам довелося придбати партію масла від постачальника, який пропонував його за дуже низькою ціною. Було очевидно, що масло містить якісь дуже сумнівні інгредієнти, адже ніхто не може продавати масло за цією ціною, що є нижчою від ринкової. Але нам довелося його купити та споживати. Мене найбільше непокоїть те, що я нічого не зможу зробити, якщо цей постачальник з'явиться на наступний тендер і знов запропонує найнижчу ціну!»*
- *«Якби я відповідав за реформу системи закупівель, я б розпочав із запровадження чорних списків. Або я б визначив, що слід робити з постачальниками, з якими є досвід незадовільного співробітництва.»*

### **Показник PR-48. Процес адміністрування договорів про закупівлю фармацевтичної продукції**

**Управління договорами про закупівлю фармацевтичної продукції має передбачати вжиття конкретних заходів з забезпечення якості, боротьби з шахрайством та фальсифікатом.** Закупівля лікарських засобів є дуже вразливою до маніпуляцій із якістю продукції, а також до ризиків постачання фальсифікованої або нестандартної фармацевтичної продукції. Для захисту від цих ризиків замовники мають застосовувати певні перевірки та заходи. Згідно зі стандартами закупівлі фармацевтичної продукції ВООЗ кожна партія медикаментів підлягає фізичній перевірці на предмет відповідності специфікаціям; проби мають передаватися на перевірку в лабораторії контролю якості (вибіркові проби у випадку відомих постачальників та систематичні перевірки у випадку нових постачальників). Результати цих перевірок повинні реєструватися, архівуватися та надаватися для проведення аудиту та післятендерного контролю з боку Тендерного комітету для врахування випадків неналежного виконання зобов'язань у майбутньому шляхом використання відповідних чорних списків ((WHO 2009)<sup>184</sup>.

Таблиця балів (Метод 2)

Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існують стандартні регламенти (СР) поточного контролю поставок?	% фахівців із закупівель, які підтвердили наявність СР	62,5%	Рівень В
Наскільки повним є охоплення поставок перевітками (чи проводиться фізична перевірка поставок; лабораторна перевірка випадково відібраних зразків; лабораторна перевірка нових поставок; систематична реєстрація результатів)	% фахівців, які підтвердили, що більшість таких перевірок проводяться регулярно.	12,5%	Рівень D
Наскільки суттєвою, на думку фахівців із закупівель, є в Україні проблема фальсифікованих ліків?	% фахівців із закупівель, які заявили, що ця проблема є дуже суттєвою	50,0%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень С</b>

**Україна є членом PIC/S (з 2011 року) та підписала низку міжнародних угод з питань забезпечення якості фармацевтичної продукції.** Державна служба України з лікарських засобів підписала Конвенцію про фармацевтичні інспекції та ввійшла до Системи співробітництва фармацевтичних інспекцій (PIC/S) у 2011 році. У рамках цього процесу країна зобов'язалася в повному

<sup>184</sup> Ці питання охоплені показниками VII.11 та VII.12 Інструменту вимірювання прозорості в державному фармацевтичному секторі ВООЗ.

обсязі запровадити до 2015 року Належну практику дистрибуції PIC/S (GDP) та Належну аптечну практику (GPP). У 2012 році Україна стала першою країною з-поза меж ЄС, яка приєдналася до Конвенції Ради Європи про фальсифікацію медичних продуктів («Медікрайм»), а у 2013 році підписала Меморандум про взаєморозуміння з Європейським директором з питань якості лікарських засобів та охорони здоров'я з питань перевірки якості лікарських засобів під час дистрибуції, зобов'язавшись запровадити відстежування (з маркуванням штрих-кодом) усіх медичних продуктів на фармацевтичному ринку України.

**Згідно з цими міжнародними зобов'язаннями законодавство України запроваджує комплексну систему перевірки якості фармацевтичної продукції, що закуповується медичними закладами.** Система забезпечення якості лікарських засобів, придбаних закладами, складається з двох рівнів:

- **Заклади** відповідають за інспектування всіх поставок, перевірку наявності та повноти документації (з усіма відомостями про лікарські засоби та постачальників); сертифікацію постачальників та реєстрацію й сертифікацію продукції; огляд кожної партії (на предмет якості упаковки, наявності належного маркування, наявності інструкції державною мовою, відсутності явних пошкоджень та порушень, додержання строку зберігання тощо). Згідно з законодавством заклади не відповідають за вибіркочу перевірку зразків ліків із партій у лабораторіях. Водночас, у випадку виявлення дефектів або проблем вони зобов'язані повідомити про них місцеву інспекцію Державної служби з лікарських засобів, котра проводить відповідні перевірки зразків.
- **Державна служба з лікарських засобів** через свої місцеві органи проводить планові та позапланові перевірки закладів на предмет якості придбаних лікарських засобів. Під час перевірок, по-перше, перевіряється дотримання закладами своїх обов'язків щодо огляду лікарських засобів, що надходять. По-друге, можуть проводитися вибіркочі перевірки лікарських засобів в акредитованих лабораторіях. Ця можливість, однак, має радше теоретичний характер: обов'язковість таких перевірок напряду не встановлена, але існує принципова можливість їх проведення на підставі загального Закону України «Про основні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» (котрий дозволяє державним інспекторам перевіряти зразки продукції, виробленої підприємствами будь-якої галузі).

**Більшість медичних закладів України використовують процедури поточного контролю фармацевтичної продукції, що надходить, але з цього правила є винятки.** Серед опитаних фахівців 62,5% підтвердили наявність у відповідних закладах певних стандартних регламентів перевірки якості лікарських засобів, що постачаються. В усіх цих випадках респонденти описували типову процедуру, описану в законодавстві (огляд та перевірка документів). Деякі працівники (12,5%) заявили, що ці процедури не виконуються, а 25,0% не змогли дати відповідь на це питання. Крім перевірки партій, що надходять, перевірка документів іноді дає закладам змогу виявляти постачальників фальсифікату вже на етапі торгів.

- *«В одному з наших тендерів на постачання ліків один із постачальників подав сертифікат якості продукції, котрий виглядав якось підозріло. На етапі торгів вони подають лише копії, тому ми запросили оригінал і так з'ясувалося, що сертифікат було підроблено. Постачальника було дискваліфіковано».*

**Правила та практика перевірки якості придбаної фармацевтичної продукції не передбачають проведення регулярних вибіркочих лабораторних перевірок.** Як відзначалося вище, такі перевірки в принципі є можливими, але стандартні регламенти їх проведення не вимагають. Лише один представник опитаних закладів відзначив, що його заклад проводить перевірку лікарських засобів у лабораторії; жодному з опитаних фахівців не було відомо про систематичні лабораторні перевірки продукції від нових постачальників. Чинне законодавство передбачає проведення вибіркочих перевірок Державною службою України з лікарських засобів лише стосовно ліків, щодо яких було виявлено порушення на рівні закладу (наприклад, наявність певних невідповідностей у документації чи пакуванні). Таким чином, потенційно фальсифіковані ліки з правильно оформленою упаковкою та документацією практично повністю не перевіряються.

Половина опитаних фахівців вважає проблему фальсифікованих лікарських засобів дуже суттєвою. Питання про масштаби маніпуляцій під час виробництва та дистрибуції лікарських засобів є, звичайно, делікатним питанням, особливо при роботі з фахівцями з закупівель. Водночас, половина респондентів визнали наявність у цій сфері значних проблем.

