

Reforma krajowego systemu opieki zdrowotnej Ukrainy: pierwsze wyniki i dalsze perspektywy

Po uzyskaniu przez Ukrainę niepodległości (1991 r.) krajowy system opieki zdrowotnej Ukrainy został zbudowany na podstawie modelu Siemaszko. Jednak zmiany w strukturze własności umożliwiły w pewnym sensie połączenie modelu Siemaszko z określonymi mechanizmami rynkowymi. Jednak w rzeczywistości przez wszystkie lata niepodległości głównym priorytetem polityki państwa w dziedzinie opieki zdrowotnej było zachowanie obowiązującego systemu². Potwierdzają to w istocie postanowienia art. 49 ust. 3 Konstytucji Ukrainy, który stanowi, iż z jednej strony „istniejąca sieć takich zakładów [państwowych i komunalnych zakładów opieki zdrowotnej] nie może zostać zmniejszona”, z drugiej „... państwo wspiera rozwój placówek medycznych wszystkich form własności”. Krajowy system opieki zdrowotnej Ukrainy w istocie był ukierunkowany na utrzymanie szpitali, odznaczał się zarządzaniem fragmentarycznym skoncentrowanym głównie na leczeniu nieciężkich stanów ostrych i w praktyce brakiem profilaktyki. System praktycznie nie zaspakajał potrzeb zdrowej populacji, co uniemożliwiało powstrzymanie i wpływanie systemowe na wzrost poziomu chorób niezakaźnych³.

Ukraina – kraj z 42 milionami mieszkańców⁴ – ma najgorsze wskaźniki zdrowotne w porównaniu do innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej (na przykład oczekiwana dalsza długość trwania życia dla noworodków wynosi 71 lat, 76 lat w regionie, średnia dalsza długość zdrowego życia wynosi 63 lata, w regionie – 67 lat⁵). Ludność Ukrainy choruje na wiele chorób niezakaźnych (w szczególności na choroby sercowo-naczyniowe i cukrzycę). I mimo, iż wśród czynników wpływających na zdrowie populacji opieka medyczna (w istocie krajowy system opieki zdrowotnej) wynosi 10%, nawet najmniejsza poprawa w zakresie profilaktyki pierwotnej, poprawa jakości opieki medycznej może zmienić owe niekorzystne tendencje.

¹ k.n.pr., doktorant w Instytucie Prawodawstwa przy Radzie Najwyższej Ukrainy (Kijów, Ukraina), ORCOD 0000-0001-8721-2775.

² V. Lekhan, V. Rudiy, S. Shishkin, *The Ukrainian Health Financing System and Options for Reform. A Thorough Analysis of the Health Care Financing System in Ukraine and Suggestions for Feasible Changes*, WHO, 2007, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf, 28 września 2018, r. 1.

³ Ouchwaleniu koncepcji rozwoju systemu społecznego zdrowia: Rozporządzenia Gabinetu Ministrów Ukrainy № 1002-p z 30 listopada 2016 roku, <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80?lang=en>, 28 września 2018.

⁴ Państwowa służba statystyki Ukrainy, *Liczba mieszkańców (szacunkowa) na 1 sierpnia 2018 roku oraz średnia liczba w styczniu–lipcu 2018 roku*, http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/ds/kn/kn_u/kn0718_u.html, 1 października 2018.

⁵ World Health Organization, *Ukraine: WHO Statistical profile*, <http://www.who.int/gho/countries/ukr.pdf?ua=1>, 1 października 2018.

Doświadczenie krajów Europy Środkowo-Wschodniej

W większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej przeprowadzono reformy krajowych systemów opieki zdrowotnej na dużą skalę w latach 90. XX wieku i w pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku. W większości krajów reformę przeprowadzono z wykorzystaniem różnych metod ubezpieczeniowych (głównie ubezpieczenia społecznego) i w oparciu o zasadę decentralizacji⁶.

Na przykład w Polsce duże zmiany w krajowym systemie opieki zdrowotnej przeprowadzono w roku 1999. Wtedy zamiast systemu opartego na finansowaniu opieki zdrowotnej z podatków (*Tax-funded national health service*) wprowadzono system zdecentralizowanego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego (*decentralised social health insurance (SHI) system*). W latach 2003–2004 nastąpił proces ponownej centralizacji, gdy powstał Narodowy Fundusz Zdrowia, z funkcjami zamówieniowymi. Jednak już w 2016 roku Ministerstwo Zdrowia uruchomiło program reformy systemu opieki zdrowotnej mający na celu poprawę dostępu do opieki medycznej, koordynację, wzrost skuteczności i ograniczenie powielania. *Inter alia* powstaje propozycja likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia⁷.

Podobna reforma krajowego systemu opieki zdrowotnej miała miejsce na Węgrzech. W latach 90. XX wieku przeprowadzono reformy systemu opieki zdrowotnej, których głównymi celami były decentralizacja i redukcja kosztów. Procesy decentralizacji (1990–1994) zakładały stworzenie sprawnie funkcjonującego systemu lekarzy rodzinnych, wzmocnienie podstawowej opieki medycznej. Pod względem finansowania – mimo różnych inicjatyw, zmian w rządzie, strukturze organizacyjnej⁸, w mechanizmach finansowania – system finansowania opieki medycznej wciąż pozostawał dość scentralizowany. Ponadto wydatki na ochronę zdrowia na Węgrzech należą do najniższych (4,8% PKB)⁹ w UE. W ciągu ostatnich pięciu lat Węgry przeszły proces recentralizacji (w 2012 r. przeniesienie własności szpitali z władz lokalnych na państwo; w 2015 r. utworzenie Krajowego Centrum Opieki Zdrowotnej (National Healthcare Service Centre) – instytucji odpowiedzialnej obecnie za świadczenie usług medycznych dla ludności; w 2017 roku integracja organizacji państwowych, takich jak NHIFA, the National Public Health oraz Medical Officer Service oraz the National Centre for Patients' Rights and Documentation, w Ministerstwo Zasobów Ludzkich (Ministry of Human Capacities)¹⁰.

⁶ P. Kolesnyk, I. Švab, *Development of family medicine in Ukraine*, „*The European Journal of General Practice*”, 19.4 (2013): 261–265, s. 262.

⁷ OECD and World Health Organization, *State of Health in the EU. Poland. Country Health Profile 2017*, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_poland_english.pdf, 2 października 2018 roku.

⁸ P. Gaál, S. Szigeti, M. Csere, M. Gaskins, D. Panteli, *Hungary: Health system review. Health Systems in Transition*, 13.5(2011): 1–266, s. 24–27.

⁹ R. Lenard, *Vulnerability and chaos in the Hungarian healthcare system*, „Heinrich Boll Stiftung. The Green Political Foundation”, 21 May 2018, <https://www.boell.de/en/2018/05/31/vulnerability-and-chaos-hungarian-healthcare-system>, 2 października 2018.

¹⁰ OECD and World Health Organization, *State of Health in the EU. Hungary. Country Health Profile 2017*, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_hu_english.pdf, 2 października 2018.

