УДК 614.2

КОНСТИТУЦІЙНО ГАРАНТОВАНА МЕДИЦИНА СЬОГОДЕННЯ: СОЦІАЛЬНІ, ПСИХОЛОГІЧНІ, ПРАВОВІ ТА ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ

Салюта М.Ю., Чиж Б.І., Ястремська О.А., Ковалевська В.М., Гах Р.В., Салюта Ю.М.

ПВНЗ «Міжнародна академія екології та медицини», м. Київ, Україна

Резюме. *У статті проаналізовано проблеми фінансування галузі охорони здоров'я, що знаходиться в процесі реформування, в аспекті міжнародних вимог на тлі зменшення населення України, зменшення кількості лікарняних закладів, інфляційних процесів, приділено особливу увагу питанню безоплатної медичної допомоги та можливості користування цим правом в розрізі соціальних, психологічних, правових та економічних аспектів. Запропоновано основні зміни в галузі охорони здоров'я для виходу з ситуації, що склалася.*

Ключові слова: *реформа галузі охорони здоров'я, безоплатна медична допомога, загальнообов'язкове державне медичне страхування, єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, ВВП, населення України, конклюдентний договір, Всесвітня організація охорони здоров'я, державно-приватне партнерство.*

Вступ. Загальною декларацією прав людини, Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод, Конвенцією Співдружності Незалежних Держав про права та основні свободи людини, Міжнародним пактом про економічні, соціальні і культурні права та іншими міжнародними документами життя і здоров'я людини проголошується найвищою цінністю. Вимоги міжнародних стандартів закріплені Конституцією України, згідно якої кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Проте як, хто і за яких підстав може скористатися такими правами в розрізі соціальних, психологіч-

них, правових та економічних аспектів, – є одним зі злободенних і критичних питань сьогодення.

Метою дослідження є аналіз основних проблем фінансування галузі охорони здоров'я, що знаходиться в стані реформування, відсутності інституту загальнообов'язкового державного медичного страхування та можливості надання конституційно гарантованої, якісної і своєчасної медичної допомоги населенню України.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалами для проведення аналізу були офіційні дані і публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міністерства фінансів України, Національного банку України, Державної служби статистики України, Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи Національної академії наук України. У процесі дослідження використовувався бібліометричний, аксіологічний, соціокультурний, медично-статистичний та порівняльний метод, метод моделювання, мета-аналіз для систематизації інструментарію діяльності і фінансування галузі охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення. За оцінками фахівців, потреба населення в медичних послугах задовольняється лише на третину. Національні програми у галузі охорони здоров'я не виконуються в повному обсязі. Відсутність дієвих механізмів контролю за дотриманням прав людини в галузі охорони здоров'я, юридична безвідповідальність багатьох медичних працівників унеможливлюють належний захист прав пацієнтів. Відсутність інформації про досвід інших країн у вирішенні питань захисту прав пацієнтів та лікарів, необізнаність населення України щодо своїх прав і свобод в галузі охорони здоров'я створюють підстави для зловживання основними правами пацієнтів, задекларованими міжнародними договорами та чинним законодавством України.

Протягом останніх років у сфері охорони здоров'я основні зусилля держави були спрямовані на реформування системи медичного обслуговування населення, що є одним з пріоритетів сучасної соціальної політики та невід'ємною складовою соціально-економічних перетворень української держави в цілому, про що наголошено у Програмі економічних реформ на 2010 –

2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» та зазначалося у щорічному Посланні Президента України до Верховної Ради України «Модернізація України – наш стратегічний вибір», у дорученнях глави держави, Кабінету Міністрів України, Плані діяльності Міністерства охорони здоров'я України на 2013 рік та два бюджетні роки, що настають за плановим (2014 – 2015 роки).

Конституційними правами громадянина України у сфері охорони здоров'я є «безоплатна медична допомога» та «загальнообов'язкове державне медичне страхування», які з багатьох спектрів своєї дії і застосування викликають палкі дискусії посадовців, науковців, лікарів, юристів та небайдужих громадян.

На сьогоднішній день в Україні діє єдиний норматив прямої дії, який гарантує право кожного громадянина на «безоплатну медичну допомогу», відображений в **статті 49 Конституції України:** *«Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності».*

На державному рівні визначено такий вид соціальних послуг та матеріального забезпечення як **медичне страхування.** У відповідності до статті 25 Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування до медичного страхування відноситься:

- діагностика та амбулаторне лікування;
- стаціонарне лікування;
- надання готових лікарських засобів та виробів медичного призначення;
- профілактичні та освітні заходи;

- забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції або мають хронічні захворювання.

Питання діяльності інституту загальнообов'язкового державного медичного страхування підлягає окремому розгляду. Перед тим варто відмітити, що Основами законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, де задекларовано загальнообов'язкове державне медичне страхування, передбачено розвиток відповідної законодавчої бази, що регулюватиме створення та функціонування системи загальнообов'язкового медичного страхування. Такий підхід цілком узгоджується зі світовим досвідом, відповідними конвенціями і рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної організації праці. Саме таким шляхом йде більшість європейських країн, де фінансування системи охорони здоров'я здійснюється шляхом соціального страхування.

Враховуючи те, що Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, як закон, набрав чинності з 1998 року, питання створення і діяльності дієвого інституту загальнообов'язкового державного медичного страхування, що для держави є першочерговим завданням, повинно було розглядатись ще 15 років тому. Окрім того, обслуговування населення в державних і комунальних закладах охорони здоров'я здійснюється на підставі конклюдентних договорів, що повністю знімає з медичних працівників будь-яку юридичну відповідальність.

Для розуміння видатків держави на охорону здоров'я варто розглянути принцип солідарного страхування, що містить правило перерозподілу, згідно з яким прибутки страхового фонду перерозподіляються на користь менш фінансово забезпечених членів спільноти через систему солідарної поруки. Ця особливість відрізняє солідарне страхування від добровільного. Якщо у випадку добровільного страхування розмір страхових внесків кожного застрахованого розраховуються індивідуально, відповідно до ймовірності страхового ризику, то в соціальному страхуванні ймовірність настання страхового випадку не впливає на

розрахунок розміру страхових внесків. Наприклад, страхові внески не залежать від віку або сімейного стану, крім того, в деяких випадках непрацюючі члени сім'ї, що взагалі не сплачують страхові внески, можуть мати право на отримання страхових виплат. Соціальний захист і соціальна справедливість забезпечуються тим, що громадяни мають вільний доступ до системи соціального страхування (на відміну від добровільного страхування), незалежно від наявності у них соціальних ризиків (похилий вік, хронічна хвороба, інвалідність тощо) і ступеня ймовірності цих ризиків. Це надає соціальному страхуванню суспільної значимості й обумовлює обов'язковість участі громадян в системі соціального страхування. Співіснування правила еквівалентності та правила перерозподілу ґрунтується на тому, що принцип соціального страхування сполучається з принципом суспільної солідарності. Побудовані таким чином системи соціального захисту, як правило, схвалюються учасниками, особливо коли мова йде про групи застрахованих з відносно гомогенним складом.

Законом України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» визначено розміри єдиного внеску (відповідно до класів професійного виробництва), що сплачується роботодавцями і утримується з нарахованої заробітної плати та, як приклад, пропорційно розподіляється на:

- загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття;
- загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням;
- загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності;
- загальнообов'язкове державне пенсійне страхування (до солідарної системи).

