



## **Аналітична записка НСЗ/2013**

# **Компетенції адміністраторів в охороні здоров'я: реалії та перспективи**

**Тетяна Степурко\*, Ірена Грига\*\***

### **Резюме**

Останніми роками система охорони здоров'я України зазнає деяких змін, однак цілісне бачення та єдина стратегія реформування системи відсутні. Часті зміни вищого керівництва галузі, непрозорість прийняття рішень в загальнодержавному контексті, а також високий рівень корупції на макrorівні не сприяють змінам на краще на рівні закладів охорони здоров'я. З одного боку, управлінцям на рівні закладу, департаменту, управління охорони здоров'я бракує таких компетенцій як стратегічне управління, економічний аналіз, фінансовий менеджмент, управління знаннями, якістю, процесами, лідерство, комунікативні вміння, фандрейзинг; з іншого боку, названі компетенції не відповідають теперішньому укладу системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги. Становлення головного лікаря держаного закладу відбувається здебільшого за рахунок тривалого практичного досвіду на керівній посаді. Однак, за організаційних змін, потреба в новому поколінні адміністраторів та лідерів в охороні здоров'я стала особливо відчутна в областях, де здійснюється пілотний проект з реформування галузі. Так, новоствореним Центрам первинної медико-санітарної допомоги бракує професійних лідерів, які би управляли та надихали персонал, уміли ефективно розпоряджатися ресурсами та створювали б прецеденти-виклики для системи охорони здоров'я для забезпечення реальних потреб у випадку прогалин в регуляторній базі чи у випадку неадекватності вимог реальному стану речей.

*Аналітичну записку було підготовлено в рамках проекту «Незалежний аналіз ходу реформування сектору охорони здоров'я України», який виконує Інститут економічних досліджень та політичних консультацій (ІЕД) за підтримки Міжнародного фонду «Відродження».*

\* Старший викладач Школи охорони здоров'я НаУКМА, PhD студентка НаУКМА та Маастріхтського університету (Нідерланди)

\*\* Доцент, кандидат медичних наук, доцент Школи охорони здоров'я НаУКМА



## Зміст

1. Вступ.....	3
2. Лідерство, відповідальність та компетенції адміністраторів у охороні здоров'я.....	4
2.1. <i>Компетенції адміністраторів у охороні здоров'я.....</i>	<i>4</i>
2.2. <i>Перешкоди в запровадженні належних практик менеджменту в державних закладах охорони здоров'я.....</i>	<i>5</i>
3. Перешкоди формуванню нового покоління адміністраторів у охороні здоров'я в загальнополітичному контексті в загальнополітичному контексті .....	7
4. Висновки.....	10



## 1. Вступ

З часів набуття незалежності система охорони здоров'я в Україні зазнає різного роду змін. Головною тенденцією є те, що поступово відбувається неформальна приватизація галузі надавачами послуг, про що свідчить рівень платежів з кишені пацієнта – неформальних та інших – за медичну допомогу та інші супутні потреби, такі як медикаменти, медичні засоби тощо<sup>1</sup>. Державні ініціативи хоч і мають важливі завдання – як, наприклад, запровадити обов'язкове медичне страхування чи ж «підвищити рівень медичного обслуговування населення, розширити можливості щодо його доступності та якості; впровадити нові підходи щодо організації роботи закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах та їх фінансового забезпечення; підвищити ефективність використання бюджетних коштів, передбачених для фінансового забезпечення системи охорони здоров'я у пілотних регіонах»<sup>2</sup>, – які покликані вирішити певні проблеми в системі, проте відчуті «покращення» від впровадження розроблених програм рідко вдається як закладам охорони здоров'я та надавачам послуг, так і окремо узятому пацієнту. Що ж стає на заваді планомірному впровадженню позитивних змін в сьогодишню систему надання медичної допомоги?