### **Показник PR-49. Процес адміністрування договорів про закупівлю обладнання та медичних засобів**

Закуплене обладнання має бути зареєстроване та повинно постачатися з наданням послуг з технічного обслуговування. Управління договорами про закупівлю медичного обладнання має передбачати чітку реєстрацію закупленої продукції в реєстрі, що регулярно оновлюється. Крім того, оскільки більшість медичного обладнання потребує інтенсивного технічного обслуговування, відповідну діяльність та відповідні витрати слід чітко планувати та контролювати. Ця діяльність може включати в себе включення конкретних положень про технічне обслуговування до договорів, що укладаються за результатами торгів (наприклад, річні угоди про технічне обслуговування нового обладнання), визначення відповідальних за технічне обслуговування та моніторинг обладнання, передання відповідних завдань на виконання третім сторонам («аутсорсинг») або застосування інших альтернативних рішень.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи мають заклади достатні можливості для розробки та контролю технічних умов на обладнання, що закуповується?	% фахівців із закупівель, які висловили занепокоєння з приводу результативності технічних умов на етапі закупівлі обладнання	37,5%	Рівень В
Чи мають заклади реєстри придбаного майна та чи регулярно вони їх оновлюють?	% фахівців із закупівель, які підтвердили, що ведуть реєстр майна, який регулярно оновлюється	100,0%	Рівень А
Чи постачається закуплене обладнання з наданням послуг з технічного обслуговування?	% фахівців із закупівель, які заявили, що брак ресурсів (коштів або кваліфікованого персоналу) для технічного обслуговування придбаного обладнання являє собою певну або дуже значну проблему	62,5%	Рівень С
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень В</b>

Багатьом закладам важко сформулювати та затвердити суворі технічні умови на обладнання та медичні засоби, що закуповуються. Опитані фахівці з закупівель описали цілу низку проблем, з якими стикаються їхні заклади на етапі розробки та перевірки технічних умов на нефармацевтичну медичну продукцію, включаючи обладнання.

- Деякі заклади (12,5%) визнали брак спроможності самостійно складати високоякісні технічні умови на нове обладнання. Деякі з інших закладів повідомили про брак такої спроможності, не визнаючи її відкрито: вони скаржилися на те, що їм доводиться купувати «дешеве китайське обладнання, яке погано працює», тоді як існують «якісніші» альтернативні вироби вітчизняного виробництва, оскільки технічні умови на цю продукцію, зазначені в тендерній документації є ідентичними (фахівці з закупівель неспроможні чітко описати відповідну різницю в якості та вимагати її забезпечення).
- Інші заклади (25,5%) скаржилися на якість продукції, що надходить за результатами централізованих закупівель, і неможливість відмови від таких поставок. Чимала частка обладнання та медичних засобів для закладів закуповується за Державними цільовими програмами<sup>185</sup>, розробником і виконавцем яких є МОЗ. У такий спосіб постачаються вакцини, тести та реактиви, засоби для лікування онкохворих, імплантати та інструменти й обладнання для розміщення імплантатів, тести рівня глікемії, медична продукція для лікування серцево-судинних захворюю-

<sup>185</sup> Закон України «Про державні цільові програми» (1621-IV) від 18.03.2004 року з останніми змінами від 02.12.2012 року, <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1621-15/print1365526529412610>

вань тощо. Більшість фахівців із закупівель (62,5%) заявили, що їхні заклади ні в який спосіб не надають дозволів на постачання такої продукції й не відіграють ніякої ролі в перевірці якості такої продукції. Решта 37,5% пояснили, що їм доводиться підписувати накладні, але це є суто формальним процесом, що не має жодного значення. На практиці жоден із фахівців закладів не вважає, що має змогу відмовитися від підписання документів на підтвердження цих поставок, навіть якщо якість є очевидно сумнівною.

- *«Може й існує якась теоретична можливість відмови від цих поставок, але хто ж насмілиться розпочинати відкритий конфлікт з центральною владою?»*
- *«Ми одержуємо дуже дивні поставки з непропорційно великими обсягами різної продукції, близької до завершення строку зберігання».*
- *«За цими програмами нам часто надходить просто сміття».*
- *«Ми якось одержали велику партію стентів для ангіопластики вельми нетипового розміру; вони непридатні для більшості наших пацієнтів, але оскільки без них ми працювати не можемо, то нам довелося працювати з тим, що було, користуючись різними трюками».*
- *«Якби в мене була можливість провести реформи в країні, я б запропонував повністю децентралізувати всі закупівлі: хотілося б, аби ми просто могли закупити потрібні речі та організувати процес так, щоб одержати нормальні ціни! Але я розумію, що для цього потрібно виконати великий обсяг технічної роботи, тому, звичайно, нам доводиться делегувати паперову роботу іншим людям, бо інакше вона заважала б виконанню наших службових обов'язків».*

**Висновок про субоптимальну якість продукції, що закуповується централізовано, підтверджується попередніми дослідженнями інших авторів.** Автори оцінки системи охорони здоров'я України, проведеної USAID у 2011 році, дійшли висновку, що у випадку цільових програм «процеси централізованих закупівель часто призводять до постачання ліків, які не відповідають місцевим потребам і можуть не забезпечувати зниження цін по відношенню до цін на міжнародному ринку, як очікувалося». (USAID 2011)

**При цьому все обладнання та інші поставки, що надходять у заклади (закуплені самостійно або централізовано) ретельно реєструються.** Усі заклади без винятку ведуть докладні реєстри обладнання, котрі постійно оновлюються з урахуванням будь-яких змін: надходження нової продукції; змін балансової вартості; змін у складі персоналу, який відповідає за технічне обслуговування обладнання тощо».

**Технічне обслуговування закупленого обладнання часто являє собою проблему, пов'язану з браком коштів та/або кваліфікованих працівників.** Більшість фахівців із закупівель (62,5%) вважають, що забезпечення технічного обслуговування обладнання пов'язане зі значними вадами в процесі здійснення закупівель. Половина закладів скаржились на брак коштів для здійснення належного нагляду або передання відповідних робіт на виконання стороннім організаціям; чверть фахівців визнала відсутність персоналу достатньої кваліфікації. Лише половина фахівців із закупівель підтвердили, що одержане їхніми закладами обладнання надійшло з угодою про технічне обслуговування протягом року.

**Контролем якості нового медичного обладнання в закладах охорони здоров'я України опікується, як мінімум, одне спеціально створене державне підприємство «Політехмед», яке відіграє якусь незрозумілу роль у нормативній базі здійснення закупівель.** Державне підприємство «Політехмед», засновником якого є МОЗ, працює на основі статуту, згідно з яким воно виконує низку функцій, що включають оцінку якості продукції медичного призначення, яка використовується в Україні, визначення потреб закладів охорони здоров'я у виробі медичного призначення та здійснення закупівлі такої продукції, надання допомоги в розробці централізованих цільових програм, розробка стандартів якості обладнання, маркетингова діяльність щодо нових медичних виробів, організація сервісного обслуговування медичної техніки, розробка документів з питань сертифікації медичних виробів, реклама медичної техніки, постачання товарів і послуг, наукова діяльність, торгівля медичними товарами та послугами, сервісне обслуговування та нагляд<sup>186</sup>. Цей

<sup>186</sup> <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=7275>



перелік функцій викликає занепокоєння з приводу потенційного конфлікту інтересів. Занепокоєння викликає й те, що попри відсутність у підприємства контрольних повноважень по відношенню до закладів (підприємство діє як орган оцінки, а не контролю), воно часто вживає заходів проти закладів-замовників у формі подання скарг в орган оскарження (якщо вважає придбану продукцію такою, що порушує вимоги законодавства, або неякісною). Орган оскарження часто призупиняє такі процедури закупівель, що давало приводи для низки скарг, які описувалися в ЗМІ (Layevskiy 2013).