Розмір єдиного внеску відповідно до класів професійного виробництва встановлений на рівні від 36,76% до 49,7%. Для бюджетних установ єдиний внесок встановлено у розмірі 36,3% ви-

значеної бази нарахування. Для наведених нижче розрахунків мінімальним розміром єдиного внеску умовно визначено 36,76%.

Варто констатувати, що на законодавчому рівні з єдиного внеску не визначено відсоток відрахувань, що спрямовується державою на охорону здоров'я та медичне страхування громадян.

В цей же час у відповідності до Бюджетного кодексу України, фінансування системи охорони здоров'я, в тому числі апарату профільного міністерства і відомств, їх структурних підрозділів, державних та комунальних закладів охорони здоров'я, – здійснюється за рахунок видатків зі зведеного бюджету України, що формується, в тому числі, за рахунок сплачуваних громадянами податку з доходів фізичних осіб та єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування.

У відповідності до Закону України «Про Державний бюджет України на 2013 рік, розмір мінімальної заробітної плати з 01.01.2013 року встановлений в розмірі 1147 грн. Для розуміння дієвості податкового навантаження, враховуючи мінімальний розмір єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування та мінімальну заробітну плату, утримання податків з доходів (заробітної плати) фізичних осіб, як приклад, здійснюється наступним чином (таблиця 1).

Таким чином, сплачуючи податки, громадяни України здійснюють непряме фінансування медичної допомоги, яка розподіляється за «системою солідарної поруки», тобто за «потребою кожного громадянина» в наданні медичної допомоги, що відповідає на поставлені у вступній частині запитання. Аналіз зазначеного дає змогу розглянути принципи і значення «безоплатної медичної допомоги» та «загальнообов'язкового державного медичного страхування». Пропорційне збільшення податкового навантаження можна розглядати в залежності від рівня заробітної плати кожного громадянина. **Варто відмітити, що з 1 тис. грн. заробітної плати щомісяця до бюджету орієнтовно сплачується 553,60 грн.,** з яких 367,60 грн. – за рахунок роботодавця, 186,00 грн. – за рахунок працівника.

Таблиця 1

Розмір податків з мінімальної заробітної плати

Розмір обов'язкових податків	Ставка податку		За місяць	За рік
	сплачується роботодавцем	утримується з заробітної плати		
Розмір мінімальної заробітної плати			**1 147,00**	**13 764,00**
Розмір єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, що включає соціальне страхування:	**36,76%**		**421,64**	**5 059,65**
• на випадок безробіття	5,09%		21,46	257,57
• у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням	5,74%		24,21	290,47
• від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності	3,64%		15,33	183,94
• загальнообов'язкове державне пенсійне страхування	85,53%		360,64	4 327,67
Розмір з податку з доходів фізичних осіб		**15%**	**172,05**	**2 064,60**
Утримання з заробітної плати		**3,60%**	**41,292**	**495,50**

Враховуючи думку народних депутатів України, відображену в рішенні Конституційного суду України від 29.05.2002 №10-рп/2002, конституційне право громадян на охорону здоров'я і медичну допомогу фактично не реалізується, а безоплатність такої допомоги полягає у відсутності прямого розрахунку пацієнта за медичну допомогу у момент її надання. Цим рішенням Конституційного суду України також висвітлені інші думки, які обґрунтовуються наступним чином.

На думку Президента України, Конституція України гарантує надання лише частини з комплексу медичних послуг у вигляді безоплатної медичної допомоги, що тягне за собою здійснення останньої тільки на гарантійному рівні і у визначеному законодавством обсязі за рахунок податків, а також зборів від загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Сутність терміна «безоплатність медичної допомоги», на думку Міністерства охорони здоров'я України, вичерпується відсутністю безпосереднього розрахунку пацієнта за одержану послугу не лише в момент, а й до та після її надання. В цьому разі витрати на медичну допомогу відшкодовуються за рахунок бюджету, страхових фондів або інших джерел, визначених законодавством.

Міністерство фінансів України вбачає розрив між проголошеними Конституцією України гарантіями щодо надання безоплатної медичної допомоги та економічними можливостями держави і підкреслює потребу в офіційному тлумаченні поняття безоплатності медичної допомоги, зводячи зміст розглядуваних конституційних положень в аспекті порівняльного аналізу статей 49, 67 Конституції України до розуміння безоплатності як відсутності прямого розрахунку пацієнта за медичну допомогу виключно у момент її надання.

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України стверджує, що термін «безоплатність» взагалі не може мати достатнього обґрунтування в умовах ринкової моделі економіки, оскільки видатки на «безоплатну медичну допомогу» завжди оплачуються (раніше чи пізніше) самим пацієнтом шляхом відрахувань від заробітної плати (доходів) до бюджетів. Тому *«положення частини третьої статті 49 Конституції України про безоплатність ... є одним з рецидивів планової економіки ... зовсім не враховує ринкових принципів»*. На думку Міністерства, «безоплатну медичну допомогу» доцільніше розглядати як благодійну, що оплачується іншими членами суспільства.

Деякі фахівці дотримуються думки, що зміст безоплатності медичної допомоги у контексті статті 49 Конституції України полягає лише у відсутності прямого, безпосереднього розраху-

нку, «оплати з кишені» пацієнта у державному чи комунальному закладі охорони здоров'я, а всі інші форми відшкодування витрат за надану медичну допомогу, у тому числі і сплачені заздалегідь чи згодом, Конституції України не суперечать. Інші вважають, що конституційна формула «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» виконуватиметься лише тоді, коли фінансування медичної допомоги здійснюватиметься виключно з державного і місцевих бюджетів. Окремі науковці і практики розглядають вимоги встановлення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги як єдиний засіб дотримання положень Конституції України, а їх опоненти вважають такий підхід неприйнятним, оскільки «визначити цей рівень без порушень Конституції України і невідворотних втрат для здоров'я громадян неможливо». Одна група фахівців вбачає у лікарняних касах (спілках, фондах) основну форму захисту існуючої системи охорони здоров'я, друга – допускає їх діяльність лише за певних умов, третя – вважає завуальованим способом примусового стягнення плати з громадянина за лікування, а деякі вчені вимагають заборони цих кас (спілок, фондів) як головних осередків фінансових зловживань.

Не виключає вказане положення «безоплатної медичної допомоги» і можливості надання громадянам медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги (за термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я – «медичних послуг другорядного значення», «парамедичних послуг»), у державних і комунальних закладах за окрему плату, на що вже зверталась увага у Рішенні Конституційного суду України від 25 листопада 1998 року N 15-рп/98. Перелік таких платних послуг не може вторгатися у межі безоплатної медичної допомоги і відповідно до вимог пункту 6 частини першої статті 92 Конституції України має встановлюватись законом. Додатково варто відмітити, що обсяг гарантованих безоплатних медичних послуг визначений в наведеній статті 25 Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, що фактично є загальнообов'язковим державним медичним страхуванням.

Таким чином, рішенням Конституційного суду України від 29.05.2002 №10-рп/2002 визначено, що положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги. Поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом.

В Україні щороку на душу населення витрачається 519 доларів США (паритет купівельної спроможності), у т.ч. за рахунок державних джерел – 294 доларів США, що значно нижче, ніж у країнах Європейського регіону. Це дуже важливий індикатор, адже його зміна впливає на очікувану тривалість життя населення, що підтверджено міжнародними дослідниками. Варто відмітити, що в Україні середня очікувана тривалість життя при народженні на 2011 рік становила 71,02 роки.

Узагальнюючи дані Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби статистики України, Національного банку України, видатки на охорону здоров'я в Україні протягом 1995–2011 років здійснювались наступним чином (таблиця 2).