Імовірно, що проблемою, яка наразі постала перед ключовими гравцями в галузі охорони здоров'я – розробниками політики в галузі охорони здоров'я, надавачами послуг, адміністраторами на рівні закладу чи регіону, споживачами і, в першу чергу, перед виконавцями запланованих заходів – є відсутність цілісного бачення системи й мети її діяльності, в тому числі й відсутності розуміння продукту, який створюється системою, й клієнта, який націлений на споживання даного продукту. Все ж можна виокремити декілька проблем, які спостерігаються на рівні надання послуги – на мезо- та мікрорівні:

- Бракує засад для компетентного середовища (реальна оцінка послуги, в т.ч. відокремлення послуги від допомоги), що сприятиме покращенню якості та доступності послуги;
- Неадекватність адміністративного управління й потреба в командному підході в організації надання медичної допомоги;
- Нерозуміння процесів, продукту та потреб кінцевого споживача послуги, що особливо завуальоване існуючою подвійною бухгалтерією – звітування та планування з огляду на нормативи, а не реальні потреби;
- Катастрофічний брак ресурсів з одного боку та їх неефективне використання з іншого;
- Врегулювання стосунків надавач – отримувач медичної послуги, що дотичне не лише до юридичної відповідальності, а й до етичного виміру.

Також існують перешкоди на макрорівні - соціально-економічному та політичному, до яких можна віднести:

- Часті зміни керівного ешелону сектору охорони здоров'я;
- Непріоритетність сектору охорони здоров'я, що відображено в бюджеті країни;
- Непрозорість прийняття рішень, високий рівень корупції, а також низький темп економічного розвитку країни, нерозвинуте громадянське суспільство тощо.

Детальніше про згадані компетенції та перешкоди в досягненні поставлених завдань йдеться в наступних частинах довідки.

<sup>1</sup> Данилів А.І., Степурко Т.Г., Грига І.М., Шевченко М.В. За що готові платити українські пацієнти? // Ваше здоров'я № 13-14, 2013. – с.; Степурко Т.Г., Данилів І.М., Грига І.М. Фінансування з кишені в кишеню // PRO Менеджмент в охороні здоров'я №5 2013. – с.42-49.

<sup>2</sup> За кон України від 07.07.2011 № 3612-VI "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві"



## 2. Лідерство, відповідальність та компетенції адміністраторів у охороні здоров'я

Заклад охорони здоров'я очолює *лікар*, а не *управлінець* – і це наразі видається однією з ключових перешкод у відсутності належних практик менеджменту в закладах охорони здоров'я. Кожен фахівець у системі може мислити лише відповідно до своєї освіти і функцій у цій системі. Лікаря 8 років вчили лікувати хвороби. Знання його ставали все глибшими, розуміння хвороби все детальнішим. Але в медінституті й в інтернатурі лікаря не навчили працювати з людиною (живою і в цілому здоровою), об'єкт роботи лікаря – хвороба, а отже у нього не може бути клієнта. Гудзик пришивають у нас міцно, а чи піджак застібається – це вже не проблема фахівця.

### 2.1. Компетенції адміністраторів у охороні здоров'я

Головному лікарю складно *управляти* закладом, адже його не навчали стратегічному, фінансовому менеджменту, управлінню якістю. Формування державної політики сектору охорону здоров'я, регіональної політики та роботи окремо взятого закладу полягає у формальному дотриманні встановлених норм. Головні лікарі не зосереджені на «клієнт-орієнтованому» підході, створенні цінності для клієнта у кожному процесі в закладі; вони формально відповідають вимогам представників департаменту чи управління охорони здоров'я на певному регіональному рівні, знаходять ресурси (матеріальні, людські, інформаційні) для виконання «спущених згори» наказів й розпоряджень, які не підкріплені відповідним фінансуванням. Тож українські реалії пропонують новий виклик головним лікарям – розвивати свої здібності до фандрейзингу, але цього не навчають ані в медичному університеті, ані на курсах підвищення кваліфікації, що цілком зрозуміло, адже в посадових інструкціях такого обов'язку не вказано. Також керівництво закладу зобов'язане *контролювати* своїх підлеглих, використовуючи свій власний авторитет, оскільки це єдиний невичерпний ресурс на відміну від державного фінансування, який може забезпечити як відповідність отриманих показників запланованим, так і навантаження на ліжка. Як вже було зазначено, адміністраторів сектору охорони здоров'я навчали працювати з хворобами, а не з закладом, тож потрапляючи на посаду, керівники, в кращому разі, підтримують функціонування закладу, виходячи зі здорового глузду та власних цінностей, та відповідають на вимоги вищого керівництва. Тим часом, в Україні з'являються не лише потреби, а й можливості для виховання нового покоління лідерів і управлінців у галузі охорони здоров'я шляхом надання комплексної і різнобічної освіти, відповідної завданням галузі й міжнародним стандартам.