### Показник PR-50. Аудит закупівель

**Рішення щодо закупівель повинні регулярно проходити внутрішній та зовнішній аудит, з прозорою публікацією рішень та ефективним вжиттям заходів за результатами аудиту.** Аудит являє собою ключовий елемент ефективного здійснення закупівель у секторі охорони здоров'я, а його проведення вимагають рекомендації ОЕСР та ВООЗ з питань передової практики<sup>187</sup>. Такий аудит має проводитися щорічно в усіх службах закупівель. Аудиторські перевірки повинні мати комплексний характер: перевіряє склад придбаної продукції, характер укладених договорів, результати управління договорами та контролю показників діяльності. Важливо також забезпечити оприлюднення результатів аудиту (OECD 2010) (WHO 2009).

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи регулярно проводиться аудит служби закупівель?	% фахівців із закупівель, які підтвердили, що аудит їхньої служби проводиться регулярно	87,5%	Рівень А
Чи оприлюднюються результати аудиту?	% фахівців із закупівель, які підтвердили, що результати аудиту оприлюднюються	12,5%	Рівень D
Чи перевіряються під час аудиту фармацевтична продукція, щодо якої проводилися торги, кількість продукції та вигодонабувачі?	% фахівців із закупівель, котрі підтвердили, що всі ці питання перевіряються	75,0%	Рівень А
<b>Загальна оцінка</b>			<b>Рівень В</b>

**Закупівлі, які проводяться в більшості лікарень, піддаються регулярному та комплексному аудиту.** Більшість закладів (87,5%) повідомили про те, що їх перевіряють регулярно, а в 75,0% випадків ці перевірки охоплювали весь комплекс питань, пов'язаних із закупівлями, включаючи обсяги торгів з придбання окремих продуктів, додержання законодавства з питань закупівель під час організації торгів, додержання бюджетних призначень, а також відомості про окремих постачальників.

**Обсяг аудитів з питань закупівель є надмірним та може використовуватися як важіль впливу на результати торгів.** Опитані заклади зазначили цілу низку різних органів, які перевіряють їхню роботу та цікавляться здійсненням закупівель. Окрім Державної фінансової інспекції та інспекцій при органах місцевого самоврядування та державних адміністраціях перевірки проводять органи прокуратури, внутрішніх справ і навіть служба безпеки. Крім того, перевірки часто стосуються результатів конкретних торгів, що часто викликає сумніви з приводу наявності у контролюючого органу зацікавленості в певному результаті торгів та можливості здійснення через нього тиску на здійснення процесу закупівель.

- *«Щоразу коли в нас проходить перевірка з місцевої ради, їх цікавлять лише закупівлі і в них є лише одне питання: скільки ми придбали, хто постачальник і скільки ми заплатили один одному».*
- *«Коли у нас проходить великий тендер, ми знаємо, що в кабінетах у нас стоять «жучки».*
- *«Великі тендери — це великий головний біль: вони зачіпають стільки інтересів, що жоден заклад не захоче брати в них участь; саме тому ми віддаємо перевагу закупівлям, що здійснюються на більш високому рівні».*

<sup>187</sup> Ці питання охоплені показником VII.13 Інструменту вимірювання прозорості в державному фармацевтичному секторі ВООЗ та Показником 9 MAPS ОЕСР.



## Доброчесність і прозорість системи закупівель

### Показник PR-51. Етика та антикорупційні заходи

Для мінімізації стимулів для корупційної та неетичної поведінки система закупівель повинна містити стійкі механізми запобігання конфлікту інтересів. Слід визнати, що закупівлі в секторі охорони здоров'я (а особливо закупівля фармацевтичної продукції), є особливо вразливими до корупції та неетичної поведінки (WHO 2009). Дуже часто таку неетичну поведінку підтримує неефективне управління потенційними конфліктами інтересів, коли певним особам надаються повноваження, котрі можуть бути скомпрометовані можливістю задоволення якогось іншого інтересу: фінансового, професійного або політичного. Хоча конфлікт інтересів як такий не означає автоматично, що відповідна особа піддається на спокусу та скористається корупційною можливістю, такі ситуації необхідно та можливо розкривати добровільно, а також усувати їх до того, як буде скоєне корупційне діяння. Система, що відповідає передовій практиці, повинна включати методичні рекомендації з приводу конфлікту інтересів у процесі закупівель із чітким роз'ясненням цього поняття, описом механізму повідомлень про такі ситуації, покараннями за недотримання вимог, а також надійними засобами захисту тих, хто повідомляє про наявність конфлікту інтересів.

Таблиця балів (Метод 2)			
Вимір	Джерело	Показник	Рівень
Чи існують рекомендації з приводу конфлікту інтересів, які стосуються процесу закупівель?	% фахівців із закупівель, які підтвердили наявність рекомендацій	12,5%	Рівень D
Чи існують процедури запобігання конфлікту інтересів (форми декларування конфліктів інтересів, механізми захисту осіб, що повідомляють про конфлікт інтересів, правила дій у випадку недодержання вимог щодо конфлікту інтересів)?	% фахівців із закупівель, які підтвердили наявність та застосування таких процедур	0,0%	Рівень D
Чи розуміють фахівці з закупівель поняття «конфлікту інтересів», чи здатні вони навести гіпотетичний приклад такого конфлікту та чи знають вони, як слід діяти у випадку виявлення конфлікту інтересів?	% фахівців із закупівель, спроможних надати точні відповіді	0,0%	Рівень D
Загальна оцінка			Рівень D

Це дослідження виявило повне незрозуміння поняття конфлікту інтересів серед фахівців із закупівель, які працюють у закладах охорони здоров'я. Попри наявність у ЗУ «Про здійснення державних закупівель» загального визначення конфлікту інтересів жоден із респондентів не був знайомий із цим поняттям. Вони давали неправильні приклади ситуацій, у яких має місце конфлікт інтересів: усі опитані фахівці вважали, що конфлікт інтересів — це діяння, пов'язане зі зловживанням повноваженнями та певні порушення в процесі закупівель. Зокрема, фахівці з закупівель вважали, що конфлікт інтересів — це:

- «Одержання хабарів і відкатів».
- «Ведення таємних переговорів з учасниками торгів».
- «Маніпулювання технічними умовами на продукцію, виставлену на торги».
- «Невиправдана дискваліфікація певних учасників торгів».
- «Вибір постачальників, які пропонують товари або послуги низької якості».
- «Давання переваги певній пропозиції від певної фірми».

Юридичні визначення конфлікту інтересів є незадовільними, а відповідні процедури імплементації просто відсутні. Загальне визначення конфлікту інтересів міститься лише в ЗУ «Про здійснення державних закупівель», причому законом не встановлено ніяких інших правил чи процедур, які б давали змогу фахівцям із закупівель ефективно розв'язувати проблеми, пов'язані з конфліктом інтересів. Зокрема, відсутні вимоги та форми декларування конфлікту інтересів фахівцями з закупівель, не існує правил розкриття інформації про конфлікт інтересів або правил, які регулюють вжиття заходів у випадку недодержання політики з питань конфлікту інтересів. Слід визнати, однак, що половина опитаних завилі про наявність політики, яка регулює приймання подарунків (але вони не надали роз'яснень з цього приводу).

## Додаток 1. Перелік показників державного управління

### Робота з персоналом

#### Наймання

##### Показник HRM-1. ПУБЛІКАЦІЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ВАКАНСІЇ

- A. Інформація про наявні вакансії є у вільному доступі. Посади, як правило, є доступними й для «аутсайдерів».
- B. Особисті зв'язки відіграють суттєву роль у поширенні інформації про наявні робочі місця, але це не сприймається як перешкода під час пошуку роботи.
- C. Особисті зв'язки є основним каналом одержання інформації про робочі місця і в більшості випадків сприймаються як перешкода під час пошуку роботи.
- D. Стороння людина не має змоги дізнатися про наявні вакансії, якщо не має особистих зв'язків.