Як видно з таблиці 2, динаміка обсягу видатків на охорону здоров'я на одного жителя постійно збільшується, але, враховуючи наведене співвідношення до вартості золота за офіційним курсом НБУ, спостерігається тенденція до спаду. Окрім того, є не стабільним відсоток видатків з бюджету від ВВП, що виділяється державою на охорону здоров'я, який свідчить не про можливість держави утримувати медицину, а саме про пріоритетність у становленні до фінансування галузі. Варто відмітити, що за рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я

(ВООЗ), видатки на потреби галузі мають складати не менше 5% ВВП, в той час, як в 2011 році питома вага фактичних видатків з бюджету становила 3,4%. Схематичне зображення видатків з бюджету на охорону здоров'я та їх питома вага відносно ВВП наведено у рис. 1 (за даними таблиці 2).

Таблиця 2

Видатки на охорону здоров'я в Україні

Роки	**Видатки на охорону здоров'я з бюджету (млрд. грн.)**	**Питома вага видатків з бюджету на охорону здоров'я відносно ВВП (%)**	**Обсяг видатків у розрахунку на 1 жителя**		
			в гривнях	**в доларах США** (за курсом НБУ на 31.12 звітного року)	**в золоті** (вартість 1 грами за курсом НБУ на 31.12 звітного року)
1995	2,5	4,8	49,1	27,90	
1996	3,1	3,9	61,4	32,56	
1997	3,5	4,3	69,1	36,45	
1998	3,6	3,5	72,1	21,04	
1999	3,8	2,9	72,6	13,92	1,49
2000	4,8	2,9	89,3	16,43	1,85
2001	6,2	2,7	112,2	21,18	2,34
2002	7,3	2,8	134,0	25,13	2,83
2003	9,7	3,2	169,5	31,79	2,84
2004	11,9	2,8	186,8	35,21	2,65
2005	12,5	3,0	257,6	51,01	3,41
2006	17,6	3,3	360,3	71,35	4,36
2007	26,7	3,4	513,5	101,68	3,82
2008	33,6	3,7	622,7	80,87	6,10
2009	36,6	2,9	720,8	90,46	2,55
2010	44,7	3,6	884,5	111,12	2,46
2011	48,9	3,4	941,0	117,78	2,38

Для зручності розуміння реальних видатків на охорону здоров'я застосуємо прийнятий в світі золотовалютний стандарт. Згідно золотого стандарту, держава гарантує забезпечення золотом випущених в обіг грошей і встановлює тверду й незмінну відповідність національної грошової одиниці чітко визначеній кількості золота. Як видно з наведеної нижче рис. 2 (за даними таблиці 2), видатки на охорону здоров'я на 1 жителя в національній валюті

показують позитивну динаміку до збільшення, враховуючи еквівалент в доларах США, але обсяг фінансування за золотим стандартом за останні роки йде на спад. Так, найбільший показник фінансування спостерігався у 2008 році в обсязі 6,10 грам золота, а у 2011 році видатки на охорону здоров'я на 1 жителя становили 2,38 грами золота, тобто зменшились в 2,56 рази.

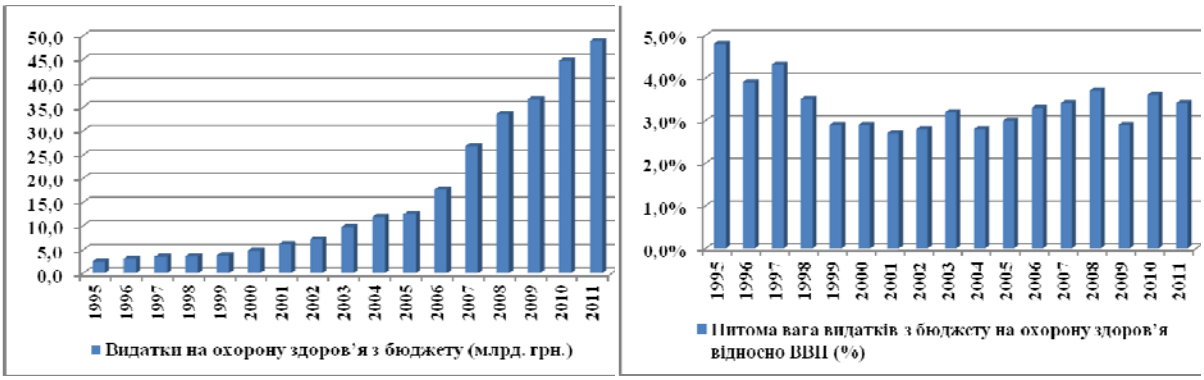


Рис. 1. Видатки з бюджету на охорону здоров'я та їх питома вага відносно ВВП

Для зручності розуміння реальних видатків на охорону здоров'я застосуємо прийнятий в світі золотовалютний стандарт. Згідно золотого стандарту, держава гарантує забезпечення золотом випущених в обіг грошей і встановлює тверду й незмінну відповідність національної грошової одиниці чітко визначеній кількості золота. Як видно з наведеної нижче діаграми 2 (за даними таблиці 2), видатки на охорону здоров'я на 1 жителя в національній валюті показують позитивну динаміку до збільшення, враховуючи еквівалент в доларах США, але обсяг фінансування за золотим стандартом за останні роки йде на спад. Так, найбільший показник фінансування спостерігався у 2008 році в обсязі 6,10 грам золота, а у 2011 році видатки на охорону здоров'я на 1 жителя становили 2,38 грами золота, тобто зменшились в 2,56 рази.

Окремим питанням розглянемо фінансування галузі охорони здоров'я (ОЗ). Аналіз структури за основними функціями показав, що у 2011 році найвища питома вага – видатки на фінансування лікарень і санаторно-курортних закладів, тобто на надання стаціонарної медичної допомоги. Частка видатків з державного бюджету на амбулаторно-поліклінічну допомогу становила 9,5% від загального обсягу фінансування, наведеного в таблиці 3.

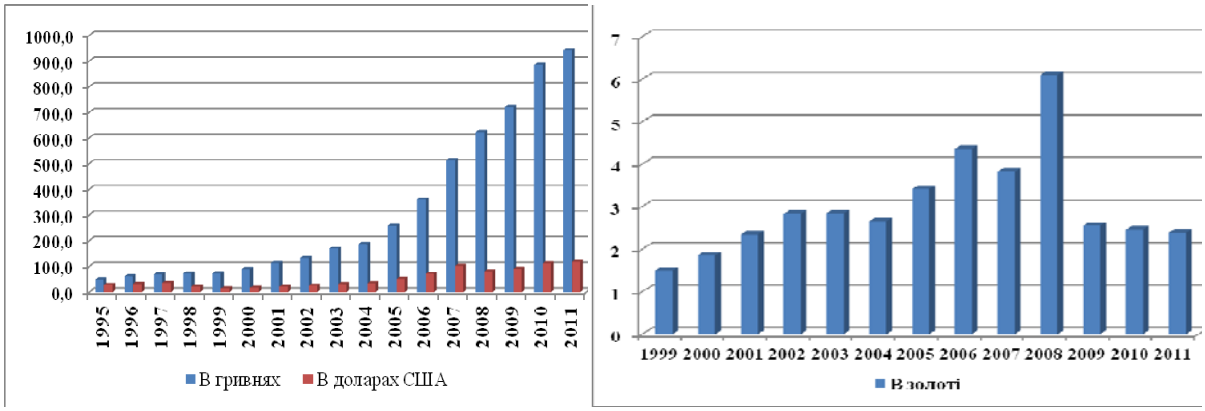


Рис. 2. Динаміка видатків на охорону здоров'я у розрахунку на 1 жителя

Таблиця 3

Фінансування закладів охорони здоров'я з державного бюджету за економічною класифікацією у 2011 році (%)