W przeciwieństwie do innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej na Ukrainie nigdy nie przeprowadzono pełnej reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej. Wzmocnienie opieki podstawowej i ratownictwa medycznego, racjonalizacja szpitali i transformacja modelu finansowania opieki zdrowotnej to ambitne cele w sferze ochrony zdrowia, które często napotykały silny opór ze strony pacjentów, środowiska medycznego oraz aktualnych władz¹¹. Przez lata niepodległości pojedyncze zabiegi w zakresie reformowania systemu opieki zdrowotnej tylko pogłębiły kryzys medycyny zajmującej się profilaktyką. Przyczynami krytycznej sytuacji stanu zdrowia publicznego są kryzys społeczno-gospodarczy, niekorzystna sytuacja ekologiczna, wysoki stopień rozpowszechnienia palenia tytoniu, spożywania alkoholu i narkotyków, niedostateczna aktywność fizyczna, niezdrowa dieta¹². Praktycznie reforma krajowego systemu opieki zdrowotnej rozpoczęła się w 2016 roku i planowana jest na lata 2017–2020. Rząd Ukrainy wybrał własną drogę reformy, próbując połączyć cechy narodowe, uwzględnić doświadczenia krajów Europy Środkowo-Wschodniej, wykorzystać najlepsze doświadczenia krajów europejskich.

Należy jednak wziąć pod uwagę czynniki wpływające na reformę krajowego systemu opieki zdrowotnej Ukrainy.

Dostosowanie prawa krajowego do prawa UE

Podkreśla się, że wstąpienie do UE całego szeregu państw Europy Środkowo-Wschodniej poprawiło ogólne czynniki społeczno-polityczne w tych krajach. I mimo faktu, że budowanie i funkcjonowanie krajowego systemu opieki zdrowotnej wchodzi w zakres kompetencji wewnętrznych państw członkowskich UE, członkostwo w UE stworzyło przesłanki do poprawy regulacji prawnych, standardu życia, większej przejrzystości i obowiązku składania sprawozdań¹³. W przeciwieństwie do szeregu krajów Europy Środkowo-Wschodniej Ukraina nie należy do UE. Stosunki między UE a Ukrainą mają dość długą historię, począwszy od Porozumienia o Partnerstwie i Współpracy z 1994 roku. W tym porozumieniu tylko jeden artykuł (51) dotyczył kwestii ochrony zdrowia. Obecnie głównym dokumentem, który reguluje stosunki między Unią Europejską a Ukrainą, jest układ stowarzyszeniowy. Mimo, iż układ stowarzyszeniowy nie zawiera żadnych bezpośrednich zaleceń dotyczących krajowego systemu opieki zdrowotnej (ponieważ zgodnie z artykułem 6 Umowy o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dalej – TFUE) – te kwestie należą do wewnętrznej kompetencji państw członkowskich), szereg postanowień niniejszej umowy międzynarodowej dotyczy opieki zdrowotnej. Można tu wyróżnić następujące kwestie: 1) liberalizacja handlu i kwestie zdrowia publicznego; 2) kwestie własności intelektualnej i zdrowia publicznego; 3) adaptacja regulacyjna; 4) współpraca w dziedzinie zdrowia publicz-

¹¹ V. Lekhan, V. Rudi, M. Shevchenko, D. Nitzan Kaluski, E. Richardson, *Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition*, 17.2(2015): 1–153, s. 125.

¹² *O uchwaleniu koncepcji rozwoju systemu społecznego zdrowia...*, op. cit.

¹³ T. Stepurko, i in., *Informal payments for health care services: The case of Lithuania, Poland and Ukraine*, „Journal of Eurasian Studies”, 6 (2015): 46–58, s. 51.

nego. Ponadto zasada „opieki zdrowotnej we wszystkich politykach państwa”¹⁴, która również jest zawarta w art. 168 DFES.

Ważne jest, aby pamiętać o politycznym kontekście reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej. Po wydarzeniach z 2014 roku różne siły polityczne uznały za priorytetowe kwestie sfery socjalnej w ogóle i w szczególności sektora opieki zdrowotnej. Jednak w kwestiach form, metod i organizacji reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej pojawiły się sprzeczności. Na przykład, mimo przyjęcia przez Parlament zasadniczych aktów prawnych (w szczególności Ustawy Ukrainy *O państwowych gwarancjach finansowych opieki medycznej dla ludności*), Parlament nie poparł głosowania nad projektem ustawy o wprowadzeniu zmian do kodeksu budżetowego Ukrainy, które miały zapewnić finansowanie rozpoczęcia reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej. Dopiero po dwóch miesiącach odpowiednie zmiany zostały wprowadzone do kodeksu budżetowego Ukrainy. Obecna Minister Zdrowia Ukrainy (U. Suprun) nie została powołana na swoje stanowisko zgodnie z Ustawą Ukrainy *O Gabinetcie Ministrów Ukrainy*. W związku z tym U. Suprun w istocie wykonuje obowiązki Ministra Zdrowia Ukrainy. Okoliczność ta może dodatkowo pogorszyć istniejące problemy we wzajemnej komunikacji między różnymi siłami politycznymi, parlamentem Ukrainy, rządem, środowiskiem medycznym oraz innymi uczestnikami procesu reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej na Ukrainie.

Należy pamiętać, że reforma krajowego systemu opieki zdrowotnej na Ukrainie odbywa się w czasie aneksji... Półwyspu Krymskiego i konfliktów zbrojnych na wschodzie kraju (część obwodu donieckiego i ługańskiego). Tutaj należy zwrócić uwagę na kilka spraw: 1) reforma krajowego systemu opieki zdrowotnej nie obejmie powyższych części terytorium Ukrainy; 2) istniejący konflikt zbrojny stwarza dodatkowe problemy i szczególne wyzwania na obszarach sąsiadujących ze strefą konfliktu (brak wykwalifikowanego personelu medycznego – 55 lekarzy pracuje w godzinach nadliczbowych¹⁵, problemy z zapewnieniem opieki medycznej w odpowiednim terminie i odpowiedniej jakości, ryzyko rozwoju chorób zakaźnych¹⁶ itp.); 3) duża liczba uchodźców wewnętrznych, którzy mają takie same prawa i gwarancje, jak pozostali mieszkańcy Ukrainy, mogą tworzyć dodatkowe obciążenie dla lekarzy rodzinnych/rejonowych w miejscach, gdzie musieli się przenieść.

e-zdrowie

Potencjał wykorzystania nowoczesnych technologii, w tym w dziedzinie opieki zdrowotnej, jest ogromny. Być może stosowanie różnych narzędzi e-zdrowia (mimo różnych podejść do rozumienia tego terminu), zasadniczo odróżnia reformę krajo-

¹⁴ Układ stowarzyszeniowy między Unią Europejską a Ukrainą, art. 427 (1e), <https://www.kmu.gov.ua/en/yev/evneuropejska-integracija/ugoda-pro-asociacyu>, 3 września 2018.

¹⁵ N. Lykhanova, H. Vakhitova, I. Sologub, P. Yavorskyi, *Public Expenditure Tracking Survey/Quantitative Service Delivery Survey (PETS/QSDS)*, UNDP.Ukraine, 2017, http://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/DG/Health/undp_med_ENG-web-optimized.pdf, 3 września 2018, s. 16.