##### Показник HRM-2. ПРОЗОРИСТЬ ПРОЦЕДУР ПРИЗНАЧЕННЯ

- A. У процесі відбору працівників беруть участь різні особи (які мають змогу здійснювати перехресну перевірку поведінки один одного під час відбору), а документування всіх рішень (у тому числі, про перевірку кваліфікації) здійснюється в прозорий спосіб.
- B. Більшість рішень під час відбору ухвалюються однією особою, навіть якщо закон вимагає ухвалення рішень кількома особами, а в процесі відбору формально беруть участь інші учасники. У більшості випадків здійснюється прозоре документування нових призначень, включаючи дані про кваліфікацію.
- C. Кандидатів добирає лише одна особа без контролю, а закон не вимагає застосування іншого підходу. Водночас, у певній мірі здійснюється прозоре документування цих суб'єктивних рішень (зокрема, рішень щодо перевірок кваліфікації).
- D. Кандидатів добирає одна-єдина особа, причому в більшості випадків процес та ухвалені за його результатами рішення не документуються.

##### Показник HRM-3. КОНКУРЕНТНИЙ ВІДБІР КАНДИДАТІВ

- A. Більшість кандидатів відбираються шляхом чітко та прозоро врегульованого конкурсу.
- B. Правила наймання на роботу передбачають проведення конкурсу, але в багатьох випадках на кожну посаду претендує лише один кандидат.
- C. Закон не вимагає проведення конкурсу, але за наявності кількох кандидатів у багатьох випадках застосовуються неформальні правила.
- D. Прозорі конкурси з відбору кандидатів не проводяться (лише по одному кандидату на вакансію), а законодавство не вимагає конкурентного відбору.

##### Показник HRM-4. ВАЖЛИВІСТЬ ЗАСЛУГ ЯК КРИТЕРІЇВ ПРИ НАЙМАННІ НОВИХ ПРАЦІВНИКІВ

- A. Відбір кандидатів здійснюється, головним чином, на підставі їхніх заслуг та кваліфікації.
- B. Заслуги та кваліфікація враховуються поряд із іншими критеріями.
- C. Заслуги та кваліфікація перевіряються суто формально, а вирішальну роль при відборі відіграють зв'язки та хабарі.
- D. Призначення, як правило, здійснюється за суб'єктивними та незареєстрованими критеріями, причому під час інтерв'ю часто згадується сплата хабарів, кумівство, особисті зв'язки та інші прояви недобросовісної практики.

### Показник HRM-5. Посадові інструкції

- A. Наявні викладені в письмовій формі чіткі посадові інструкції, що регулярно переглядаються та часто використовуються як довідковий матеріал, наприклад, для справедливого та прозорого розв'язання трудових конфліктів або оцінки показників діяльності чи сприяння професійному розвитку.
- B. Посадові інструкції, викладені в письмовій формі, існують, але можуть не бути корисними або можуть переглядатися нерегулярно.
- C. Посадові інструкції, викладені в письмовій формі, наявні в менш ніж 50% випадків, і вони майже ніколи не використовуються й не переглядаються.
- D. У більшості випадків письмових посадових інструкцій немає або вони загалом є застарілими та абсолютно непридатними.

### Управління кар'єрним зростанням

#### Показник HRM-6. Можливості для кар'єрного зростання

- A. Медичні працівники мають чимало можливостей для зростання в межах своїх організацій, що передбачають розвиток їхніх навичок та обов'язків.
- B. Існують певні можливості для кар'єрного зростання, але чимало працівників вважають їх або непри-вабливими, або непридатними для використання.
- C. Кар'єрні можливості є дуже обмеженими, і їх недостатньо для того, щоб заохотити працівників до професійного зростання.
- D. Кар'єрних можливостей або взагалі немає, або вони є недоступними для більшості медичних працівників.

#### Показник HRM-7. Процедури просування по службі

- A. Рішення про кар'єрний розвиток приймаються на підставі заслуг; вони ухвалюються або хоча б перевіряються більш ніж однією особою.
- B. Рішення про кар'єрний розвиток не завжди ухвалюються колективно та/або в деяких випадках складаються ситуації, коли критерії просування по службі чітко не визначені або не базуються на заслугах.
- C. У багатьох випадках рішення про просування по службі ухвалюються єдиною особою та/або засновані на відносинах блату та покровительства, а не на професійній кваліфікації.
- D. Об'єктивні критерії кар'єрного розвитку відсутні, а сам кар'єрний розвиток залежить, головним чином, від сплати хабарів, особистих зв'язків та інших критеріїв, не пов'язаних із заслугами. Рішення можуть безконтрольно ухвалюватися однією особою.

#### Показник HRM-8. Повсякденна оцінка діяльності

- A. Сформована налагоджена та корисна система оцінки працівників, яка передбачає чітке документування результатів діяльності та супроводжується неформальною системою, що дає змогу швидко виявляти помилки й навчатися на них, а також пов'язана з системами заохочення (оплати праці, просування по службі, навчання та інших пільг).
- B. У більшості закладів існує якась система оцінки працівників, але вона не завжди є ефективною та не завжди чітко пов'язана з заохоченням або кар'єрними можливостями.
- C. Існують деякі елементи оцінки, але вони є безсистемними, а в більшості випадків не вважаються корисними або не пов'язані з заохоченням.
- D. Більшість закладів функціонують без системи оцінки діяльності персоналу; остання може проводитися час від часу без вжиття хоч якихось заходів за її результатами.

### Показник HRM-9. ПОЗИТИВНЕ СТИМУЛЮВАННЯ

- A. Медичні працівники, як правило, повідомляють про те, що працюють в умовах, за яких добра робота заохочується матеріально або морально, а помилки можуть відверто обговорюватися та виправлятися.
- B. Більшість медичних працівників, як правило, повідомляють про те, що працюють в умовах, за яких добра робота заохочується матеріально або морально, а помилки можуть відверто обговорюватися та виправлятися, але існує багато винятків.
- C. Загалом, медичні працівники не повідомляють про те, що працюють в умовах, за яких добра робота заохочується матеріально або морально, а помилки можуть відверто обговорюватися та виправлятися. У деяких випадках, однак, надається якісний зворотній зв'язок.
- D. Загалом, медичні працівники вважають, що їхні зусилля не заохочуються та не винагороджуються, і побоюються повідомляти про помилки.

### Показник HRM-10. ВЧАСНА ВИПЛАТА ЗАРОБІТНОЇ ПЛАТИ

- A. Зарплата завжди сплачується вчасно або з незначними затримками.
- B. У більшості випадків зарплата виплачується вчасно; іноді трапляються затримки, але заборгованість зазвичай погашається впродовж кількох місяців.
- C. У більшості випадків зарплата виплачується невчасно; можуть мати місце тривалі затримки або випадки непогашення заборгованості.
- D. Зарплата не виплачується вчасно майже ніколи, а затримки можуть тримати місяцями без гарантій погашення заборгованості.

### Показник HRM-11. НАВЧАННЯ

- A. Медичні працівники вважають, що працюють у середовищі, сприятливому для безперервної освіти та взаємного обміну інформацією. Заходи з підготовки та перепідготовки загалом вважаються корисними.
- B. Більшість медичних працівників вважають, що працюють у середовищі, сприятливому для безперервної освіти та взаємного обміну інформацією. Заходи з підготовки та перепідготовки в більшості випадків вважаються корисними.
- C. Медичні працівники не вважають, що працюють у середовищі, сприятливому для безперервної освіти та взаємного обміну інформацією. Заходи з підготовки та перепідготовки часто вважаються непотрібними.
- D. Медичні працівники не вважають, що працюють у середовищі, сприятливому для безперервної освіти та взаємного обміну інформацією. Заходи з підготовки та перепідготовки загалом вважаються непотрібними.