Загалом, в чому полягає сутність роботи існуючого адміністратора в охороні здоров'я? Практично, головний лікар державного медичного закладу має два стратегічні плани розвитку закладу – один «на вимогу» управління, для звітування, а другий – «омріяний». Подальший сценарій втілення уявлень головного лікаря про необхідні досягнення залежить від багатьох зовнішніх чинників і частково особистих лідерських якостей організатора-керівника. Щоб проілюструвати залучення всіх ресурсів задля просунення на один крок до «омріяного» плану, можна навести приклад зі зміною штатної одиниці в штатному розкладі – як замінити непотрібного лікарні гардеробника на вкрай необхідну медсестру в неонатологічне відділення? Творчість, наполегливість, комунікативні вміння вкрай необхідні на всіх етапах проходження річного шляху внесення такої зміни – пояснення вищій інстанції необхідності такої зміни в неформальному усному вигляді на додаток до десятків обґрунтувань і пояснень із залученням свого громадського впливу, престижу професії та депутатського мандату. Здебільшого головні лікарі не виступають ініціаторами і не вдаються в такі суперечки, оскільки мало хто вірить в позитивний результат.



### Вставка 1. Компетенції управлінців в охороні здоров'я

#### Організаційні вміння управління

Управляти часом й визначати пріоритети роботи  
Управляти інформацією, технологіями, обладнанням в інтересах управління персоналом та операційного менеджменту підрозділу  
Управляти людськими ресурсами шляхом заохочення й залучення індивідуальної та командної роботи та у відповідності до політик та процедурних аспектів  
Наставляти та працювати в тісній співпраці з представниками всіх спеціалізацій  
Управляти і реалізовувати зміни для поліпшення процесів і операцій  
Управляти доходами і витратами відповідно до бюджету

#### Вміння аналізу даних / процесу за операціями, вміння стратегічного планування

Використовувати внутрішні дані з метою оцінювання процесу за операціями  
Шукати рішення та нові можливості всередині та ззовні організації  
Ефективно використовувати вміння критичного мислення та стратегічного прийняття рішень  
Оцінювати та передбачати наслідки змін до їх впровадження, а також реагувати на непередбачувані результати  
Планувати та оцінювати плани відділень та підрозділів

Джерело: Contino, D.S. (2004). *Leadership competencies: knowledge, skills, and aptitudes nurses need to lead organizations effectively. Critical Care Nurse, 24(3): 52-64.*

#### Комунікативні вміння

Ефективно комунікувати щодо цілей та завдань підрозділів відповідно до візії та місії установи  
Комунікувати та підтримувати організаційну структуру; зміцнювати довіру й чесність завдяки словам та діям  
Встановлювати та досягати персональних, кар'єрних та освітніх цілей  
Наставляти персонал у визначенні та досягненні персональних, кар'єрних та освітніх цілей  
Промотувати та комунікувати безперервне навчання  
Промотувати та комунікувати ефективні зміни

#### Креативний підхід

Створювати можливості для співробітників  
Створювати візії закладу, відділень тощо  
Створювати цінність для споживача  
Створювати якість через постійне покращення й зменшення помилок  
Створювати ефективні відносини з колегами по роботі

## 2.2. Перешкоди в запровадженні належних практик менеджменту в державних закладах охорони здоров'я

Час вимагає від адміністраторів в охороні здоров'я отримання наведених вище компетенцій та вмінь. Так, головні лікарі розуміють недоречність тих знань, які викладаються на курсах підвищення кваліфікації для управлінських кадрів, тоді як міжнародне стажування в західноєвропейських країнах цінується ними значно більше, дає уявлення про такі ключові аспекти як якість медичної послуги, необхідність запровадження інформаційних технологій в роботу закладу з метою ефективного використання часу персоналу, привносить в роботу головного лікаря краще розуміння процесів та пріоритетів діяльності головного лікаря. І навіть якщо людина, яка має керівну посаду в секторі охорони здоров'я, повернулася до України після стажування з адекватно сформованими лідерськими якостями, знаннями та вміннями для запровадження належних практик в галузі, то перед нею постає цілий ряд перешкод. Тож проблеми, що зумовлюють виконання управлінських функцій, є такими:

- Відсутній механізм реальної оцінки вартості послуги, існує обмеження обсягу фінансування, що призводить до перетворення звіту за попередній період на план на наступний рік.
- Відсутній механізм матеріального заохочення персоналу («зрівнялівка» не заохочує до кращої роботи). Наразі близько 3/4 бюджету закладу складає оплата праці. При цьому середня заробітна плата лікарів складає десь 2500 грн.