¹⁶ J. Quinn, *Notes from the Field: The Humanitarian Crisis in Ukraine*, „Journal of Human Security” 2015, vol. 11, Issue 1, s. 27–33.

wego systemu opieki zdrowotnej Ukrainy od reform przeprowadzanych w innych krajach.

Przykładowo, opracowywana jest baza normatywna do funkcjonowania jednolitego rejestru państwowego pacjentów Ukrainy; rejestrów specjalistycznych (m.in. osób chorych na cukrzycę); wykorzystanie telemedycyny (na przykład w celu konsultowania pacjentów z odległych miejsc zamieszkania); informatyzacja obiegu dokumentów w placówkach medycznych; stworzenie elektronicznego systemu sprzedaży leków na receptę itp.

W połowie 2017 r. w trybie testowym zaczął działać system elektroniczny opieki zdrowotnej eHealth. W połowie 2018 roku system ten zawierał następujące możliwości: rejestracja placówek i lekarzy świadczących podstawową opiekę medyczną; rejestracja zgłoszeń pacjentów.

Pierwsze wyniki

Analizując całość działań podjętych przez Rząd Ukrainy i Ministerstwo Zdrowia Ukrainy skierowanych na realizację reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej, odnotowujemy następujące wyniki:

- uchwalenie dokumentów koncepcyjnych;
- reforma podstawowej opieki zdrowotnej i autonomizacja placówek medycznych;
- reforma finansowania systemu opieki zdrowotnej, utworzenie Narodowej Służby Zdrowia i autonomizacja placówek medycznych;
- wprowadzenie zmian w istniejącym prawie mających na celu wdrożenie reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej;
- reforma zamówień leków.

Uchwalenie dokumentów koncepcyjnych

Każda reforma zakłada dokładnie przemyślany plan jej wdrożenia. Podstawy obecnej reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej na Ukrainie zostały wprowadzone w 2016 roku, kiedy Rząd uchwalił: Koncepcję reformy finansowania systemu opieki zdrowotnej; Koncepcję rozwoju systemu zdrowia publicznego. W rzeczywistości te dwa dokumenty stały się podstawą do dalszej reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej na Ukrainie.

Reforma podstawowej opieki zdrowotnej i autonomizacja placówek medycznych

Należy zauważyć, że próby reformy podstawowej opieki zdrowotnej podejmowano już wcześniej. Między innymi w latach 2000–2001 Ministerstwo Zdrowia opracowało plan stopniowego przejścia do systemu skoncentrowanego na „podstawowej opiece medycznej”. W ramach tego planu uchwalono szereg aktów prawnych regu-

lujących działalność lekarzy ogólnych. Jednak wysiłki okazały się bardziej deklaratywne¹⁷.

W ramach projektu pilotażowego z 2011 roku (jeden z etapów reformy systemu opieki zdrowotnej Ukrainy, gdy poprzez przyjęcie specjalnej tymczasowej Ustawy Ukrainy o ograniczonym działaniu terytorialnym *O trybie realizacji reformowania systemu opieki zdrowotnej w obwodzie winnickim, dnipropietrowskim, donieckim oraz w mieście Kijów*, nr 3612 z dnia 7 lipca 2011 r.) podjęto próbę wyodrębnienia podstawowej opieki medycznej poprzez utworzenie centrów podstawowej opieki medycznej i wprowadzenie instytutu lekarzy rodzinnych. Pod wieloma względami idee tego projektu pilotażowego 2011 r. są podobne do zmian, które są proponowane obecnie. Jednak wydarzenia rewolucyjne w latach 2013–2014, a następnie aneksja Republiki Autonomicznej Krymu oraz początek konfliktu zbrojnego na wschodzie kraju przesunęły priorytety państwowe, a wyniki Projektu Pilotażowego 2011 nie zostały w pełni przeanalizowane.

W 2015 r. przedstawiono Narodową Strategię Reformy Narodowego Systemu Opieki Zdrowotnej na lata 2015–2020¹⁸. Jednak ze względu na czynniki polityczne (dymisja ówczesnego Ministra Zdrowia, O. Kwitaszwili), ta Strategia Narodowa pozostała projektem, chociaż wiele idei i zasad zaproponowanych w tym dokumencie wykorzystano w przyszłości.

W istocie – po przyjęciu dokumentów programowych w 2016 r. – prawdziwy początek reformy podstawowej opieki zdrowotnej miał miejsce w roku 2017. Regulacja i organizacja świadczenia podstawowej opieki medycznej znacznie różni się od wcześniejszych prób. Główny nacisk kładzie się na umocnienie podstawowej opieki zdrowotnej poprzez stworzenie (często ponowne profilowanie) sieci lekarzy ogólnych – lekarzy rodzinnych. Prowadzi się aktywną kampanię informacyjną mającą na celu organizację pracy lekarzy rodzinnych jako osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą. Lekarze rodinni mogą prowadzić własną działalność samodzielnie bądź zawierać różne umowy cywilno-prawne z placówkami podstawowej opieki medycznej (medycznej i sanitarnej). Podstawową opiekę zdrowotną mogą świadczyć również inne prywatne podmioty gospodarcze.

Reforma systemu podstawowej opieki zdrowotnej ma następujące cele:

- uregulowanie działalności lekarzy rodzinnych (porozumienie między lekarzami rodzinnymi a Narodową Służbą Zdrowia; nie więcej niż 2 tysiące pacjentów – dla niektórych regionów wprowadzono wyjątki; finansowanie przez Narodową Służbę Zdrowia, opłata w zależności od liczby pacjentów);
- konieczność podpisania przez każdego mieszkańca deklaracji o wyborze lekarza rodzinnego (w rzeczywistości zapewnienie gwarantowanej opieki medycznej jest uzależnione od podpisanej deklaracji). Wprowadzanie danych z takich deklaracji do systemu eHealth;
- lekarz rodzinny jako „gate keeper” określający dalszą konieczność świadczenia na rzecz pacjenta pomocy specjalistycznej.

¹⁷ J. Reamy, L. Lovkyte, Z. Padaiga, *Physician workforce planning and the transition to primary health care in former socialist countries*, „Cahiers de sociologie et de demographie medicales” 2005, 45.2-3, s. 307–325.

¹⁸ *Strategia Reformy Narodowej Ochrony Zdrowia dla Ukrainy 2015–2020*, http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2015/03/Strategiya_Engl_for_inet.pdf, 3 kwietnia 2018.

Według danych Ministerstwa Zdrowia Ukrainy w połowie 2018 r. jedna trzecia obywateli Ukrainy podpisała deklarację o wyborze lekarza rodzinnego. Jednocześnie w niektórych obwodach działalność prowadzi większa liczba lekarzy ogólnych – w porównaniu do innych obwodów.

Reformowanie, a właściwie transformacja internistów rejonowych w lekarzy rodzinnych, którzy będą w stanie zapewnić niezbędną opiekę medyczną, jest zadaniem trudnym. Takie czynniki jak: polityczne, społeczno-gospodarcze, w pewnym stopniu ideologiczne (brak akceptacji przez środowisko medyczne i pacjentów proponowanych zmian) mogą przynieść jeszcze więcej problemów do istniejącego systemu. Tylko jasna polityka rządu i szczegółowe prawo mogą przyczynić się do skutecznej reformy podstawowej opieki zdrowotnej. Niestety należy zauważyć, że często proponowane zmiany w prawie są sprzeczne z obowiązującymi przepisami lub mają charakter fragmentaryczny.