### Показник HRM-12. САНКЦІЇ

- A. Медичні працівники вважають, що тих, хто працює погано, зазвичай виявляють, що за порушення карають, і що вони відповідають за свою роботу. Їх влаштовують процедури розгляду скарг.
- B. Більшість медичних працівників вважають, що тих, хто працює погано, зазвичай виявляють, що за порушення карають, і що вони відповідають за свою роботу. Їх влаштовують процедури розгляду скарг.
- C. Медичні працівники вважають, що тих, хто працює погано, зазвичай виявляють, але за порушення не карають майже ніколи, і що вони майже ніколи не відповідають за свою роботу. Їх не влаштовують процедури розгляду скарг.
- D. Медичні працівники не вважають, що тих, хто працює погано, зазвичай виявляють, що за порушення карають, і що вони відповідають за свою роботу. Їх не влаштовують процедури розгляду скарг.

## Утримання кваліфікованих працівників

### Показник HRM-13. Рівні оплати праці в державному секторі в порівнянні з приватним сектором

- A. Професіонали у сфері охорони здоров'я вважають оплату своєї праці загалом конкурентоспроможною на тлі приватного сектора.
- B. Професіонали у сфері охорони здоров'я вважають оплату своєї праці вдвічі нижчою, ніж у приватному секторі.
- C. Професіонали у сфері охорони здоров'я вважають оплату своєї праці значно нижчою, ніж у приватному секторі.
- D. Оплата праці в державних закладах є незначною в порівнянні з приватним сектором.

### Показник HRM-14. Плинність кадрів

- A. Плинність кадрів регулярно контролюється та є близькою до середнього показника по країні для всіх категорій персоналу. Керівництво повністю обізнане про поточні рівні плинності кадрів.
- B. Ведеться регулярний контроль за плинністю кадрів, але керівництво не завжди обізнане про її рівень. Плинність кадрів є значно вищою за середній показник по країні для деяких категорій персоналу.
- C. Плинність кадрів не завжди контролюється регулярно. У випадку наявності інформації зазначені рівні плинності є значно вищими за середні показники по країні для деяких категорій персоналу.
- D. Інформація про плинність кадрів або недостатня, або відсутня. Якщо вона наявна, то вказує на те, що плинність кадрів принаймні в 1,5 рази перевищує середнє значення по країні для деяких категорій персоналу.

## Планування та бюджетування

### Формування бюджету відповідно до цілей політики

#### Показник RB-15. Стратегічні настанови

- A. На національному та регіональному рівнях існують багаторічні стратегічні планові документи, в яких чітко визначено пріоритети та які є зрозумілими для більшості професіоналів у сфері охорони здоров'я.
- B. На національному та регіональному рівнях існують багаторічні стратегічні планові документи, в яких чітко визначено пріоритети, але більшості професіоналів у сфері охорони здоров'я вони невідомі.
- C. На національному та регіональному рівнях існують багаторічні стратегічні планові документи, але пріоритети в них визначено нечітко.
- D. Стратегічних документів у секторі охорони здоров'я немає або існує чимало документів, у яких не визначено пріоритетність політики та інвестицій у секторі охорони здоров'я.

#### Показник RB-16. Зв'язки між стратегічними планами та бюджетами закладів

- A. Національні та регіональні пріоритети враховані в стратегічних планах закладів із визначенням відповідних видатків і прив'язані до бюджетного процесу.
- B. Чимало закладів мають плани надання послуг, але видатки на їхню реалізацію не завжди оцінені в належний спосіб та прив'язані до бюджетів.
- C. Більшість закладів не мають стратегічних документів; пріоритети рідко обговорюються в реальних умовах.
- D. Розподіл бюджету не регулюється ніякими стратегічними документами чи пріоритетами.



### Показник РВ-17. Залучення працівників до процесу стратегічного планування

- А. Більшість закладів враховують пропозиції своїх працівників у процесі планування.
- В. Більшість закладів застосовують певні інструменти консультацій з працівниками щодо пріоритетів, але не завжди ефективно.
- С. Консультації з професіоналами у сфері охорони здоров'я в процесі планування проводяться епізодично.
- Д. У більшості закладів консультації з працівниками в процесі планування не практикуються.

### Показник РВ-18. Здатність до стратегічного бюджетування

- А. У більшості закладів бюджетуванням і плануванням керують підготовлені професіонали, які приділяють цій роботі достатньо часу та зусиль кваліфікованих працівників.
- В. У більшості закладів бюджетуванням і плануванням керують добре підготовлені керівники, але вони не завжди мають змогу залучити достатню кількість кваліфікованого персоналу або приділити достатньо часу виконанню цього завдання.
- С. Близько половини керівників закладу не пройшли відповідного навчання; у багатьох випадках у них немає досвідченого персоналу, часу та мотивації для виконання цього завдання.
- Д. Більшість керівників закладу не пройшли відповідного навчання, а в більшості випадків у них немає досвідченого персоналу, часу та мотивації для виконання цього завдання.

### Показник РВ-19. Бюджетування, орієнтоване на результат

- А. Більшість закладів працюють на основі програмно-цільових бюджетів, регулярно оцінюють ефективність витрачання коштів та застосовують принципи програмно-цільового бюджетування для забезпечення високої якості обслуговування.
- В. Близько половини закладів регулярно оцінюють ефективність деяких програм, але часто стикаються з проблемами при застосуванні принципів програмно-цільового бюджетування, причому значна частка їхніх бюджетів формується на основі бюджетів попереднього року або нормативів.
- С. У більшості випадків бюджети закладів майже повністю формуються шляхом інкрементального корегування бюджетів попередніх років та на основі централізовано встановлених нормативів. У більшості випадків ефективність витрачання коштів не оцінюється.
- Д. Більшість закладів формує бюджети лише шляхом інкрементального корегування бюджетів попередніх років та на основі централізовано встановлених нормативів. Ефективність витрачання коштів не оцінюється. У багатьох випадках заклади повідомляють про те, що чинні системи ПЦБ є вкрай неефективними.

### Показник РВ-20. Зрозумілість і послідовність правил розробки бюджету

- А. Заклади охорони здоров'я розробляють свої бюджети на підставі зрозумілих та послідовних правил.
- В. Існують загалом розумні правила підготовки бюджетів, але вони можуть містити прогалини та суперечності.
- С. З огляду на значні прогалини або суперечності чимало закладів або змушені надавати допомогу без фінансування, або стикаються з проблемами під час формування бюджетних запитів.
- Д. Правил розробки бюджетів або взагалі не існує, або вони передбачають встановлення незабезпечених фінансами мандатів, дотримуватися яких майже неможливо.

## Бюджети капітальних витрат

### Показник РВ-21. КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ПРІОРИТЕТНОСТІ ІНВЕСТИЦІЙНИХ ПРОЕКТІВ

- А. Існують чіткі критерії визначення пріоритетності інвестиційних проектів для бюджетного фінансування.
- В. Існують критерії, котрі використовуються як певний орієнтир для визначення пріоритетності проектів, але існує чимало випадків, коли критерії, що застосовуються для вибору проектів, сформульовані нечітко.
- С. Формальних критеріїв не встановлено, але інвестиційні рішення, як правило, ухвалюються з урахуванням імпліцитних критеріїв. Наприклад, перед визначенням пріоритетів технічного обслуговування та ремонту проводиться систематичне вивчення стану інфраструктури.
- Д. Критерії вибору проектів чітко не сформульовані або відсутні; зазвичай, незрозуміло, які критерії застосовувалися при виборі проектів.