Видатки за економічною класифікацією	Стаціонарне медичне обслуговування	Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами ОЗ	Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та новітніх медичних технологій у клініках науково-дослідних установ та у вищих навчальних медичних закладах МОЗ України	Спеціалізована консультативна амбулаторно-поліклінічна допомога, що надається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров'я	Надання послуг у стоматологічних поліклініках вищих навчальних медичних закладів та інших загальнодержавних стоматологічних закладах
Заробітна плата	56,2	49,1	33,3	67,0	65,3
Нарахування на заробітну плату	19,8	17,6	11,9	23,6	23,4
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	4,4	8,1	15,0	2,6	5,0
Продукти харчування	3,3	4,4	2,3	0	0,1
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	14,7	8,8	4,2	5,8	4,6
Поточні трансферти населенню	0,1	0,3	0,1	0,2	0,9
Інші видатки	1,5	11,7	33,1	0,9	0,7

Як видно з таблиці 3, найбільшу питому вагу у структурі видатків займала оплата праці з нарахуванням на неї (на рівні 45,2 – 90,6%) та енергоносії (4,2 – 14,7%). Видатки на медикаменти та перев'язувальні матеріали коливалися в межах 15,0% (діагностика і лікування захворювань з впровадженням експериментальних і нових медичних технологій) до 2,6% (спеціалізована консультативна амбулаторно-поліклінічна допомога), тобто практично переважали видатки на оплату праці, а не на забезпечення лікувального процесу.

За даними МОЗ України у 2011 році кінцеве споживання фінансових коштів системи охорони здоров'я з місцевих бюджетів забезпечувалось переважно на рівні двох основних постачальників медичних послуг: лікарень (76,8%; для порівняння: 2009 рік – 76,9%, 2010 рік – 77,2%) і закладів, що надавали амбулаторно-поліклінічну, швидку та невідкладну медичну допомогу (15,2%; для порівняння: 2009 рік – 15,5%, 2010 рік – 15,48%), тобто збережено тенденцію до зростання видатків на надання стаціонарної медичної допомоги (таблиця 4).

Структура видатків державного бюджету за основними функціями у 2011 році наведена на рис. 3 (за даними табл. 4).

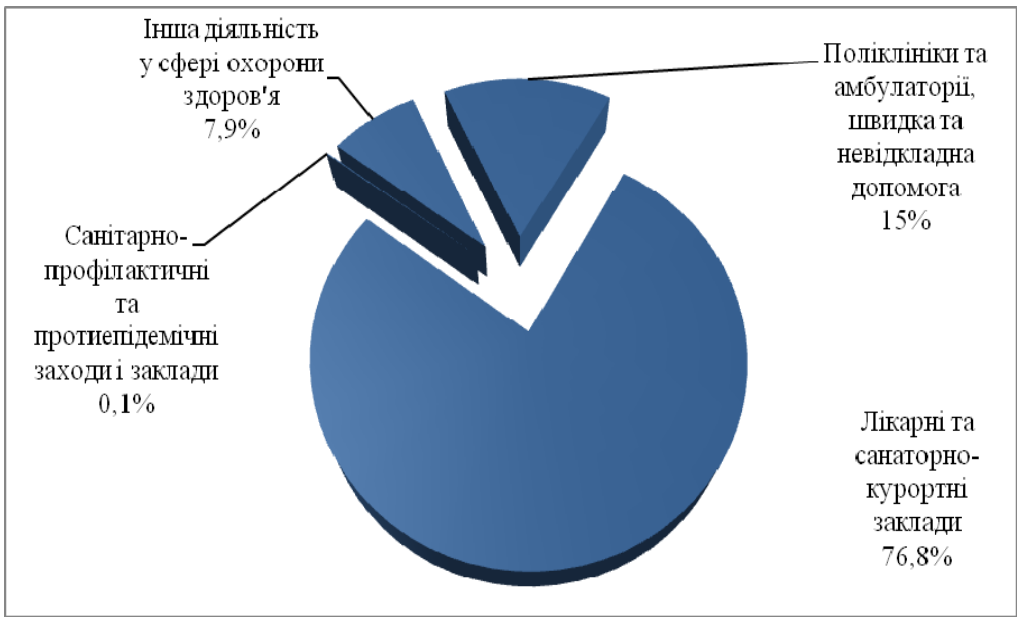


Рис. 3. Структура видатків державного бюджету за основними функціями у 2011 році (%)

Таблиця 4

Фінансування закладів охорони здоров'я за функціональною класифікацією у 2011 році

Показник	Видатки з бюджету, грн.	Структура видатків (%)
Заклади охорони здоров'я	**38 737 758 908,63**	**100**
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога, у т. ч.:	**5 800 190 249,35**	**15,2**
поліклініки загального профілю та амбулаторії	3 137 472 612,82	8,1
спеціалізовані поліклініки	390 134 816,09	1,0
стоматологічні поліклініки	756 319 127,19	2,0
станції швидкої та невідкладної допомоги	1 041 116 601,89	2,7
фельдшерсько-акушерські пункти	575 147 091,36	1,5
Лікарні та санаторно-курортні заклади, у т.ч.:	**29 744 830 411,47**	**76,8**
лікарні загального профілю	21 732 064 676,13	56,1
спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади	6 463 723 627,27	16,7
пологові будинки	987 907 778,75	2,6
санаторно-курортні заклади	561 134 329,32	1,4
Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	**28 863 112,00**	**0,1**
Заклади, що здійснюють іншу діяльність у сфері охорони здоров'я, у т. ч.:	**3 063 875 135,81**	**7,9**
будинки дитини	405 740 313,19	1,0
станції переливання крові	301 168 336,11	0,8
інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я	2 356 966 487,00	6,1

За даними Національного банку України, в Україні спостерігається постійне скорочення населення та незмінне співвідношення населення працездатного і непрацездатного віку (за період з 2003 по 2008 роки). Статистика населення України, за даними НБУ, наступна (таблиця 5).

Таблиця 5

Населення України (в тис. осіб)

Рік	Чисельність **постійного** населення (*на початок року*)	в т.ч.				Кількість народжених (за рік)	Кількість померлих (за рік)	Природний приріст / скорочення (*за рік)*
		у працездатному віці		у непрацездатному віці				
		Кількість	%	Кількість	%			
2003	47823,1	28134,5	58,83	19688,6	41,17	390,7	754,9	-364,2
2004	47442,1	28228,3	59,50	19213,8	40,50	408,6	765,4	-356,8
2005	47100,5	28223,4	59,92	18877,1	40,08	427,3	761,3	-334,0
2006	46749,2	28221,1	60,37	18528,1	39,63	426,1	782,0	-355,9
2007	46465,7	28140,0	60,56	18325,7	39,44	472,7	762,9	-290,2
2008	46192,3	28015,5	60,65	18176,8	39,35	510,6	754,5	-243,9
2009	45963,4	…		…		512,5	706,7	-194,2
2010	45782,6	…		…		497,7	698,2	-200,5
2011	45598,2	…		…		502,6	664,6	-162,0
2012	45453,3	…		…		520,7	663,1	-142,4

За даними Державної служби статистики України й Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи Національної академії наук України, за роки незалежності населення України зменшилось з 51,9 млн. громадян (на кінець 1991 року) до 45,6 млн. громадян (на кінець 2012 року), тобто на 6,3 млн. громадян. Для порівняння, сьогоднішня чисельність населення відповідає середині 60-х років минулого століття. Згадайте, як понад десятиліття тому керівництво держави декларувало: «Нас 52 мільйони!». Постійне зменшення населення, збільшення кількості осіб непрацездатного віку та масове безробіття фактично сприяють подовженню «шокової терапії», що, в свою чергу, в майбутньому може бути підставою для держави у посиленні податкового тягаря на осіб працездатного віку. Чисельність населення за роки незалежності України схематично виглядає наступним чином (рис. 4).