Reforma finansowania systemu opieki zdrowotnej, stworzenie Narodowej Służby Zdrowia, autonomizacja placówek medycznych

Reforma krajowego systemu opieki zdrowotnej traktuje jako kwestie priorytetowe optymalizację zarządzania i rozporządzania dostępnymi zasobami (materialnymi, ludzkimi, finansowymi), a tym samym zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej. Proces reformowania jest procesem kosztownym. To, czy możliwe będzie przekształcenie planowanych zmian w krajowy system opieki zdrowotnej na Ukrainie, zależy w dużej mierze od zabezpieczenia finansowego. Należy zauważyć, że wydatki państwowe (% PKB) przeznaczane na finansowanie opieki zdrowotnej na Ukrainie wahały się w zakresie od 6 do 8 procent¹⁹. Dla porównania w Polsce w 2015 r. wydatki państwowe (% PKB) na opiekę zdrowotną wyniosły 6,3%²⁰. Jednak w warunkach obniżenia realnego PKB środki przeznaczone na opiekę zdrowotną na Ukrainie są niewystarczające. W kontekście recesji gospodarczej, a co za tym idzie – znacznego ograniczenia finansowania przez państwo opieki zdrowotnej ogłoszone zobowiązania państwowe w zakresie zapewnienia bezpłatnej opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli kraju w sposób uniwersalny nie zostały poparte rzeczywistym finansowaniem²¹. Oczywiście system opieki zdrowotnej potrzebował innych lub dodatkowych źródeł finansowania. Zgodnie z art. 18 Podstaw Prawa Ukrainy o Ochronie Zdrowia „Finansowanie ochrony zdrowia może być realizowane na koszt środków budżetu państwa Ukrainy i budżetów lokalnych, środków osób prawnych oraz osób fizycznych, jak również z innych źródeł niezabronionych przez prawo”²².

Źródłem, które rekompensowało brak finansowania systemu ochrony zdrowia, stały się płatności „nieformalne”. Jednocześnie ustalenie, czym są tak zwane płatności „nieformalne”, nie jest zadaniem łatwym. Rozróżnia się zatem płatności „pseudofor-

¹⁹ N. Lykhanova, H. Vakhitova, I. Sologub, P. Yavorskyi, op. cit.

²⁰ OECD and World Health Organization, op. cit.

²¹ V. Lekhan, V. Rudyi, S. Shishkin, op. cit., s. 6.

²² Podstawy Prawa Ukrainy o Ochronie Zdrowia: Ustawa Ukrainy z dnia 19 listopada 1992 r., nr 2801-XII (ze zmianami), Głos Ukrainy z dnia 12/15/1992, art. 18, ust. 1.

malne” (ustanowione przez organizację, która świadczy usługi medyczne, w przypadku braku jasnych regulujących dokumentów normatywnych) oraz płatności „nieformalne” właściwe²³. Stosowanie różnych metod badawczych daje odmienne wyniki dotyczące rozpowszechnienia płatności „nieformalnych”. Na przykład w Projekcie Krajowej Strategii Reformy Systemu Ochrony Zdrowia Ukrainy na lata 2015–2020 podano następujące dane. Według stanu na rok 2012 finansowanie opieki zdrowotnej realizowano w następujących proporcjach: 57% – środki budżetowe; 40% – gospodarstwa domowe; 3% – firmy prywatne²⁴. Jeśli chodzi o płatności „nieformalne”, zgodnie z danymi za 2016 r. takie płatności wynoszą 52,2%²⁵. Dla porównania, w Polsce w 2015 roku wydatki gospodarstw domowych wynoszą 22%²⁶, co jest dość wysokim wskaźnikiem dla krajów członkowskich UE.

Kwestia znalezienia dodatkowych źródeł finansowania bądź rewizji istniejącego systemu – z uwzględnieniem spadku wskaźników zdrowia publicznego – staje się coraz bardziej aktualna.

Przez cały okres niepodległości Ukrainy proponowano różne mechanizmy finansowania systemu ochrony zdrowia. Między innymi niemal natychmiast po przyjęciu Konstytucji Ukrainy w 1996 roku na poziomie aktów prawnych podrzędnych względem ustaw wprowadzono podział na opiekę medyczną (bezpłatna) oraz usługi medyczne (opłacane przez pacjentów). Biorąc pod uwagę dosyć niejasne sformułowania w odpowiednich przepisach prawnych, niedokładny podział warunków świadczenia usług bezpłatnych i płatnych, doprowadziło to do stosowania pobierania opłat za leczenie i zmniejszenia dostępności opieki medycznej dla ogółu społeczeństwa²⁷. Trybunał Konstytucyjny Ukrainy w 1998 roku²⁸ uznał za niezgodną z konstytucją odpowiednią ustawę dotyczącą płatnych usług medycznych.

Wprowadzenie obowiązkowego państwowego ubezpieczenia zdrowotnego proponowano w różnych ustawach, które jednak nie uzyskały poparcia w parlamencie. Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne pozostaje dodatkowym źródłem finansowania.

Były inne inicjatywy. Na przykład w szeregu obwodów (zgodnie z Konstytucją Ukrainy pod względem administracyjnym Ukraina składa się z 24 obwodów, Republiki Autonomicznej Krymu i dwóch miast o statusie szczególnym) utworzono dobrowolne kasy chorych. Ponadto w mieście Komsomolsk (obecnie Horiszni Pławni) od 1998 r. funkcjonuje „eksperymentalny” model organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarze rodzinni mający prywatną praktykę pracują na podstawie kontraktów z wydziałem ochrony zdrowia rady miasta. Kontrakty te opierają się na zasadzie płat-

²³ T. Stepurko i in., op. cit., s. 48.

²⁴ *Strategia Reformy Narodowej Ochrony Zdrowia dla Ukrainy 2015–2020*, op. cit., s. 10.

²⁵ N. Habibov, A. Cheung, *Revisiting informal payments in 29 transitional countries: The scale and socio-economic correlates*, „Social Science & Medicine”, 178 (2017): 28-37, s. 32.

²⁶ OECD and World Health Organization, op. cit.

²⁷ V. Lekhan, V. Rudi, S. Shishkin, op. cit., s. 6.

²⁸ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego Ukrainy w sprawie podania konstytucyjnego 66 posłów dotyczącego zgodności z Konstytucją Ukrainy (konstytucyjności) Rozporządzenia Gabinetu Ministrów Ukrainy *O zatwierdzeniu wykazu płatnych usług świadczonych w państwowych zakładach opieki zdrowotnej oraz na uczelniach medycznych* (sprawa płatnych usług medycznych): Wyrok Trybunału Konstytucyjnego Ukrainy nr 15-rp/98 z dnia 25 listopada 1998 roku, Dziennik Ustaw Ukrainy 1998, nr 50, s. 119, art. 1854, kod aktu 6517/1998.

ności w zależności od liczby pacjentów. Wyniki audytu publicznego lokalnego systemu opieki zdrowotnej i badań socjologicznych wskazują, że organizacja świadczenia podstawowej opieki medycznej z udziałem lekarzy rodzinnych mających prywatną praktykę jest bardziej opłacalna, niż model tradycyjny. Przy stosowaniu nowego modelu również jest wyższa, niż w przypadku tradycyjnego, jakość i dostępność opieki medycznej dla ludności²⁹.