- Рішення щодо найму персоналу на роботу, підвищення та звільнення не є прозорими. Відділи кадрів виконують суто формальні функції з метою відповідати вимогам системи, що, фактично, є кадровим діловодством. Відсутня система *розвитку* та *мотивації* персоналу. Наприклад, не відбуваються щорічні особисті чи колективні зустрічі з персоналом відділень, з'ясування потреб, планів та спільна розробка планів, які могли б сприяти більш натхненній роботі працівників. Такі заходи можуть попередити високий рівень «вигорання» серед медичного персоналу, відтік найкращих спеціалістів за кордон, у фармацевтичний та приватний сектор.
- Відсутній командний підхід в роботі закладу. Лікар відчуває себе «автономною одиницею»: самостійно інвестує у навчання, оволодіння новітніми технологіями, участь у майстер-класах, приватних тренінгах, міжнародних семінарах та конференціях.
- «Подвійна бухгалтерія». Через існування нарахувань за стаж роботи, який вважається стажем лише у державних закладах, реально в закладах на робочих місцях знаходиться значно менше працівників, аніж офіційно задекларовано.
- Принцип «кругової поруки», який панує в сфері охорони здоров'я, підтримує постійний розквіт «подвійної бухгалтерії» та не сприяє виявленню та впровадженню належних клінічних та управлінських практик. Якість лікування в Україні не є переконливою<sup>3</sup>.
- Потреба в інформатизації процесів: спостерігається надзвичайна велика завантаженість лікаря через роботу з пацієнтом, а ще більше через супутню паперову роботу, яка могла би бути проведена в значно ефективніший спосіб.
- Неформальні зв'язки – допомагають просувати та відстоювати управлінські заходи, необхідні для втілення. Чим більше впливу в суспільстві має головний лікар завдяки входженню до лав правлячої партії чи через статус депутата міської, районної, обласної ради (чим вище, тим потужніше вплив), тим більша імовірність того, що Управління дасть згоду на необхідні зміни.
- Етичні норми й вимоги – головний лікар, його моральні принципи і вимоги до персоналу - відіграють важливу роль в закладі.
- Якщо заклад не заробляє на пацієнті через моральні устої та відповідну корпоративну культуру, то фандрейзинг стає джерелом фінансування та є однією із найголовніших компетенцій сучасного головного лікаря державного закладу.
- Рідко лікарня працює як система, відсутність стратегії та «клієнт-орієнтованої» корпоративної культури відображається на всіх процесах і компонентах діяльності. Потреби кінцевого споживача не є пріоритетом, головне – відповідність діяльності нормативам. Населення уникає звернення до надавачів медичної допомоги через різні причини – високу вартість «безоплатної допомоги», брак інформації щодо використання допомоги тощо. Наразі медична допомога надається таким чином, щоб відбити будь-яке бажання пацієнта звертатися до лікаря: ціни, черги та ставлення не містять в собі розуміння потреб пацієнта. Фахівці, які працюють в управліннях (відділах чи департаментах) охорони здоров'я, стоять по інший бік переправи й намагаються контролювати всі зміни відповідно до букви закону.
- Існує потреба в реалістичних індикаторах, які справді свідчать про погіршення чи покращення ситуації. Необхідна інформація, яка відображає існуючу ситуацію (суттєвий недолік реформи, яка відбувається в пілотних регіонах в останні роки).

Таким чином, на кожному рівні системи охорони здоров'я відчувається спільна потреба у сучасних й комплексних знаннях управлінського персоналу, адже тут необхідні знання значно ширші, з одного боку, (мультидисциплінарні) та з іншого боку - глибші (специфіковані для галузі). Для визначення

<sup>3</sup> World Bank (2011). Stopping the Mortality Crisis in Ukraine. Retrieved from <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2011/06/08/stopping-mortality-crisis-in-ukraine>



пріоритетів охорони громадського здоров'я необхідно розуміти епідеміологічну ситуацію, принципи сприяння здоров'ю, світові цілі та тенденції, вміння аналізувати політику та впливати на неї, мати не загальні знання з економіки, фінансів і планування, а знання специфічні для потреб *системи* охорони здоров'я. Медицина лишається найбільш монополізованою галуззю, входження до якої фахівців з іншою освітою є важким.