Окремому розгляду підлягають питання росту показників захворюваності населення, самолікування, самостійне діагностування хвороб і захворювань on-line в мережі Internet або за порадами «друзів» в форумах, вільний доступ до медичних препаратів, народної медицини та інших методів лікування, відмови держави від обов’язкових періодичних медоглядів, які функціо-

нували за часів Радянського Союзу та оправдовували свою необхідність навіть в частині своєчасного діагностування захворювань та вжиття превентивних заходів, зменшення кількості кваліфікованих спеціалістів, що стало наслідком масової недовіри населення до лікарів на ментальному рівні, збереження сформованих тенденцій накопичення хронічної патології серед населення і звернення до лікарів виключно у майже безвихідній ситуації, коли лікування «наслідків самолікування», у деяких випадках, приймає вигляд зменшення страждань пацієнта перед летальним результатом.

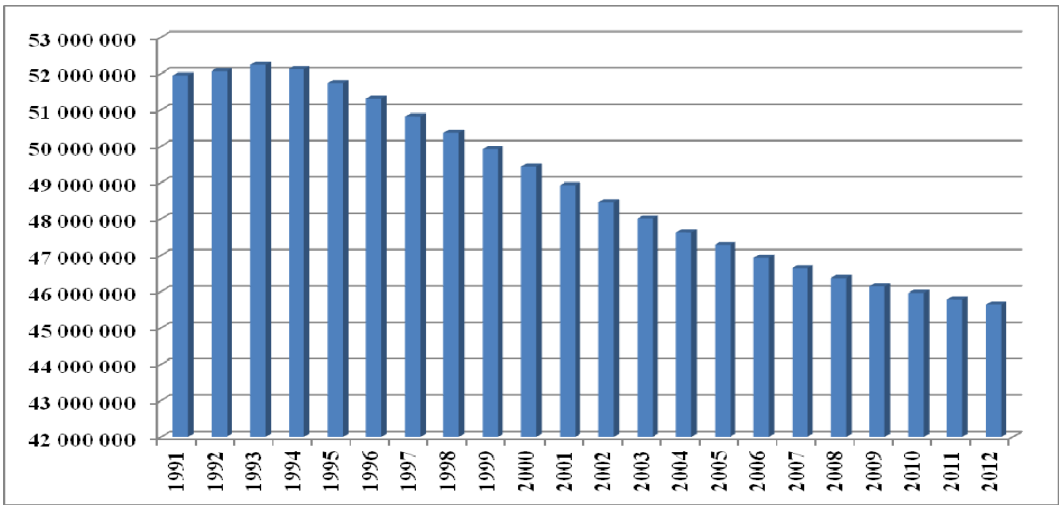


Рис. 4. Чисельність населення за роки незалежності України

За даними Міністерства охорони здоров'я України основу структури первинної захворюваності в 2011 році традиційно формували: хвороби органів дихання (43,7%), хвороби системи кровообігу (7,25%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,6%), хвороби сечостатевої системи (6,5%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,6%) та хвороби органів травлення (4,04%). За останні 5 років (2007 – 2011 роки) при незмінній в цілому структурі захворюваності серед всього населення відбулися зміни питомої ваги основних класів хвороб, що її формують. Основу структури поширеності хвороб серед всього населення в 2011 році традиційно формували: хвороби системи кровообігу (31,0%), хвороби органів дихання (20,1%), хвороби органів травлення (9,6%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,4%) та хвороби сечос-

татевої системи (5,4%). Кількість вперше зареєстрованих випадків захворювань серед населення України з 2007 по 2011 роки наведена в таблиці 6. Схематичне зображення кількості вперше зареєстрованих випадків захворювань в 2011 році, в %, наведене у рис. 5.

Таблиця 6

Кількість вперше зареєстрованих випадків захворювань з 2007 по 2011 роки

Вперше зареєстровані випадки захворювань, в тому числі:	**Кількість захворювань, в тис.**				
	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
новоутворення	407	406	407	418	423
хвороби нервової системи	752	753	754	750	744
хвороби системи кровообігу	2437	2478	2423	2390	2346
хвороби органів дихання	13946	13671	14528	14595	14148
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1952	1911	1890	1921	1881
хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	1569	1567	1544	1532	1490
хвороби сечостатевої системи	2132	2136	2140	2138	2095
уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення	51	51	52	52	55
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	2284	2263	2164	2217	2136
інші хвороби	7277	7231	7130	7067	7063
Всього	**32807**	**32467**	**33032**	**33080**	**32381**

За даними Державної служби статистики України за роки незалежності кількість лікарняних закладів зменшилась з 3,9 тис. (у 1991 році) до 2,5 (у 2011 році), тобто на 1,4 тис. лікарняних закладів; кількість лікарняних ліжок за цей період зменшилась з 700 тис. до 412 тис., тобто на 288 тис. лікарняних ліжок. Спостерігається динаміка збільшення кількості лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів – з 6,9 тис. (у 1991 році) до 8,2 тис. (у 2011 році), тобто на 1,3 тис.; кількість відвідувань за зміну за цей період збільшилась з 895 тис. до 999 тис., тобто на 104 тис. відвідувань, що з врахуванням динаміки зменшення чисельності

населення свідчить про погіршення стану здоров'я громадян. Схематично кількість лікарняних і лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів виглядає наступним чином (рис. 6).