Jednak, pomimo różnych prób zreformowania systemu, finansowanie systemu opieki zdrowotnej, a przede wszystkim zasoby finansowe zawsze były niewystarczające. W obecnej reformie krajowego systemu opieki zdrowotnej kluczową rolę odgrywa kwestia zmiany zapewnienia finansowania.

Główne aspekty reformowania finansowania systemu opieki zdrowotnej obejmują:

- 1) wprowadzenie „gwarantowanego pakietu opieki medycznej” (wprowadzonego przez Ustawę Ukrainy *O państwowych gwarancjach finansowych opieki medycznej ludności*, który został bardziej szczegółowo opisany poniżej);
- 2) utworzenie jedyne go krajowego organu zamawiającego usługi medyczne, którym stała się Narodowa Służba Zdrowia.

Utworzenie **Narodowej Służby Zdrowia** jest kluczowym punktem reformy finansowania krajowego systemu opieki zdrowotnej. Narodowa Służba Zdrowia ma status organu centralnego władzy wykonawczej, który realizuje politykę państwa w zakresie gwarancji finansowych opieki medycznej dla ludności. Działalność Narodowej Służby Zdrowia jest kierowana i koordynowana przez Rząd Ukrainy poprzez Ministra Zdrowia. Według stanu na wrzesień 2018 r. Narodowa Służba Zdrowia zawarła umowy o opiekę medyczną nad ludnością z 623 różnymi placówkami medycznymi, przy czym 538 (86%) z nich ma status organizacyjny i prawny publicznych przedsiębiorstw niehandlowych; 38 (6%) to osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą; 47 (8%) – inne formy własności prywatnej³⁰;

- 3) rozszerzenie uprawnień lokalnych organów władzy; jasny podział kompetencji władz lokalnych i państwa; umożliwienie władzom lokalnym zarządzania środkami według własnego uznania (w istocie elementy decentralizacji);
- 4) autonomizacja placówek medycznych.

W istocie autonomizacja dla zakładów medycznych z publiczną formą własności jest sposobem na zmianę ich statusu organizacyjnego i prawnego. Należy podkreślić, że nie mówimy o prywatyzacji instytucji medycznych. Podstawą do tego procesu była Ustawa Ukrainy *O wprowadzeniu zmian do niektórych aktów prawnych Ukrainy w zakresie udoskonalenia prawa w kwestii ochrony zdrowia*, nr 2002 z 6 kwietnia 2017 roku. Jej główne postanowienia prowadzą się do:

- szczegółowo regulowanej procedury zmiany formy organizacyjno-prawnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej – z instytucji budżetowej w publiczne przedsiębiorstwo niekomercyjne,

²⁹ V. Lekhan, V. Rudyi, S. Shishkin, op. cit., s. 18.

³⁰ Narodowa Służba Zdrowia Ukrainy, *Sprawozdanie NSZU o wykonaniu umów opieki medycznej ludności według programu gwarancji medycznych na III kwartał 2018 r.*, http://nszu.gov.ua/files/Zvit_NSZU_01.10.2018_NEW.pdf, 3 października 2018.

- przejście z finansowania budżetowego („płatność za miejsca w szpitalu” i „według pozycji klasyfikacji budżetowej”) na finansowanie kontraktowe (na podstawie umów opieki medycznej dla ludności zawartych z Narodową Służbą Zdrowia w zakresie świadczonych usług),
 - możliwość zawarcia umowy z Narodową Służbą Zdrowia, w tym w przypadku gdy lekarz rodzinny pracuje na etacie w takiej placówce,
 - możliwość zawierania umów z firmami ubezpieczeniowymi, i właściwie pozyskanie dodatkowych środków z mechanizmów dobrowolnego ubezpieczenia medycznego;
- 5) zmiana zasad finansowania – zamiast utrzymywania infrastruktury placówek służby zdrowia (obowiązki utrzymania której przekazywane są władzom lokalnym, co potencjalnie może wywołać kontrowersje) opłata za wyniki działalności placówek medycznych. Podstawą nowego modelu finansowania systemu ochrony zdrowia powinno być przejście z finansowania pozycja po pozycji państwowych i komunalnych zakładów opieki zdrowotnej – placówek budżetowych, obliczonych na podstawie potrzeby utrzymania istniejącej infrastruktury tych placówek (takich jak liczba łóżek, standardy kadrowe itp.) do zapłaty za wyniki działalności tych placówek jako autonomicznych podmiotów działalności gospodarczej, tj. do zapłaty za faktycznie świadczoną na rzecz pacjentów opiekę medyczną³¹.

Wprowadzenie zmian w obowiązującym prawie.

Na poziomie legislacyjnym w obecnej chwili mówimy o czterech przyjętych Ustawach Ukrainy: 1) o autonomizacji placówek medycznych nr 2002 z dnia 6 kwietnia 2017 r.; 2) o państwowych gwarancjach finansowych opieki medycznej dla ludności nr 2168 z dnia 19 października 2017 r.; 3) o zwiększeniu dostępności i jakości opieki medycznej na obszarach wiejskich nr 2206 z dnia 14 listopada 2017 r.; 4) o zmianach w kodeksie budżetowym Ukrainy nr 2233 z dnia 7 grudnia 2017 r. (już wspomnieliśmy o tej ustawie – jej głównym celem jest stworzenie podstawy do finansowania „gwarancji” opieki medycznej dla ludności). Główne przepisy części Ustaw Ukrainy już zostały rozpatrzone, tutaj natomiast skupiamy się na najbardziej fundamentalnej i najbardziej dyskusyjnej Ustawie Ukrainy – Ustawie *O państwowych gwarancjach finansowych opieki medycznej dla ludności*.

Głównymi postanowieniami tej ustawy jest wprowadzenie nowego narzędzia „programu gwarancji medycznych”. Program gwarancji medycznych jest w istocie wykazem i zakresem usług medycznych (w tym wyrobów medycznych) i leków, pełną zapłatę za świadczenie których gwarantuje państwo. Zatem państwo zobowiązało się do opłacania w całości obywatelom, cudzoziemcom, bezpaństwowcom stale zamieszkującym na Ukrainie, uchodźcom lub osobom potrzebującym dodatkowej ochrony, usług medycznych i leków, są to zobowiązania związane z zapewnieniem: natychmiastowej pomocy medycznej; podstawowej opieki medycznej; wtórnej (spe-

³¹ O uchwaleniu koncepcji rozwoju systemu społecznego zdrowia: Rozporządzenie Gabinetu Ministrów Ukrainy № 1013-r z dnia 30 listopada 2016 roku, <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80?lang=en>, 3 października 2018.

cialistycznej) opieki medycznej; trzeciorzędnej (wysoko wyspecjalizowanej) opieki medycznej; opieki medycznej paliatywnej; rehabilitacji medycznej; opieki medycznej dla dzieci w wieku poniżej 16 lat; opieki medycznej w okresie ciąży i porodu. W rzeczywistości opłacie podlegają tylko te rodzaje opieki medycznej, które są objęte programem gwarancji medycznych. Program gwarancji medycznych jest co roku zatwierdzany przez Parlament Ukrainy. Warto zauważyć, że w Ustawie Ukrainy *O państwowych gwarancjach finansowych opieki medycznej dla ludności* określono, że co najmniej 5% PKB powinno zostać przeznaczone na realizację programu gwarancji medycznych.