Принцип «кругової поруки» не сприяє впровадженню доказових клінічних та управлінських практик в галузі охорони здоров'я. Всі закривають очі на неформальні платежі, різноманіття яких вражає: пацієнт платить і неформально в кишеню лікарю, і медсестрі, і санітарці на додачу до благодійних внесків і офіційних сплат за аналізи, ліки, витратні матеріали; персонал (лікарі, медсестери) платить за прийняття на роботу, за просування кар'єрною драбиною, робить внески на утримання закладу, часом мусить ділитись з головним лікарем чи завідувачем відділення отриманими від пацієнтів коштами (своєрідні сучасні форми «панщини» та «оброку»). За такої міцної неформальної системи взаємовідносин перспективи будь-яких реформ є сумнівними. Іншими словами, якщо офіційні потоки ресурсів - фінансових, кадрових та інформаційних - матимуть подвійну природу (формальну і тіньову), зміни способу надання допомоги не виглядають реалістичними. Тим не менше, загальне оточення, в якому організовується та фінансується система охорони здоров'я, не сприяє відокремленню та зменшенню тіньової частки.

Існуюча система побудована на радянському управлінському стилі міністерства та управлінь. Кошти виділяються Міністерством фінансів з небажанням, а натомість Міністерство охорони здоров'я вимагає забезпечувати достатні обсяги надання медичної допомоги та дотримуватися існуючих стандартів (яких розроблено не так вже й багато).

### 3. Перешкоди формуванню нового покоління адміністраторів у охороні здоров'я в загальнополітичному контексті в загальнополітичному контексті

В цьому розділі окреслено головні загальні соціально-економічні та політичні перешкоди щодо формування потреби у появі нового покоління адміністраторів у охороні здоров'я.

*Відсутність стабільності в призначеннях вищого керівництва*, що однозначно не сприяє єдиному, послідовному, цілісному баченню пріоритетних потреб системи, відповідно і комплексного запровадження стратегічних змін, а також відсутність відповідальності за прийняті рішення та послідовності виконання поставлених цілей. Так, практично за останні два десятиліття було проведено 17 призначень на посаду Міністра охорони здоров'я, а кожний новопризначений міністр перебуває на посаді від декількох місяців до півтора року. Тож можна вважати, що 17 разів за часів незалежності попередні плани та досягнення були переглянуті, рідко коли попереднє бачення зазнає суттєвих змін, частіше все починається з чистого аркушу або ж новопризначений міністр нічого не робить, бо невпевнений в тривалості свого перебування на посаді. Таким чином, хвиля реорганізації та покращення рідко докочується до надавачів послуг і споживачів.

*Непрозорість в прийнятті рішень та командно-адміністративна модель прийняття рішень* все ще є панівною менеджерською культурою урядових структур. Натомість більшість розвинених європейських країн запроваджують максимальну доказовість в політичних та стратегічних рішеннях<sup>4</sup>. Так, «політика, яка базується на обґрунтованих рішеннях» в охороні здоров'я, повинна розглядатися як набір правил та інституційних механізмів, спрямованих на заохочення прозорого і збалансованого використання доказів у громадській політиці. Широкий спектр теоретичних і емпіричних даних про поведінку людини може бути актуальним для прогнозування результатів політики - в тому числі, актуальними є думки зацікавлених сторін, статистичні та епідеміологічні дані про захворюваність та

<sup>4</sup> Cookson R. (2005). Evidence-based policy making in health care: what it is and what it isn't. J Health Serv Res Policy. 2005 Apr;10(2):118-21.



смертність, дані економічного аналізу тощо. Оскільки популістські рішення заповнили майже весь політичний простір, рідко хто звертається до підрахунків витрат та порівняння ефективності, що є основою доказового підходу при прийнятті рішень. Ця сфера діяльності більше належить міжнародним організаціям, які стабільно ініціюють і фінансують такі порівняльні дослідження, як, наприклад, витрати на підтримку паліативних хворих бригадою швидкої допомоги на противагу мобільній бригаді. Тож рішення організувати мобільні бригади на підтримку паліативних хворих в усіх регіонах України є економічно обґрунтованим.