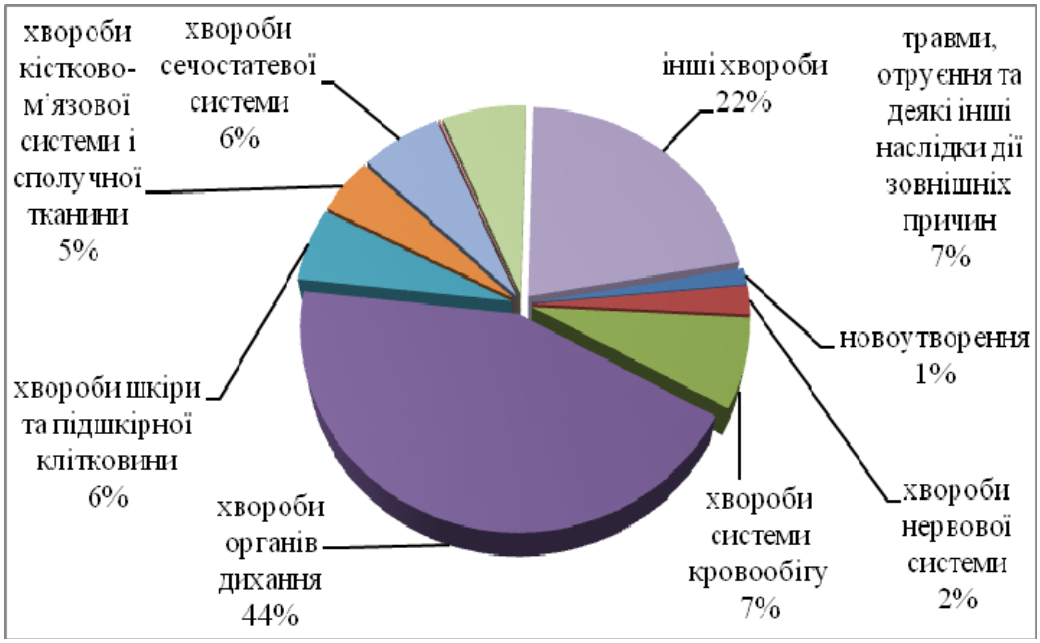


Рис. 5. Кількість вперше зареєстрованих випадків захворювань в 2011 році, в %

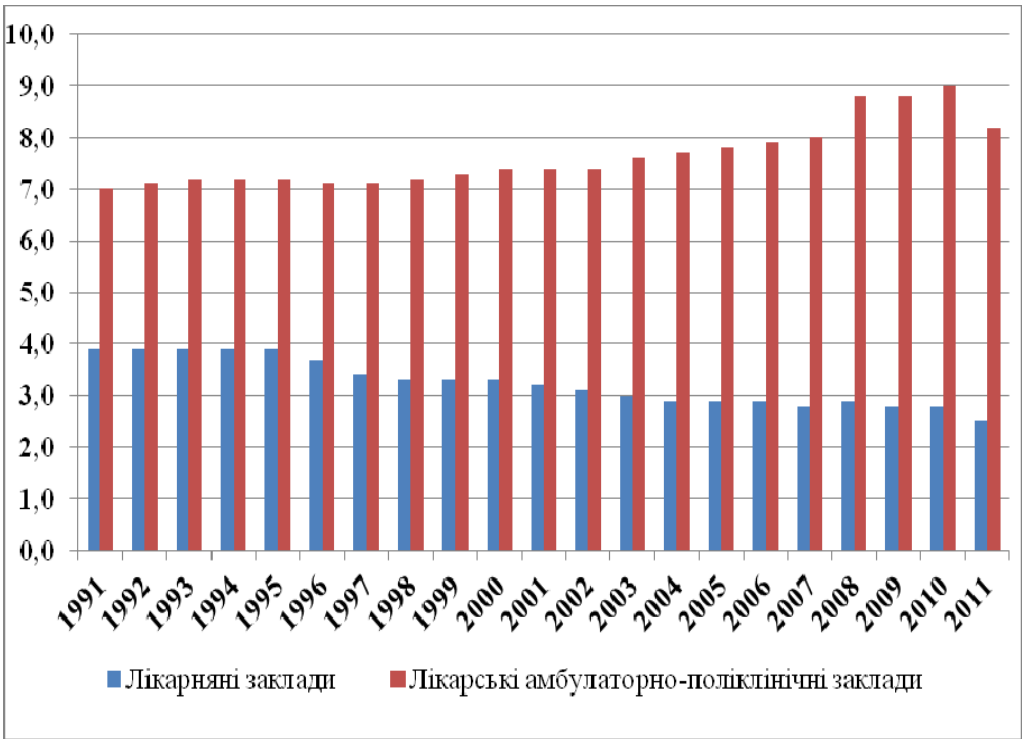


Рис. 6. Кількість лікарняних і лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів

Незважаючи на прогрес медицини і нескінченні реформи систем охорони здоров'я, міждержавні контрасти в розвитку і результати діяльності цих систем вражаючі. За даними ВООЗ, середня очікувана тривалість життя розрізняється по країнах світу більш ніж у два рази. Настільки ж великий розрив і в доступі до медичних послуг між соціальними групами.

В довіднику Всесвітньої організації охорони здоров'я «Світова статистика охорони здоров'я. 2010 рік», наведено дані щодо видатків на охорону здоров'я по регіонам ВООЗ, які наведені в таблиці 7.

Таблиця 7

Видатки на охорону здоров'я по регіонам ВООЗ

Регіон ВООЗ / Показники		Африканський регіон	Американський регіон	Регіон Південно-Східної Азії	Європейський регіон	Регіон Східного Середземномор'я	Регіон західної частини Тихого океану	Всього в світі
Приватні видатки на ОЗ в % від загальних видатків	2000	56,5	55,2	68,8	24,7	47,2	27,3	42,1
	2007	54,7	52,8	63,1	24,0	44,5	32,2	40,4
Загальні видатки на ОЗ, в % від ВВП	2000	5,9	12,0	3,7	8,4	4,2	6,8	9,2
	2007	6,2	13,6	3,6	8,8	4,1	6,5	9,7
Загальні державні видатки на ОЗ в % від загальних видатків	2000	8,7	15,5	4,8	14,3	7,3	14,9	14,5
	2007	9,6	17,1	5,3	15,3	7,5	15,1	15,4
Зовнішні ресурси на ОЗ в % від загальних видатків	2000	5,4	0,1	0,9	0,1	1,0	0,1	0,1
	2007	6,9	0	1,7	0	1,8	0,1	0,2
Видатки системи соціального забезпечення на ОЗ в % від державних видатків	2000	7,1	31,9	12,1	52,9	9,9	72,6	47,6
	2007	8,3	26,0	13,8	49,5	14,0	63,0	41,2
Видатки, що сплачуються готівкою в % від загальних видатків	2000	53,0	30,1	88,9	65,6	84,4	88,4	44,2
	2007	60,1	28,0	86,9	66,5	85,7	81,6	43,9
Приватне медичне страхування в % від приватних видатків	2000	39,1	56,8	2,7	25,5	7,2	4,3	44,2
	2007	32,5	59,4	3,4	24,3	7,6	11,7	45,0
Загальні видатки на душу населення (в дол. США)	2000	35	1 849	20	931	68	291	481
	2007	76	2 911	41	2 035	133	416	802
Державні видатки на душу населення (в дол. США)	2000	15	829	6	701	36	212	279
	2007	34	1 374	15	1 546	74	282	478