Jednak wielu posłów stwierdza rozbieżności między nową ustawą *O państwowych gwarancjach finansowych usług medycznych dla ludności* i postanowieniami Konstytucji Ukrainy. Dylemat pojawia się w obszarze stosunku definicji „opieki medycznej”, a „programu gwarancji medycznych”. Art. 49 Konstytucji Ukrainy stanowi, że „Każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, opieki medycznej i ubezpieczenia zdrowotnego. Ochronę zdrowia zapewnia finansowanie państwowe odpowiednich programów społeczno-gospodarczych, medycznych i zdrowotno-profilaktycznych. [...] W państwowych i komunalnych zakładach opieki zdrowotnej pomoc medyczna jest świadczona bezpłatnie...”. Obowiązujące Podstawy Prawa Ukrainy o Ochronie Zdrowia (kodyfikowany akt normatywno-prawny) określa opiekę medyczną jako „działalność profesjonalnie wyszkolonych pracowników medycznych mająca na celu profilaktykę, diagnostykę, leczenie i rehabilitację w związku z chorobami, urazami, zatruciami i stanami patologicznymi, a również związane z ciążą i porodem”³². Natomiast nowa Ustawa *O państwowych gwarancjach finansowych opieki medycznej dla ludności*³³ definiuje „program gwarancji medycznych” jako program, który określa wykaz i zakres usług medycznych (w tym wyrobów medycznych) oraz leków, pełną opłatę, za świadczenie których na rzecz pacjentów gwarantuje państwo na koszt budżetu państwowego Ukrainy zgodnie z taryfą za profilaktykę, diagnostykę, leczenie i rehabilitację w związku z chorobami, urazami, zatruciami i stanami patologicznymi, a również związane z ciążą i porodem³⁴. Oczywiście jest ewidentne podobieństwo przedstawionych definicji.

Główna dyskusja dotyczy ustalenia zakresu gwarantowanej opieki medycznej. Czy „program gwarancji medycznych” jest gwarantowanym zakresem opieki medycznej? Należy zauważyć, że niektóre aspekty kwestii określania zakresu gwarantowanej opieki medycznej były już przedmiotem rozważań w Trybunale Konstytucyjnym Ukrainy. Tak więc w Wyroku nr 10-rp/2002 *Sprawa bezpłatnej opieki medycznej*³⁵ Trybunał Konstytucyjny Ukrainy orzekł, że przepisy artykułu 49 ust. 3 Konstytucji Ukrainy „w państwowych i komunalnych zakładach opieki zdrowotnej

³² Podstawy Prawa Ukrainy o Ochronie zdrowia, op. cit., s. 3.

³³ *O państwowych gwarancjach finansowych opieki medycznej dla ludności*, Ustawa Ukrainy nr 2168-VIII z dnia 19 czerwca 2017 r., Dziennik Ustaw Ukrainy 2018, Nr 4 (1.12.2018), s. 148.

³⁴ Ibidem, s. 2.

³⁵ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego Ukrainy w sprawie podania konstytucyjnego 53 posłów dotyczącego oficjalnej interpretacji postanowień art. 49 ust. 3 Konstytucji Ukrainy „w państwowych i komunalnych zakładach opieki zdrowotnej pomoc medyczna jest świadczona bezpłatnie” (sprawa o bezpłatnej opiece medycznej): Wyrok Trybunału Konstytucyjnego Ukrainy nr 10-rp/2002 z dnia 29 maja 2002 roku, Dziennik Ustaw Ukrainy 2002, Nr 3, s. 19.

pomoc medyczna jest świadczona bezpłatnie” należy rozumieć, że „W państwowych i komunalnych zakładach opieki zdrowotnej pomoc medyczna jest świadczona dla wszystkich, niezależnie od zakresu...”. Przez długi czas podejście to uznawano za dopuszczalne. Jednak brak środków na pokrycie wydatków w sektorze ochrony zdrowia spowodował, że kwestia zapewnienia i realizacji tej normy konstytucyjnej w praktyce nie jest możliwa do realizacji.

W swojej nowszej decyzji nr 20-rp/2011 Trybunał Konstytucyjny Ukrainy zauważył, że „prawa społeczno-gospodarcze przewidziane przez prawo nie są absolutne. Mechanizm realizacji tych praw może zostać zmieniony przez państwo, w szczególności ze względu na niemożność ich zabezpieczenia finansowego poprzez proporcjonalną redystrybucję środków w celu zachowania równowagi interesów całego społeczeństwa”³⁶.

Oczywiste jest, że określenie zakresu gwarantowanej opieki medycznej jest na etapie ponownego przeanalizowania. Nowa Ustawa Ukrainy *O państwowych gwarancjach finansowych opieki medycznej dla ludności* stała się kolejnym krokiem w drodze określenia zarówno zakresu gwarantowanej opieki medycznej, jak i szeregu innych kluczowych kwestii, mianowicie jasnego określenia praw obywateli do opieki zdrowotnej i określenia odpowiednich względem nich obowiązków państwa. Pod wieloma względami dalsza realizacja reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej zależy od Trybunału Konstytucyjnego Ukrainy.

Szczególną uwagę należy zwrócić na Ustawę Ukrainy *O poprawie dostępności i jakości usług medycznych na obszarach wiejskich* (przyjęta w 2017 r.). Ustawa ta przewiduje między innymi określenie podstaw regulacji prawnych i głównych kierunków rozwoju opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich; rozszerza uprawnienia władz wykonawczych i samorządów lokalnych w celu zapewnienia poprawy poziomu usług zdrowotnych na obszarach wiejskich (kolejny przykład decentralizacji). Ciekawym postanowieniem tej ustawy jest aktywne wykorzystanie nowoczesnych technologii w zakresie opieki medycznej (telemedycyny). Jak podkreślił Prezydent Ukrainy Petro Poroszenko, opisując istotę telemedycyny, która zostanie wprowadzona we wsiach, „Zrobić EKG może pielęgniarka, a przeczyta ją już lekarz – profesor lub docent, którzy błyskawicznie zdiagnozują”³⁷. Oczwistym jest, że wdrożenie tej ustawy będzie w dużej mierze zależało od jej zabezpieczenia finansowego; stworzenia odpowiedniej bazy materiałowo-technicznej.

Obecny krajowy system opieki zdrowotnej jest określany jako „przesadnie regulowany”³⁸. Wśród zmian w obecnym prawie należy podkreślić dużą liczbę zmian znoszących niektóre formularze dokumentacji medycznej.