Більше того, здається, що саме через глибоку кризу корпоративної управлінської культури урядових структур українці так і не дочекалися очікуваної модернізації, чи ж європеїзації, багатьох секторів економіки – надзвичайно складно європейській бюрократії знайти спільну мову з українською через тривале листування, очікування відповіді чи призначення зустрічі з міністром, потреби в неформальних заохоченнях. Тим не менш, деяким міжнародним організаціям та ініціативам все ж таки не забракло терпіння та зусиль в просуванні позитивних європейських досягнень на терени України – наслідки багаторічної діяльності україно-швейцарської програми «Здоров'я матері і дитини» в декількох регіонах України давно докотилися до надавачів послуг, які отримали фахові тренінги і змістовну підтримку в клінічній практиці, в новому обладнанні, та й кінцевий споживач – матері та їхні партнери – змогли відчувати переваги якісної та клієнт-орієнтованої допомоги в українських реаліях.

**Таблиця 1. Індикатори макросередовища України та інших країн Центральної та Східної Європи**

Індикатори	Болгарія	Угорщина	Литва	Польща	Румунія	Україна
ВВП [на душу населення, млрд дол. США]	13 563	18 738	12 323	19 752	11 860	6 656
Чорний ринок [млрд дол. США]	4.741	4.6	0.044	0.919	1.536	4.310
Сприйняття корупції [ранг, вище значення – вищий рівень]	73	50	46	41	69	134
Політична стабільність [ранг, вище значення – вищий рівень]	58	71	69	84	55	42
Ефективність уряду [ранг, вище значення – вищий рівень]	55	72	74	73	50	25
Контроль над корупцією [ранг, вище значення – вищий рівень]	52	67	66	70	54	17
Верховенство закону [ранг, вище значення – вищий рівень]	53	73	72	69	56	25
Витрати уряду на охорону здоров'я [на душу населення, дол. США]	280	653	499	548	322	98

Джерела: World bank, 2012; World Health Organization 2011. World Health Statistics 2011; The Worldwide Governance Indicators, 2010: <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>; Transparency international. Corruption perception index 2012

Корумпованість загального оточення. Хоч на загальнодержавному рівні і розробляється законодавство, яке має на меті зниження корупції, однак, враховуючи практичну неідеальність нормативної бази (про що свідчить низький показник Верховенства права – див. таблицю 1), до боротьби з корупцією мають бути залучені всі сектори, в тому числі й ЗМІ, і, на додачу, процес має контролюватися громадянським суспільством. Для цього, наприклад, в Польщі організовано центри прийому повідомлень про випадки корупції, які майже моментально передають такого роду





інформацію в компетентні органи. Саме завдяки антикорупційним практикам вищого керівництва держави та комплексному підходу до вирішення проблеми корупції поляки змогли досягти суттєвого скорочення неформальних платежів в секторі охорони здоров'я. Адже саме корумпованість у наданні суспільно важливих послуг супроводжує непрозорість отримання послуги, низький рівень доступу до неї, а також значні витрати з кишені споживача.

Наразі ж ситуація в Україні не лише не покращується, а навіть погіршується – про це свідчить динаміка показників рівня корупції<sup>5</sup>: значна частка українців вважають заходи уряду по боротьбі з корупцією недовірливими. Хоча в Україні є деяка непевність у використанні поняття «корупція», яке застосовується лише до державних посадовців, якими медичні працівники не є, тим не менш, переважна більшість фахівців, знову ж таки, керується здоровим глуздом чи особистими цінностями, а не законодавством України, коли є потреба повісити тавро корумпованої дії на те чи інше явище. В системі ж охорони здоров'я України практично неможливо знайти ділянку, де відсутні корупція, хабарі та неформальні домовленості<sup>6</sup>:

- Будівництво та реконструкція об'єктів охорони здоров'я
- Закупівля обладнання, медичних засобів та препаратів, включаючи вакцини
- Розподіл використання лікарських засобів і матеріалів у сфері надання послуг
- Регулювання діяльності закладів та надавачів послуг, а також регулювання надання допомоги
- Медична освіта
- Дослідження в сфері охорони здоров'я
- І, передусім, безпосередньо сфера надання медичної допомоги

Корупція в охороні здоров'я включає хабарі, «відкати» та застосування політичного впливу, що призводить до високої ціни та низької чи сумнівної якості кінцевого продукту, і, відповідно, до нижчого рівня споживання: звернення по допомогу, поставок, які не задовольняють потреби. Медична освіта стає «трампліном» для входження до системи охорони здоров'я, а сучасні українські дослідження часто не витримують критики, адже бракує гідного фінансування та підготовлених науковців. Проте «медична монополія» міцно тримає позиції й з недовірою ставиться до дослідників зі сфери суспільних, економічних та політичних наук. Докази щодо неформальних платежів пацієнтів наразі присутні в літературі, тим не менш, відсутні опубліковані докази, що підтверджують наявність «відкатів» та зловживань службовим положенням у приватних цілях іншого роду. Останнє дослідження Світового Банку щодо врядування в системі охорони здоров'я України може надати надійні факти.