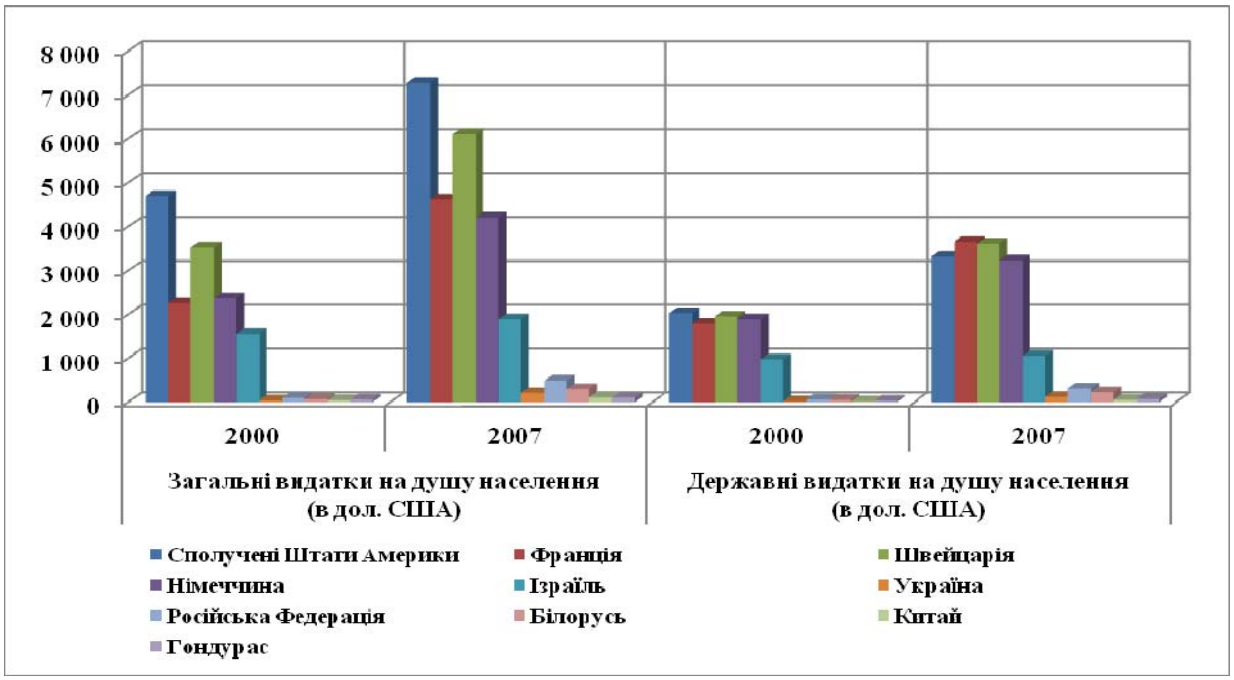
Таблиця 8

Видатки на охорону здоров'я в деяких державах

Показники \ Держава		Сполучені Штати Америки	Франція	Швейцарія	Німеччина	Ізраїль	Україна	Російська Федерація	Білорусь	Китай	Гондурас
Приватні видатки на ОЗ в % від загальних видатків	2000	56,8	20,6	44,6	20,3	37,2	51,1	40,1	23,4	61,3	43,7
	2007	54,5	21,0	40,7	32,1	44,1	42,4	35,8	25,1	55,3	34,3
Загальні видатки на ОЗ, в % від ВВП	2000	13,3	10,1	10,2	10,3	7,7	5,9	5,4	6,4	4,6	5,3
	2007	15,7	11,0	10,8	10,4	8,0	6,9	5,4	6,5	4,3	6,2
Загальні державні видатки на ОЗ в % від загальних видатків	2000	17,1	15,5	16,0	18,2	10,2	8,4	9,6	10,7	11,1	15,1
	2007	19,5	16,6	19,8	18,2	10,1	9,2	10,2	9,9	9,9	19,0
Зовнішні ресурси на ОЗ в % від загальних видатків	2000	0	0	0	0	2,6	0,5	0,2	0,1	0,1	3,1
	2007	0	0	0	0	2,3	0,3	0	0,2	0,2	4,9
Видатки системи соціального забезпечення на ОЗ в % від державних видатків	2000	33,5	94,3	72,2	87,3	72,4	0	40,3	5,8	57,2	16,4
	2007	27,9	93,4	72,2	88,3	72,8	0,5	38,7	2,7	55,3	25,1
Видатки, що сплачуються готівкою в % від загальних видатків	2000	25,5	34,4	74,0	55,1	78,5	93,4	74,7	57,1	97,3	86,9
	2007	22,6	32,5	75,0	56,6	74,4	92,4	83,0	69,4	92,0	96,0
Приватне медичне страхування в % від приватних видатків	2000	60,3	61,6	23,8	40,8	10,4	1,0	8,1	0,1	1,0	5,8
	2007	63,5	63,9	22,6	40,1	15,3	1,8	9,6	0,1	7,1	4,0
Загальні видатки на душу населення (в дол. США)	2000	4 703	2256	3529	2372	1557	38	96	66	43	62
	2007	7 285	4627	6108	4209	1893	210	493	302	108	107
Державні видатки на душу населення (в дол. США)	2000	2 032	1791	1956	1890	978	19	57	51	17	35
	2007	3 317	3655	3620	3236	1058	121	316	226	49	71

Як видно з таблиці 8, за даними ВООЗ, світовим лідером за загальними видатками на охорону здоров'я є США, які в 2007 році витратили на медицину 15,7% ВВП. Охорона здоров'я в США базується на двох основних державних програмах Medicare та Medicaid та системі приватних медичних страхових фондів. В абсолютних цифрах, США щорічно витрачає на охорону здоров'я понад 1,8 трлн. доларів США. Країни Західної і Північної Європи підтримують фінансування медицини на рівні 9-11% ВВП. В абсолютному виразі, видатки на охорону здоров'я в

Україні нижчі, ніж практично у всіх сусідніх країн. Це виникає за рахунок того, що в країні найнижчий рівень ВВП на душу населення, в результаті чого на медичне обслуговування кожного жителя України витрачається коштів в 4 рази менше, чим в середньому в світі, і в 13 разів менше, чим в середньому в Європі. Так, за наведеними даними МОЗ України та за даними Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я , державні видатки на медичне обслуговування в 2011 році становили 941,0 грн. або 117,78 доларів США. Для порівняння, в середньому в світі цей показник – 478 доларів США, а в Європі – 1 546 доларів США. Відмінність показників ВООЗ від показників МОЗ України (загальні видатки на охорону здоров'я, в % від ВВП), обумовлений тим, що в таблиці 2 наведені дані фактичних видатків, а не запланованих. Загальні і державні видатки на охорону здоров'я в деяких країнах світу наведено у рис. 7 (за даними таблиці 8).



Ріис. 7. Загальні та державні видатки на охорону здоров'я в деяких країнах світу за даними ВООЗ

Як показують дані наведеної нижче таблиці 9, середня очікувана при народженні тривалість життя людини розрізняється по країнах світу більш ніж у два рази: що становить, наприклад, 34

роки в Зімбабве і 72 роки в Норвегії, а витрати на медичне обслуговування на душу населення, розраховані за паритетом купівельної спроможності валют (ПКСВ), розрізняються більш ніж у 140 разів.

Таблиця 9

Деякі узагальнюючі показники, що характеризують стан охорони здоров'я в світі (дані ВООЗ і Світового банку)

Показник	Мінімальний рівень	Максимальний рівень
Витрати на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення (в доларах США, за паритетом купівельної спроможності валют)	35	Більше 5 тис.
Співвідношення витрат на охорону здоров'я до ВВП (%)	менше 4	17
Середня очікувана при народженні тривалість життя людини (років)	менше 35	70 і більше
Чисельність лікарів на 10 тис. жителів	менше 1	40 і більше
Чисельність санітарок і акушерок на 10 тис. жителів	менше 7	62 і більше
Чисельність хворих на туберкульоз на 100 тис. населення	менше 100	500 і більше
Частка зовнішніх ресурсів у фінансуванні охорони здоров'я (%)	0	70 і більше

За даними ВООЗ, яка акумулює дані про світові витрати на охорону здоров'я, в 2007 році їх сума склала 4700 млрд. доларів США, в тому числі:

- державні витрати, за винятком витрат соціального страхування – 34%;
- витрати системи соціального забезпечення і страхування – 25%;
- приватне страхування – 19%;
- хабарі медичному персоналу – 18%;
- інші витрати – 4%.

Істотні відмінності в результатах діяльності систем охорони здоров'я різних країн багато в чому залежать від соціокультурних умов і ролі держави в організації охорони здоров'я. Недо-

статньо витрачати більше коштів на медицину, щоб жити довше, потрібно ще розуміти, на що ці кошти витрачаються і до чого це призводить. Фактично, вплив державних витрат на охорону здоров'я залежить від інших сфер державних послуг, наприклад, від доступу населення до питної води, а також від здатності держави утримувати державних службовців, включаючи медичний персонал.