### Показник РВ-22. ОЦІНКА ТА ВІДБІР ПРОЕКТІВ

- А. Більшість проектів оцінюються за чітко визначеною процедурою з певними елементами аналізу доцільності витрат та зовнішнього контролю. Оцінка спирається на технічну інформацію, враховує періодичні витрати за капітальними проектами та визначає як пріоритетні проекти, виконання яких триває, для забезпечення багаторічних бюджетних призначень.
- В. Лише деякі проекти оцінюються у встановленому порядку з недостатнім приділенням уваги СЕА та зовнішньому нагляду, а також багаторічним наслідкам для проектів.
- С. Невелика кількість проектів оцінюється на підставі базової інформації на кшталт витрат та обґрунтованості. Зовнішній контроль майже повністю відсутній.
- Д. Формальна оцінка практично не здійснюється.

## Виконання бюджету та управління коштами

### Показник РВ-23. ПРОГНОЗОВАНІСТЬ І ДОСТУПНІСТЬ КОШТІВ

- А. Більшість закладів охорони здоров'я працюють згідно з прогнозом грошових потоків, який оновлюється як мінімум раз на квартал і ґрунтується на надійному визначенні наявних ресурсів.
- В. Більшість закладів розробляють прогнози грошових потоків, але оновлюють їх рідше, ніж раз на квартал. Вони можуть стикатися з непередбачуваними змінами при визначенні граничних обсягів наявних ресурсів.
- С. Прогнози грошових потоків, що розробляються більшістю закладів, регулярно не оновлюються або передбачені ними ресурси часто та раптово змінюються.
- Д. Моніторинг та планування грошових потоків або не ведуться, або ведуться дуже погано. До закладів охорони здоров'я доводяться граничні обсяги призначень, яким неможливо довіряти, або відсутні відомості про доступність усіх фактичних ресурсів для виконання призначення.

### Показник РВ-24. ГНУЧКІСТЬ ВИТРАЧАННЯ КОШТІВ ТА ПРОЗОРИСТЬ КОРЕГУВАННЯ

- А. Керівники закладів мають змогу здійснювати перерозподіл коштів між статтями за умови належного обґрунтування. Якщо й мають місце значні корективи бюджетних призначень протягом року через брак коштів, то вони відбуваються лише раз чи два на рік, і виконуються в прозорий та передбачуваний спосіб.
- В. Передбачена певна гнучкість корегування бюджету протягом року, але або її недостатньо, або вона здійснюється в недостатньо прозорий спосіб.
- С. Контроль видатків загалом є надто жорстким (без простору для маневру, навіть якщо це є виправданим) або надто м'яким і передбачає часте корегування протягом року (але таке корегування проводиться з певним рівнем прозорості).
- Д. Гнучкість при проведенні корегування протягом року повністю відсутня або взагалі немає прозорих правил узгодження та моніторингу коректив протягом року.

### Показник РВ-25. Виділення коштів та контроль зобов'язань

- А. Система казначейського контролю забезпечує використання коштів суворо згідно з призначеннями та їхнє виділення без затримок.
- В. Порядок оформлення та контролю видатків у казначействі практично унеможливує несанкціоновані видатки, але затримки іноді мають місце, а для виплати коштів можуть бути потрібні додаткові адміністративні витрати з боку керівників закладів.
- С. Система казначейства не завжди ефективна у виключенні несанкціонованих видатків; часто мають місце затримки; на заклади лягає значний тягар адміністративних витрат.
- Д. Система казначейства нездатна виключити несанкціоноване використання коштів; виплата коштів майже ніколи не здійснюється без затримок і вимагає від керівників закладів надмірних витрат часу та зусиль.

### Перевірки

#### Показник РВ-26. Обсяг та характер перевірок

- А. Щороку всі заклади перевіряються. Проводиться повний набір фінансових аудиторських перевірок (внутрішніх та зовнішніх), присвячених широкому колу питань, включаючи аудит функціонування закладу.
- В. Більшість закладів щороку проходять повномасштабний внутрішній аудит, тоді як обсяг зовнішніх аудиторських перевірок може бути незначним. Аудит охоплює чимало питань, але не всі.
- С. Як правило, аудит закладів проводиться рідше, ніж раз на рік; перевірки зводяться до контролю окремих операцій.
- Д. Аудит проводиться нерегулярно й не зачіпає найсуттєвіших питань.

#### Показник РВ-27. Адміністративний тягар, пов'язаний з перевітками

- А. Перевірки не являють собою суттєвого тягара для закладів.
- В. Зазвичай перевірки не є тягарем, але існують винятки.
- С. Перевірки є значним тягарем.
- Д. Перевірки значно заважають функціонуванню закладів та наданню послуг.

#### Показник РВ-28. Ступінь вжиття заходів за результатами перевірок

- А. У більшості випадків наявні докази вчасного та ефективного врахування результатів перевірок.
- В. Зауваження, зроблені під час перевірок, як правило, враховуються, але іноді все зводиться до штрафних санкцій, а не до виправлення ситуації.
- С. Є дуже мало доказів врахування результатів перевірок; а вжиті заходи зазвичай зводяться до штрафних санкцій.
- Д. Заходи за результатами перевірок не вживаються.

#### Показник РВ-29. Політика розгляду скарг

- А. Існують чіткі та функціональні процедури розгляду скарг, якщо керівництво закладів вважає результати перевірок безпідставними.
- В. Процедури розгляду скарг існують, але їхнє застосування рідко є ефективним.
- С. Процедури розгляду скарг існують, але майже ніколи не застосовуються на практиці.
- Д. Процедур розгляду скарг не існує.

## Збирання доходів та покриття фінансового ризику

### Показник РВ-30. Значимість офіційних доходів і видатків за рахунок власних джерел

- А. Заклади використовують доходи й видатки за рахунок власних джерел згідно з чітко визначеними правилами, й лише дуже незначна частка таких коштів надходить за рахунок особистих готівкових платежів за послуги.
- В. Певна частка офіційних доходів з власних джерел надходить за рахунок особистих готівкових платежів, але все робиться згідно з прозорими правилами, зрозумілими для більшості адміністраторів.
- С. Близько половини офіційних доходів з власних джерел надходять за рахунок особистих готівкових платежів, причому багатьом адміністраторам невідомі правила визначення цін на послуги та правила використання таких коштів.
- Д. Більша частка офіційних доходів з власних джерел надходить за рахунок особистих готівкових платежів без дотримання чітко визначених правил.

### Показник РВ-31. Обсяг незаявлених надходжень і витрат

- А. Обсяг незаявлених позабюджетних видатків (крім «доходів і видатків за рахунок власних джерел») є незначним. Інформація про «доходи та видатки за рахунок власних джерел» включається до бюджетної звітності в повному обсязі. Правила витрачання коштів для позабюджетних доходів регулюються в чіткий і прозорий спосіб.
- В. Обсяг незаявлених позабюджетних видатків (крім «доходів і видатків за рахунок власних джерел») є малим. Інформація про «доходи та видатки за рахунок власних джерел» іноді не включається до бюджетної звітності. Правила витрачання коштів для позабюджетних доходів не завжди регулюються в чіткий і прозорий спосіб.
- С. Обсяг незаявлених позабюджетних видатків (крім «доходів і видатків за рахунок власних джерел») є значним. Інформація про «доходи та видатки за рахунок власних джерел» часто не включається до бюджетної звітності. Витрачання значної частки позабюджетних надходжень відбувається без дотримання чітких правил і норм.
- Д. Обсяг незаявлених позабюджетних видатків (крім «доходів і видатків за рахунок власних джерел») є дуже великим, а кошти витрачаються без дотримання норм і контролю. Інформація про «доходи та видатки за рахунок власних джерел» містить серйозні прогалини.