Іншого роду перешкоди для формування нового покоління адміністраторів охорони здоров'я стосуються економічного зростання держави, що наповнювало б сектор охорони здоров'я додатковими можливостями і адекватними ресурсами, а також неперіоритетність системи охорони здоров'я, яка з радянських часів звично фінансується за залишковим принципом.

<sup>5</sup> Transparency international. Corruption perception index 2012

<sup>6</sup> Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23:83–94



## 4. Висновки

На національному рівні у регуляторному та виконавчому вимірах бракує системних характеристик та організаційних підходів у наданні медичної допомоги, яка зветься системою охорони здоров'я: відсутність спільного реалістичного бачення того, як існує сектор охорони здоров'я та якими є пріоритети, стратегії. Аналогічно, відсутнє спільне розуміння ключових акторів – розробників політики в галузі охорони здоров'я, надавачів послуг, адміністраторів на рівні закладу чи регіону, споживачів – щодо потреб галузі й того, як система охорони здоров'я має бути організована.

За наявності відповідних знань, розуміння процесів лікарі та адміністратори закладів можуть стати рушіями змін, бо кому як не їм відомі прогалини та проблеми системи.

При впровадженні нових змін варто застосовувати доказовий підхід, тобто з'ясувати поточну ситуацію (дослідження), встановити адекватні індикатори, яких так бракує сьогоднішній реформі – доступність медичної допомоги (фінансова та географічна), сприйняття споживачів, рівень спожитої допомоги та витрати на неї - отриманих з досліджень домогосподарств.

Для того, щоб політика, сформована фахівцями національного рівня, виконувалася, необхідно мати систему, яку утворюють сучасні управлінці в закладах охорони здоров'я. Ці управлінці не можуть бути обмеженими медичним дипломом. Для досягнення місії закладу ці управлінці повинні мати не лише природну схильність до лідерства, а й *вміння ефективного менеджменту*. Наприклад, розуміти, як працює ланцюг створення цінності для клієнта, виявити проблематичні місця в існуючому ланцюгу, які процеси в організації є дійсно необхідними і впливають на кінцевий продукт. Управлінці *повинні уміти спланувати роботу закладу*: розставити пріоритети, виділити зони відповідальності у команді закладу, вплинути на формування бюджету, при цьому мотивуючи медичний персонал підвищувати свою кваліфікацію, надавати якісну послугу клієнту, розвиватися, орієнтуватися у сучасних дослідженнях. Водночас для цього потрібно збільшити автономію управлінців на рівні закладу, оскільки за умов централізованої системи і постатейного бюджету навіть ефективному управлінцю доволі важко керувати.



## **ІНСТИТУТ ЕКОНОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПОЛІТИЧНИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ**

### **Місія**

Вироблення альтернативного погляду на ключові проблеми суспільного та економічного розвитку України

### **Цілі**

Надавати висококваліфіковану експертну оцінку в сфері економіки та економічної політики.

Бути реальним чинником формування громадської думки шляхом організації публічного діалогу.

Сприяти розвитку економічних та суспільних наук та стимулювати розвиток дослідницької спільноти в Україні.

### **Публікації**

#### **Місячний економічний моніторинг України (МЕМУ) з додатком**

МЕМУ містить місячний огляд і короткий аналіз ключових заходів економічної політики та статистичних даних, які були оприлюднені протягом попереднього місяця. Додаток до МЕМУ містить розширеним аналіз однієї важливої події в українській економіці. Інститут випускає 12 випусків МЕМУ на рік, які доступні на умовах передплати.

#### **Макроекономічний прогноз України**

Макроекономічний прогноз України включає прогноз ВВП та його компонентів, фіскальних індикаторів, платіжного балансу, інфляції, обмінного курсу на поточний та наступні роки. Випускається 12 випусків на рік – 4 кварталні випуски та 8 оновлень з короткими коментарями, – які доступні на умовах передплати.