В даний час від Америки до Азії і від Африки до Європи жодна країна не уникла реформ системи охорони здоров'я, які, як правило, йдуть в напрямку збільшення ролі держави. США, що є «чемпіонами світу» у приватному медичному страхуванні, витрачають на охорону здоров'я 15,3% ВВП, однак займають 10-е місце в світі за очікуваною тривалістю життя (69 років), що говорить не на користь нинішньої американської системи охорони здоров'я.

Висновки. Підсумовуючи викладене, можна констатувати, що ситуація, яка склалася в Україні за роки незалежності в частині реформування і фінансування галузі охорони здоров'я, не може бути виправлена або змінена на краще без радикальних змін, в тому числі у виборі джерел фінансування галузі, та як висновок, зазначимо:

1. За 15 років дії Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування в Україні не створено інститут загальнообов'язкового державного медичного страхування, який повинен гарантувати і забезпечувати конституційні права громадян на медичне страхування.

2. Заплановані видатки та щорічний дефіцит бюджету не може задовольнити потреби галузі охорони здоров'я навіть на мінімально гарантованому рівні, який задекларований Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

3. Умовно запроваджена система солідарного страхування, що містить правило перерозподілу, згідно з яким прибутки страхового фонду перерозподіляються на користь менш фінансово забезпечених членів спільноти через систему солідарної поруки, не забезпечує конституційно гарантовані права навіть для незахищених верств населення.

4. Зменшення кількості працюючого населення та збільшення податкового тягаря не є вирішенням питання «латання бюджетних дір», не дає позитивних результатів.

5. Обсяг видатків на охорону здоров'я у розрахунку на 1 жителя, з врахуванням інфляційних процесів та золотого стандарту, не зростає, а навпаки відображає тенденцію до спаду, навіть без врахування скорочення населення України за роки незалежності на 6,3 мільйони осіб.

6. Відсоток видатків з бюджету від ВВП, що виділяється державою на охорону здоров'я, є не стабільним і свідчить про неможливість держави утримувати медицину.

7. В порушення конституційних обов'язків держави, за роки незалежності на 1,5 тисяч зменшено кількість лікарняних закладів.

8. Обслуговування населення в державних і комунальних закладах охорони здоров'я здійснюється на підставі конклюдентних договорів, що повністю знімає з медичних працівників будь-яку юридичну відповідальність.

9. Зневіра пацієнтів, навіть на ментальному рівні, у «доступній і якісній» конституційно гарантованій медицині призвело до масового самолікування, самостійного діагностування хвороб, що спричиняє звернення до лікарів виключно у майже безвихідній ситуації, коли лікування «наслідків самолікування», у деяких випадках, приймає вигляд зменшення страждань пацієнта перед летальним результатом.

Для виходу з ситуації яка склалася в галузі охорони здоров'я України, яка знаходиться в стані реформування, вкрай необхідні докорінні та революційні зміни, серед яких важливими є:

1. Запровадження дієвого інституту загальнообов'язкового державного медичного страхування з накопичувальною системою по кожному страхувальнику, застрахованій особі. Визначення цільової групи населення України, що є фактичним споживачем безоплатної медичної допомоги.

2. Відмова від конклюдентних договорів і «благодійних внесків», розмір яких коливається в залежності від важкості захворювання або хвороби, психологічного стану та соціального ста-

тусу пацієнта. Впровадження письмових правочинів з визначенням відповідальності сторін, що дозволить реанімувати відповідальність лікарів при виконанні посадових обов'язків.

3. Реалізація принципів державно-приватного партнерства, що в тандемі з медичним страхуванням дозволять залучити дієві інвестиції (в тому числі основні засоби, інтелектуальну власність) в галузь охорони здоров'я України для надання сучасної, якісної, своєчасної і доступної медичної допомоги населенню з впровадженням обов'язкових періодичних медоглядів, які дозволять діагностувати хвороби на ранній стадії, в тому числі застосовувати превентивні заходи.

4. Повернення довіри пацієнтів до лікарів та створення кваліфікованого кадрового потенціалу не за принципом «мовчазної згоди», а з відповідальним ставленням до своєї професії і обов'язків.

Література:

1. Загальна декларація прав людини, прийнята і проголошена в резолюції 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10.12.1948 року.

2. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, Рада Європи, Рим, Італія, 04.11.1950 року.

3. Конвенція Співдружності Незалежних Держав про права та основні свободи людини. Співдружність Незалежних Держав, Мінськ, Білорусь, 26.05.1995 року.

4. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН, 16.12.1966 року.

5. Всесвітня організація охорони здоров'я. Світова статистика охорони здоров'я. 2010 рік (World health statistics 2010).

6. Європейська обсерваторія з систем і політики охорони здоров'я. Системи охорони здоров'я: час змін. Том 12 №8 2010. Україна. Огляд системи охорони здоров'я.

7. Конституція України.

8. Рішення Конституційного суду України від 29.05.2002 №10-рп/2002 у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і ко-

мунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу).

9. Основи законодавства України про охорону здоров’я.

10. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування.

11. Закон України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов’язкове державне соціальне страхування»

12. План діяльності Міністерства охорони здоров’я України на 2013 рік та два бюджетні періоди, що настають за плановим (2014 – 2015 роки).

Internet-джерела (офіційні web-портали):

13. Верховна Рада України: http://rada.gov.ua/.

14. Міністерство фінансів України: http://www.minfin.gov.ua/.

15. Міністерство охорони здоров’я України: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/.

16. Національний банк України: http://www.bank.gov.ua/control/uk/index.

17. Державна служба статистики України: http://www.ukrstat.gov.ua/.

18. Всеукраїнський перепис населення: http://www.ukrcensus.gov.ua/.

19. Всесвітня організація охорони здоров’я: http://www.who.int/ru/.

20. Постійне представництво України при відділенні ООН та інших міжнародних організаціях у Женеві: http://geneva.mfa.gov.ua/ua.

КОНСТИТУЦИОННО ГАРАНТИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА НАСТОЯЩЕГО: СОЦИАЛЬНЫЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Салюта М.Е., Чиж Б.И., Ястремская О.А., Ковалевская В.М., Гах Р.В., Салюта Ю.М.

Резюме. *В статье проанализированы основные проблемы финансирования реформируемой отрасли здравоохранения в аспекте*

международных требований на фоне уменьшения населения Украины, уменьшения количества лечебных учреждений, инфляционных процессов, уделено особое внимание вопросу бесплатной медицинской помощи и возможности пользования этим правом в разрезе социальных, психологических, правовых и экономических аспектов. Предложены основные изменения в области здравоохранения для выхода из сложившейся ситуации.

Ключевые слова: *реформа здравоохранения, бесплатная медицинская помощь, государственное медицинское страхование, единый взнос на общеобязательное государственное социальное страхование, ВВП, население Украины, конклюдентный договор, Всемирная организация здравоохранения, государственно-частное партнерство.*

CONSTITUTIONALLY GUARANTEED THE MEDICINE: SOCIAL, PSYCHOLOGICAL, LEGAL AND ECONOMIC ASPECTS

M. Saluta, B. Shish , O.Yastremskaya, V.Kovalevskaya, R.Gah, Y. Saluta

Summary. *The article analyzes the main problems of financing the reformed health care industry in the aspect of international requirements on the background of decreasing the population of Ukraine decrease of hospital, inflation. The authors paid special attention to free health care and the ability to use that right in the context of social, psychological, legal and economic aspects. The article proposed major changes in the health care industry to overcome the situation.*

Keywords: *reformed health care, free health care, compulsory state health insurance, the only contribution to the compulsory state social insurance, GDP, population of Ukraine, conclusive agreement, the World Health Organization, a public-private partnership.*