## Робота з інформацією

### Збирання даних

#### Показник МЕ-32. Розподіл обов'язків та координація

- A. Весь обсяг завдань зі збирання та аналізу даних чітко та ефективно розподілений між відповідними службами закладу та місцевою адміністрацією; функція статистики добре скоординована з процесом планування охорони здоров'я на місцях.
- B. Більшість завдань, пов'язаних зі збиранням та аналізом даних, розподілено між відповідними службами, але наявні певні прогалини та дублювання; функція статистики не завжди добре скоординована з процесом планування охорони здоров'я на місцях.
- C. Деякі завдання у сфері збирання та аналізу даних розподілено, але наявні значні прогалини, дублювання та проблеми з координацією.
- D. Участь ключових служб у збиранні та аналізі даних є нерегулярною та не координується в системний спосіб.

#### Показник МЕ-33. Доступність, періодичність та стандартизація даних

- A. Інформація про ресурси та результати на рівні закладу збирається регулярно у формі чітко визначених показників.
- B. Інформація на рівні закладу збирається, але обсяг інформації змінюється від закладу до закладу, а стандартного підходу чи стандартних настанов з цього питання немає.
- C. Збирання інформації на рівні закладів часто не ведеться. Стандартну інформацію не визначено.
- D. Збирання інформації не здійснюється.

#### Показник МЕ-34. Якість інформації

- A. Існують чіткі стандарти якості інформації, що збирається, а інформація на рівні закладів щодо ресурсів і результатів, що збирається, перевіряється на обґрунтованість і достовірність. Органи влади вищого рівня (районного, міського чи обласного) ретельно перевіряють інформацію, зібрану на рівні закладів.
- B. Існують чіткі стандарти якості інформації, що збирається, але вони не завжди виконуються; інформація на рівні закладів щодо ресурсів і результатів, що збирається, зазвичай перевіряється на обґрунтованість і достовірність. Органи влади вищого рівня (районного, міського чи обласного) певною мірою перевіряють інформацію, зібрану на рівні закладів.
- C. На папері існують чітко визначені стандарти якості. Водночас, їх не завжди дотримуються, а механізм ретельної перевірки даних відсутній. Внаслідок цього достовірність інформації значно змінюється від закладу до закладу, а дотримання стандартних підходів не забезпечене.
- D. Будь-яка інформація, зібрана на рівні закладу, просто відсилається «нагору» (в органи влади вищих рівнів) без будь-якої перевірки. Стандарти якості інформації не визначені, а їхнє дотримання органами влади вищих рівнів (району, міста чи області) на практиці не контролюється. Існує можливість викривлення інформації у відповідь на бюджетні або адміністративні стимули.



### Показник МЕ-35. ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОЦЕСУ ЗБИРАННЯ ДАНИХ

- A. Збирання та передавання інформації здійснюється за мінімального рівня додаткових витрат.
- B. Збирання даних вимагає розумної частки робочого часу персоналу. Здійснюються заходи, спрямовані на усунення можливої неефективності.
- C. Багато професійних медпрацівників скаржаться на значні витрати часу на статистичну звітність, причому в деяких випадках ці обов'язки не відповідають їхньому професійному профілю. Зберігання та передаванню даних заважають численні перешкоди.
- D. Статистична звітність лягає на професійних медпрацівників важким тягарем, віднімає у лікарів та керівників (а не статистиків) чимало часу. зберігання та передавання інформації здійснюється в дуже ненадійний та неефективний спосіб.

### Показник МЕ-36. ЗДАТНІСТЬ ДО ЗБИРАННЯ ДАНИХ ТА СТАТИСТИЧНОГО АНАЛІЗУ

- A. Первинне збирання даних здійснюється професіоналами відповідного рівня та кваліфікації з застосуванням сучасних технологій.
- B. У більшості випадків професіонали розглядають дані, але їхня підготовка не завжди ведеться регулярно та ефективно. Деякі заклади повідомляють про дефіцит відповідного обладнання.
- C. Багато закладів скаржаться на брак кваліфікованого персоналу, підготовки та обладнання.
- D. Існує значний дефіцит кваліфікованого персоналу та відповідного обладнання, а навчання спеціалістів використанню систем управлінської інформації практично не проводиться.

## Використання інформації

### Показник МЕ-37. ВИКОРИСТАННЯ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ПРОФЕСІОНАЛАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- A. Інформація, визначена на підставі зібраних даних, активно використовується тими, хто збирає дані. Вона допомагає їм у повсякденній роботі й вони вважають, що збирання даних варте додаткових зусиль.
- B. Інформація з зібраних даних частково використовується й до певної міри допомагає в повсякденній роботі тим, хто збирає дані.
- C. Ті, хто збирає дані, не користуються зібраними даними (за винятком карток хворих, котрі та чи інакше все одно заповнюються) у своїй повсякденній роботі, але розуміють важливість збирання даних для ухвалення рішень на більш високих рівнях.
- D. Інформація з зібраних даних не сприяє повсякденній роботі тих, хто збирає дані, й вони розглядають її лише як додатковий бюрократичний тягар, який не має чітко визначеної мети.

### Показник МЕ-38. ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЇ В УПРАВЛІННІ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- A. Інформація про заклад та дотримання стандартів надання послуг збирається та активно використовується на рівні того самого закладу як інформаційне підґрунтя управлінських рішень.
- B. Інформація про заклад збирається децентралізовано й до певної міри використовується при ухваленні управлінських та фінансових рішень.
- C. Інформація про заклад збирається, але правил, які визначали б тип і регулярність надходження інформації, не існує. Інформація використовується при ухваленні управлінських рішень в обмеженому обсязі.
- D. Інформація про заклад і стандарти надання послуг лікарями, керівниками підрозділів, адміністраторами лікарень та іншими працівниками закладів для покращення своєї повсякденної роботи не використовується.

### Показник МЕ-39. Використання інформації в процесі стратегічного управління охороною здоров'я на місцях

- A.** Органи охорони здоров'я запровадили надійну систему для збирання, перевірки та використання інформації для ухвалення рішень. Відповідний підрозділ моніторингу та оцінки чи медичної статистики має змогу систематично збирати інформацію на рівні закладів, проводити навчання лікарів та адміністраторів закладів, формувати звітність і регулярно надсилати її керівництву для ухвалення управлінських рішень.
- B.** Органи охорони здоров'я запровадили систему для збирання, перевірки та використання інформації для ухвалення рішень. Водночас, відповідний підрозділ моніторингу та оцінки чи медичної статистики не має достатнього потенціалу для того, щоб систематично збирати інформацію на рівні закладів, проводити навчання лікарів та адміністраторів закладів, формувати звітність і регулярно надсилати її керівництву для ухвалення управлінських рішень. Внаслідок цього інформація щодо даних на рівні закладу не завжди лягає в основу управлінських та фінансових рішень.
- C.** Збирання інформації на рівні закладів ведеться, але справжнього контролю за типом і регулярністю інформації не ведеться; не існує механізму чи стандарту узагальнення інформації на районному, міському або обласному рівні. Як правило, інформація не використовується при ухваленні управлінських рішень.
- D.** Інформація про заклад і про дотримання стандартів обслуговування не узагальнюється й не використовується на вищих рівнях.