#### **Моніторинг інфраструктури України (МІУ)**

МІУ є щорічним звітом, який містить дані про стан реструктуризації шести секторів інфраструктури в Україні. Інформацію представлено у стандартизованій формі, який дозволяє порівнювати зміни у відповідних галузях. Розглянуті показники є якісними та розділяються на три загальні категорії: (1) комерціалізація, (2) тарифна реформа, (3) регуляторний та інституційний розвиток. Двадцять один індикатор дозволяють проводити економічний та стратегічний аналіз на різних рівнях узагальнення. У вільному доступі.

#### **Економічні Підсумки для України**

Економічні підсумки містить огляд і короткий аналіз ключових економічних показників та заходів економічної політики року. Публікується в січні, використовуючи наявні дані та річні оцінки, та оновлюється у травні, коли оприлюднюється переважна більшість даних щодо минулого року. Публікація доступна на основі передплати.

#### **Дослідження ділової активності**

Дослідження ділової активності складаються з двох окремих опитувань. Перше дослідження – промисловість – здійснюється на основі опитування керівників підприємств переробної промисловості. Друге – банки – основане на опитуванні керівників банків. Щороку публікується чотири випуски Досліджень ділової активності для кожного з секторів, які доступні на умовах передплати.

#### **Консультативні роботи**

Консультативні роботи є спільним продуктом Німецької консультативної групи з питань економічних реформ в Україні та ІЕД, метою якого є надання рекомендацій щодо економічної політики для українських політиків. Рекомендації розробляються на основі детального аналізу ситуації в Україні, сучасної економічної теорії та найкращих міжнародних прикладів. Роботи доступні для політиків та – через певний час – для громадськості.



**КОНТАКТИ:**

Інститут Економічних Досліджень  
та Політичних Консультацій  
вул. Рейтарська 8/5-А, 01030 Київ  
Тел. (+38044) 278-6342  
Факс (+38044) 278-6336  
E-mail: [institute@ier.kiev.ua](mailto:institute@ier.kiev.ua)  
<http://www.ier.com.ua>  
Facebook проекту: [Реформа охорони здоров'я](#)

**Голова Правління**

Ігор Бураковський  
[burakovsky@ier.kiev.ua](mailto:burakovsky@ier.kiev.ua)

**Виконавчий директор**

Оксана Кузяків  
[kuziakiv@ier.kiev.ua](mailto:kuziakiv@ier.kiev.ua)

**Директор з наукової роботи**

Вероніка Мовчан  
[movchan@ier.kiev.ua](mailto:movchan@ier.kiev.ua)

**Центр економічних досліджень**

Олександра Бетлій  
[betliy@ier.kiev.ua](mailto:betliy@ier.kiev.ua)  
Віталій Кравчук  
[kravchuk@ier.kiev.ua](mailto:kravchuk@ier.kiev.ua)  
Дмитро Науменко  
[naumenko@ier.kiev.ua](mailto:naumenko@ier.kiev.ua)  
Ірина Коссе  
[kosse@ier.kiev.ua](mailto:kosse@ier.kiev.ua)  
Катерина Пількевич  
[pilkevich@ier.kiev.ua](mailto:pilkevich@ier.kiev.ua)  
Артур Ковальчук  
[kovalchuk@ier.kiev.ua](mailto:kovalchuk@ier.kiev.ua)  
Сергій Максименко  
[maksymenko@ier.kiev.ua](mailto:maksymenko@ier.kiev.ua)  
Галько Світлана Василівна  
[galko@ier.kiev.ua](mailto:galko@ier.kiev.ua)  
Костянтин Кравчук  
[k.kravchuk@ier.kiev.ua](mailto:k.kravchuk@ier.kiev.ua)

**Центр досліджень сільського господарства**

Олег Нів'євський  
[nivyevskiy@ier.kiev.ua](mailto:nivyevskiy@ier.kiev.ua)  
Юлія Огаренко  
[ogarenko@ier.kiev.ua](mailto:ogarenko@ier.kiev.ua)

**Центр досліджень міжнародних відносин**

Катерина Шинкарук  
[shynkaruk@ier.kiev.ua](mailto:shynkaruk@ier.kiev.ua)

**Центр досліджень сучасного суспільства**

Ірина Федець  
[fedets@ier.kiev.ua](mailto:fedets@ier.kiev.ua)  
Інна Ченаш  
[chenash@ier.keiv.ua](mailto:chenash@ier.keiv.ua)