³⁶ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego Ukrainy w sprawie podania konstytucyjnego 49 posłów, 53 posłów i 56 posłów Ukrainy dotyczącego zgodności Konstytucji Ukrainy (konstytucyjności) z Rozdz. VII ust. 4 „Postanowienia końcowe” Ustawy Ukrainy *O budżecie państwowym Ukrainy na 2011 rok*: Wyrok Trybunału Konstytucyjnego Ukrainy nr 20-rp/2011 z dnia 26 grudnia 2011 r., Dziennik Ustaw Ukrainy 2012, Nr 3, s. 55, pkt 2.1.

³⁷ Prezydent Ukrainy, „*Medycyna wiejska na Ukrainie ma być – Prezydent podpisał ustawę*” *O zwiększeniu dostępności i jakości opieki medycznej na obszarach wiejskich*, 28 grudnia 2017 r., <https://www.president.gov.ua/ru/news/silskij-medicini-v-ukrayini-buti-prezident-pidpisav-zakon-pr-45278>, 4 października 2018.

³⁸ N. Lykanova, H. Vakhitova, I. Sologub, P. Yavorskyi, op. cit., s. 12.

Reforma w zakresie zamówień leków.

Chociaż kwestia zamówień leków (mamy tu na myśli zamówień publicznych za środki budżetu państwa) nie dotyczy bezpośrednio funkcjonowania krajowego systemu opieki zdrowotnej, jednak skuteczne zamówienia i zakupy pozwalają na zaoszczędzenie pieniędzy państwowych, które można wykorzystać na inne potrzeby opieki zdrowotnej.

W 2015 r. wprowadzono zmiany w obowiązującym prawie Ukrainy, które regulowało zamówienia leków. Pełna nazwa ustawy ukraińskiej: *W sprawie wprowadzenia zmian do niektórych ustaw Ukrainy dotyczących zapewnienia pacjentom bieżącego dostępu do potrzebnych leków i wyrobów medycznych poprzez realizację zamówień publicznych z udziałem wyspecjalizowanych instytucji realizujących zamówienia*³⁹, stosuje się jednak krótszą nazwę: *W sprawie zamówień publicznych w zakresie leków za pośrednictwem instytucji międzynarodowych*. Od momentu wejścia w życie niniejszej ustawy (1 sierpnia 2016 r.) zamówienia publiczne leków są przeprowadzane za pośrednictwem organizacji międzynarodowych, takich jak: Program Rozwoju ONZ, Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF), Brytyjska Agencja zamówień publicznych Crown Agents. Według szacunków Izby Obrachunkowej rządowe zamówienia leków przez organizacje międzynarodowe pozwoliły zaoszczędzić do 39% środków budżetowych⁴⁰. Należy zauważyć, że oszczędności występują głównie poprzez zastąpienie drogich leków generycznymi.

Niemniej jednak mechanizm zamówień publicznych leków przez organizacje międzynarodowe jest tymczasowy. Ustawa Ukrainy *O zamówieniach publicznych na leki przez organizacje międzynarodowe* obowiązuje do 31 marca 2019 r. Do tego momentu Ukraina powinna stworzyć krajową scentralizowaną instytucję zajmującą się zamówieniami publicznymi. Rząd Ukrainy uchwalił koncepcję zreformowania mechanizmów zamówień publicznych na leki i wyroby medyczne⁴¹. Zgodnie z tym dokumentem, krajowa scentralizowana organizacja zamawiająca zostanie ustanowiona przez Ministerstwo Zdrowia i będzie jemu podlegała. Zakłada się, że scentralizowana instytucja, zajmująca się zamówieniami będzie realizowała scentralizowane zakupy leków w ramach programów, które zostaną zdefiniowane jako strategiczne. Do września 2018 r. instytucja scentralizowana, zajmująca się zamówieniami publicznymi nie została ustanowiona, brak niezbędnych dokumentów regulacyjnych.

³⁹ O wprowadzeniu zmian w niektórych Ustawach Ukrainy w zakresie zapewnienia bieżącego dostępu pacjentów do niezbędnych leków oraz wyrobów medycznych poprzez realizację zamówień publicznych z zaangażowaniem organizacji specjalistycznych realizujących zamówienia: Ustawa Ukrainy nr 269-III z dnia 19 marca 2015 roku, *Głos Ukrainy* za 2015 r., № 75 z dnia 25 kwietnia 2015 r.

⁴⁰ Ministerstwo Zdrowia Ukrainy, *Odpowiedzi na często zadawane pytania o zamówieniach międzynarodowych*, 24 maja 2018 r., <http://moz.gov.ua/article/news/vidpovidi-na-poshireni-pitannya-pro-mizhnarodni-zakupivli>, 4 października 2018.

⁴¹ W sprawie zatwierdzenia Koncepcji reformowania mechanizmów zamówień publicznych leków i wyrobów medycznych: Rozporządzenie Gabinetu Ministrów Ukrainy nr 582-r z dnia 23 sierpnia 2017 r., <http://zakon4.rada.gov.ua/rada/main/582-2017-%D1%80?lang=en>, 4 października 2018.

Dalsze perspektywy reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej Ukrainy

Zakłada się, że w 2018 r. zakończy się reformowanie, czyli innymi słowy, tworzenie systemu podstawowej opieki zdrowotnej. W 2019 r. Ukrainę czeka **reforma wtórnej i specjalistycznej opieki medycznej**.

Już od 2011 r. na Ukrainie dyskutuje się nad pomysłem wprowadzenia okręgów szpitalnych. Jednak dopiero w 2016 r. uchwalono dokument (Rozporządzenie Gabinetu Ministrów Ukrainy *O zatwierdzeniu trybu tworzenia okręgów szpitalnych* z dnia 30 listopada 2016 r.) w sprawie utworzenia okręgów „szpitalnych”. Zakłada się, że okręgi szpitalne są tworzone w celu uporządkowania placówek medycznych działających na danym obszarze. Jednocześnie granice takiego okręgu szpitalnego niekoniecznie pokrywają się z granicami jednostek administracyjno-terytorialnych. Głównymi kryteriami do utworzenia okręgu szpitalnego są: – istnienie szpitala z odpowiednim wyposażeniem do świadczenia specjalistycznej opieki medycznej (w tym ratownictwa medycznego – przez całą dobę); – możliwość dojechania do takiego szpitala w ciągu jednej godziny. Uwzględnia się przy tym zarówno cechy geograficzne, jak i poziom rozwoju infrastruktury na danym obszarze. To władze lokalne stają się odpowiedzialne za stworzenie i funkcjonowanie sieci placówek medycznych (w tym bazy materialnej i zasobów).

W związku z tworzeniem okręgów „szpitalnych” powstaje szereg pytań: 1) kwestia konstytucyjności, ponieważ, jak już zauważono, zgodnie z Konstytucją Ukrainy, „istniejąca sieć państwowych i komunalnych zakładów opieki zdrowotnej nie może zostać zmniejszona”. Oczywiście jest, że będzie miała miejsce sytuacja konfliktowa z punktu widzenia konkurencji norm konstytucyjnych gwarantujących prawo obywateli do ochrony zdrowia z normami konstytucyjnymi dotyczącymi uprawnień samorządów lokalnych w kwestii funkcjonowania oraz ogólnie istnienia sieci placówek medycznych; 2) kwestia jakości, skuteczności i dostępności opieki medycznej dla mieszkańców, która będzie się różniła w zależności od skuteczności działań władz lokalnych.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia Ukrainy ogłosiło, że **reforma ratownictwa medycznego** będzie jednym z priorytetów w 2019 roku. Należy zauważyć, że procedura wdrażania ratownictwa medycznego została uregulowana w specjalnej Ustawie Ukrainy: *O ratownictwie medycznym*⁴², która została przyjęta w 2013 r. Jednak dla ofiar szkód zewnętrznych sytuacja wciąż pozostaje tragiczna. W chwili uchwalenia Ustawy *O ratownictwie medycznym* podkreślano, że w tym czasie 76% zgonów z przyczyn zewnętrznych na Ukrainie miało miejsce poza szpitalem. Wskaźnik ten podano jako niedopuszczalnie i o wiele wyższy, niż w krajach europejskich. Niestety w roku 2016 r. ten wskaźnik wzrósł do 80,7%⁴³.