### Показник МЕ-40. Прозорість інформації про діяльність

- A.** Інформація про ресурси, наявні у закладів охорони здоров'я, про їхні показники в роботі, про стандарти обслуговування та дотримання стандартів є легкодоступною для всіх, хто нею цікавиться.
- B.** Принаймні деяка інформація про ресурси, наявні у закладів охорони здоров'я, про їхні показники в роботі, про стандарти обслуговування та дотримання стандартів публікується та є легкодоступною для громадянського суспільства.
- C.** Загалом, інформація за деякими параметрами, згаданими вище, відсутня, але в деяких випадках вона публікується та обговорюється; інакше кажучи, для доступу до інформації треба докласти певних зусиль (наприклад, надіслати запит або вжити аналогічних заходів), але ці зусилля не є практично неможливими.
- D.** Відсутня інформація за деякими або всіма параметрами, згаданими вище, яка б надавалася населенню / громадянському суспільству.

## Закупівлі

### Нормативне регулювання

#### Показник PR-41. Прозорість і зрозумілість нормативного регулювання державних закупівель у секторі охорони здоров'я

- A. Державні закупівлі в секторі охорони здоров'я здійснюються на основі чітких і прозорих норм, включаючи відповідні процедури імплементації, які регулюють процеси, не врегульовані актами більш високого рівня.
- B. Законодавство з питань державних закупівель містить певні прогалини, але чітко визначає ситуації, за яких закупівлі мають здійснюватися за конкурентними методами. Можуть бути відсутні деякі правила імплементації.
- C. Законодавство з питань державних закупівель існує, але порядок застосування конкурентних методів закупівель не визначено однозначно. Питання, не врегульовані національним законодавством, вирішуються непрозоро.
- D. Законодавство з питань державних закупівель є дуже слабким або його не існує.

### Цикл здійснення закупівель

#### Показник PR-42. Методика визначення обсягів фармацевтичної продукції для закупівлі

- A. Закупівлі здійснюються за об'єктивною та прозорою методикою кількісної оцінки обсягу фармацевтичної продукції для закупівлі, а визначені суми оцінюються як такі, що задовольняють потреби лікарні.
- B. У більшості випадків кількісна оцінка обсягів закупівлі фармацевтичної продукції здійснюється за об'єктивними правилами, але вони не завжди оформлені документально. Розрахунки є, як правило, прозорими та адекватними, хоча мають місце певні винятки.
- C. Кількісна оцінка обсягів закупівлі фармацевтичної продукції здійснюється за певними правилами, але вони можуть змінюватися залежно від обставин, а закуплені обсяги часто бувають невідповідними.
- D. Правила кількісної оцінки як такі відсутні; рішення про обсяги закупівлі фармацевтичної продукції часто є непрозорими та неадекватними.

#### Показник PR-43. Функціональність і незалежність Тендерного комітету

- A. Утворено Тендерний комітет, який має достатню самостійність і достатні повноваження для послідовного виконання своїх обов'язків.
- B. Тендерний комітет утворено, але його функції не відокремлено від функцій служби закупівель в чіткий спосіб.
- C. Функції Тендерного комітету та Служби закупівель поєднуються в одному органі.
- D. Тендерного комітету немає.

#### Показник PR-44. Об'єктивні критерії призначення членів Тендерних комітетів

- A. Існують конкретні критерії визначення членів ТК, які систематично застосовуються на практиці.
- B. Існують конкретні критерії визначення членів ТК, але вони не завжди застосовуються на практиці.
- C. Критерії членства в ТК визначені неоднозначно та рідко застосовуються.
- D. Формальні критерії членства в ТК не визначено.

#### Показник PR-45. Виконання рішень Тендерного комітету

- A. Процес здійснення закупівель завжди відповідає рішенням Тендерного комітету.
- B. Рішення Тендерного комітету зазвичай виконуються, але з певними винятками.
- C. Рішення Тендерного комітету часто ігноруються або скасовуються.
- D. Тендерного комітету або просто не існує, або він не має повноважень, необхідних для забезпечення виконання своїх рішень.

#### Показник PR-46. Оскарження

- A. Існує формальний та функціональний процес розгляду скарг учасників торгів, чії пропозиції було відхилено; рішення публікуються та доводяться до відома всіх зацікавлених сторін і громадськості.
- B. Формальний процес розгляду скарг існує, але застосовується нечасто. Рішення по скаргах публікуються не завжди.
- C. Процес оскарження прописаний нечітко і рідко застосовується на практиці, а рішення по скаргах ніколи не публікуються.
- D. Учасники торгів не мають можливості оскаржувати рішення про укладення договорів.

#### Показник PR-47. Система інформації про закупівлі

- A. Існує комп'ютеризована та комплексна інформаційна система управління, яка використовується для повідомлень про проблеми з продукцією при здійсненні закупівель.
- B. Існує комп'ютеризована система управління інформацією про закупівлі, але вона має певні прогалини.
- C. Система управління інформацією про закупівлі існує, але вона не комп'ютеризована та має чимало прогалин.
- D. Системи управління інформацією про закупівлі не існує.

#### Показник PR-48. Процес адміністрування договорів про закупівлю фармацевтичної продукції

- A. Система адміністрування договорів передбачає регулярне інспектування партій та систематичний моніторинг постачальників.
- B. Більшість партій медичних виробів перевіряються, але в цьому процесі є певні винятки та прогалини. Моніторинг постачальників ведеться регулярно, але деяка інформація відсутня.
- C. Наявні процедури інспектування партій є слабкими та застосовуються незадовільно; інформація про постачальників після проведення торгів збирається несистематично.
- D. Регулярна практика моніторингу поставок і постачальників відсутня.

#### Показник PR-49. ПРОЦЕС АДМІНІСТРУВАННЯ ДОГОВОРІВ ПРО ЗАКУПІВЛЮ ОБЛАДНАННЯ

- A. Здійснюється моніторинг закупленого обладнання з використанням реєстру, що регулярно оновлюється, причому обладнання постачається разом із послугами з технічного обслуговування.
- B. Реєстр закупленого обладнання існує, але оновлюється нерегулярно. Потреби в технічному обслуговуванні обладнання іноді не враховуються в процесі здійснення закупівель.
- C. Реєстрація закупленого обладнання здійснюється безсистемно та нерегулярно; технічне обслуговування нового обладнання часто не проводиться взагалі.
- D. Реєстрація не здійснюється, а закуплене обладнання не проходить систематичне технічне обслуговування.

#### Показник PR-50. Аудит закупівель

- A. Служба закупівель регулярно проходить внутрішні та зовнішні аудиторські перевірки, які охоплюють ключову інформацію щодо закупівель та передбачають оприлюднення результатів.
- B. Служба закупівель регулярно проходить внутрішні аудиторські перевірки, але зовнішні аудиторські перевірки можуть не проводитись. Мають місце певні прогалини в обсязі перевірок та оприлюдненні результатів перевірок.
- C. Аудит закупівель зводиться до нерегулярних внутрішніх перевірок за окремими питаннями, результати яких не оприлюднюються.
- D. Аудит закупівель не проводиться.

#### *Доброчесність і прозорість системи закупівель*

#### Показник PR-51. ЕТИКА ТА АНТИКОРУПЦІЙНІ ЗАХОДИ

- A. Існують чіткі правила поведінки на випадок конфліктів інтересів та інших неетичних вчинків, що включають визначення заходів, яких необхідно вживати, а також надійні методи подання повідомлень про неетичні вчинки. Ці правила є зрозумілими та застосовуються фахівцями з закупівель.
- B. Формальні правила на випадок неетичних вчинків існують, але вони є неповними та не завжди застосовуються на практиці.
- C. Правила на випадок основних видів неетичних вчинків є дуже слабкими та рідко застосовуються на практиці.
- D. Правил на випадок основних видів неетичних вчинків не існує або такі правила існують, але ніколи не застосовуються на практиці.