Jeśli chodzi o obecny etap reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej na Ukrainie, to obecnie na etapie dyskusji publicznej jest Projekt Koncepcji reformowania

⁴² O ratownictwie medycznym: Ustawa Ukrainy nr 5081-VI z dnia 5 lipca 2012 r. (ze zmianami), Głos Ukrainy 2012, Nr 152 z dnia 17.08.2012.

⁴³ Ministerstwo Zdrowia Ukrainy, *Projekt rozporządzenia Gabinetu Ministrów Ukrainy „O uchwaleniu koncepcji reformy systemu ratownictwa medycznego”*, 15 czerwca 2018 r., <http://moz.gov.ua/article/public-discussions-archive/proekt-rozporjadzhennja-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-shvalennja-koncepcii-reformi-sistemi-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi>, 4 października 2018.

systemu ratownictwa medycznego. Podstawowym celem reformy systemu opieki medycznej ratownictwa medycznego jest stworzenie możliwości szybszego reagowania na przypadki stanów nagłych osoby. W szczególności proponuje się⁴⁴: zaktualizowanie algorytmów pracy dyspozytorów (karetka, która znajduje się bliżej miejsca zdarzenia, będzie wyjeżdżała w ciągu kilku sekund po wezwaniu; doradzanie w zakresie udzielania pierwszej pomocy przed przybyciem zespołu ratowników); stworzenie nowej infrastruktury informatycznej (zostanie utworzone główne centrum wymiany danych i zainstalowany GPS we wszystkich pojazdach, zatem informacja o statusie każdego wezwania będzie dostępna w każdej chwili – kolejny przykład wpływu e-zdrowia); ponowne przeszkolenie zespołów ratownictwa medycznego; poprawa wyposażenia materiałowo-technicznego służby ratownictwa medycznego.

Wnioski

Należy zauważyć, że do 2016 r. reformy (ściślej – poszczególne elementy reformy) krajowego systemu opieki zdrowotnej na Ukrainie były realizowane częściowo. Eksperymenty przeprowadzone w poszczególnych regionach kraju stworzyły sytuację, w której w różnych regionach funkcjonują różne modele organizacji i finansowania systemu opieki medycznej. Wiele proponowanych projektów pozostało niezrealizowanych ze względu na różne czynniki. W rzeczywistości dopiero w 2016 r. rozpoczęła się jedna z największych reform krajowego systemu opieki zdrowotnej na Ukrainie. Według stanu na wrzesień 2018 r., należy odnotować następujące wyniki: decentralizacja zarządzania opieką medyczną; zakrojona na szeroką skalę reforma instytucji lekarzy rodzinnych; reforma finansowania systemu opieki zdrowotnej, przede wszystkim zmiana podstawowych zasad. Jednak nadal istnieje szereg kwestii problematycznych. Zdaniem autora niniejszej publikacji dalszy rozwój reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej Ukrainy w dużym stopniu będzie zależał od: 1) czynników politycznych, mianowicie, czy wybory prezydenckie i parlamentarne w 2019 roku nie spowodują zmiany obranych kierunków reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej Ukrainy; 2) czy reforma krajowego systemu opieki zdrowotnej będzie w stanie uzyskać niezbędną ilość zasobów w warunkach trudnej sytuacji finansowej gospodarki narodowej, 3) decyzje Trybunału Konstytucyjnego Ukrainy dotyczące konstytucyjności przepisów nowej Ustawy Ukrainy *O państwowych gwarancjach finansowych opieki medycznej dla ludności*.

Streszczenie

W niniejszym artykule omówiono niektóre aspekty reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej, która rozpoczęła się w 2016 roku. Autor wskazał czynniki wpływające na reformę krajowego systemu opieki zdrowotnej Ukrainy, mianowicie: konieczność uwzględnienia zobowią-

⁴⁴ Ministerstwo Zdrowia Ukrainy, *Nowa koncepcja rozwoju ratownictwa medycznego*, 15 czerwca 2018, <http://moz.gov.ua/article/reform-plan/nova-koncepcija-rozvitku-ekstrenoi-dopomogi>, 4 października 2018.

zań Ukrainy w zakresie dostosowania prawa krajowego do prawa Unii Europejskiej; aspekt polityczny; istnienie konfliktu zbrojnego w kraju; wykorzystanie potencjału e-zdrowia. Według stanu na wrzesień 2018 roku, wyniki reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej są następujące: uchwalenie dokumentów koncepcyjnych; reforma podstawowej opieki zdrowotnej i autonomizacja zakładów opieki zdrowotnej; reforma finansowania systemu opieki zdrowotnej, stworzenie Narodowej Służby Zdrowia i autonomizacja placówek medycznych; wprowadzenie zmian w obowiązującym prawie mających na celu wdrożenie reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej; reforma systemu zamówień leków. Na 2019 rok zaplanowane są następujące zmiany w krajowym systemie opieki zdrowotnej na Ukrainie: utworzenie krajowej agencji zamówień; reforma wtórnej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Jednak przy wprowadzaniu reformy krajowego systemu opieki zdrowotnej Ukrainy pojawił się szereg kwestii dyskusyjnych o charakterze prawnym: przede wszystkim kwestia zgodności z konstytucją szeregu zaproponowanych zmian. Te oraz inne problemy zostaną omówione w niniejszym artykule.

Słowa kluczowe: system opieki zdrowotnej, zdrowie, pomoc medyczna, reforma

Reform of the National Healthcare System in Ukraine: First Results and Future Prospects

Summary

Selected issues of the national healthcare system reform which started in 2016, are discussed in this article. Attention to number of specific factors that influence national healthcare system reform is paid, namely: the need to consider Ukraine's commitments to adapt national legislation to European Union law; political context; the presence of the armed conflict in the country; the use of E-health potential. As of the end of 2018 the results of national healthcare system reform are: the adoption of conceptual documents; primary healthcare reform and introduction of "autonomy" in medical institutions; healthcare system financing reform, foundation of the National Health Service; amendments to existing legislation aimed at implementation of basic ideas of national healthcare system reform; drug procurement system reform. In 2019, the following changes are expected in the healthcare system in Ukraine: the creation of a national procurement agency; reform of secondary and specialised (tertiary) healthcare. However, during the process of national healthcare system reform, a number of discussable legal issues emerged: first of all, the question of the constitutionality of the proposed conceptual changes. These and other issues are discussed in the article.

Key words: healthcare system, health, health care, reform