



Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років

ЗМІСТ

Вступне слово Міністра	4
Вступ	5
1. Показники здоров'я та стан системи охорони здоров'я України. Основні політичні аспекти	7
2. Цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України	15
3. Архітектура системи охорони здоров'я. Стратегічні можливості для України	21
Надання послуг	22
Зміцнення первинної медичної допомоги	22
Реформа мережі лікарень	23
Громадське здоров'я	24
Служба екстреної допомоги	25
Стоматологічна допомога	25
Фінансування системи охорони здоров'я	26
Джерела фінансування	26
Розподіл функцій покупців та надавача послуг; закупівельне агентство	26
Об'єднання коштів	27
Перехід від постатейного фінансування до системи оплати за надані послуги	27
Впровадження медичного страхування	28
Управління	29
Реформування Міністерства охорони здоров'я	29
Інституційне перепрофілювання	30
Автономність постачальників послуг	30
Інші важливі сфери системи охорони здоров'я	31
Контрактування персоналу	31
Навчання та підвищення кваліфікації	32
Фармацевтичний сектор	32
Поліпшення медичної інформації; інформатизація охорони здоров'я	34
4. Побудова нової системи охорони здоров'я: розробка концепції та план дій	35
Короткострокові дії (2015–2016 рр.)	37
Середньострокові дії (2017–2018 рр.)	38
Довгострокові дії (2018 р. і далі)	39

Від Міністра охорони здоров'я України



У серпні 2014 Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. За допомогою нових стратегічних підходів до підвищення якості та доступності допомоги та зменшення фінансових ризиків для людей потрібно було надати нового поштовху реформі галузі.

Процес написання цієї Стратегії збігся із важкими та одночасно обнадійливими подіями для країни. Україна щойно пройшла через трагічні й славетні події «Революції гідності» та взялася до нової «революції», ціллю якої стала побудова міцних державних інститутів та процвітання суспільства.

Багато фахівців, визнаних на міжнародному рівні, відгукнулися на прохання уряду України створити групу для розробки стратегії реформи в охороні здоров'я. Після жорсткого та прозорого відбору було створено Стратегічну дорадчу групу, до складу якої, поряд з іншими одинадцятьма експертами, увійшов і я.

Виклики, перед якими опинилася охорона здоров'я, сильно змінилися з часів набуття Україною незалежності. Як і в багатьох інших країнах, здоров'я українців перебуває під впливом таких потужних факторів як старіння населення, швидка урбанізація та глобальне поширення нездорового способу життя.

Сподіваюсь, що викладені в Стратегії ідеї перетворяться на низку практичних дій — від урядових ініціатив та законопроектів до проектів у громадському секторі. Також маю надію, що і професійні організації об'єднаються навколо цих ідей. Вони повинні докласти всіх зусиль аби розробити план подальших дій в кожному секторі галузі охорони здоров'я. На моє переконання, документ містить необхідні інструменти та дороговкази, які допоможуть уряду приймати правильні рішення і перетворити вимоги людей на практичні дії, засновані на провідному світовому досвіді. Стратегія побудована на переконанні, що реформа охорони здоров'я — це потужний інструмент зменшення нерівності в суспільстві, підвищення соціальної згуртованості та стабільності.

Втілюючи будь-яку реформу, важливо не забувати про постійне прагнення досягти максимальної ефективності та результативності наявних фінансових ресурсів — через запровадження розумної політики та прийняття мудрих рішень. Стратегія дозволяє більш точно визначати проблеми, а також пропонує найкращі з перевірених рішень.

У документа є дві головні мети: в першу чергу, стимулювати правильні реформи, але водночас продемонструвати тим, хто приймає рішення, що здоров'я та його охорона — потужний інструмент в політиці. Стратегія прояснює обрій для реформи, надає їй структури та демонструє потенціал різних заходів, спрямованих на ефективний розвиток послуг охорони здоров'я.

Децентралізація та ініціативи знизу повинні стати новою реальністю в галузі. Міністерство в жодному разі не повинно одноосібно піклуватися про всі проблемні сфери. Кожна фахова та громадська організація повинна усвідомити відповідальність за майбутнє в тій сфері, якою вона цікавиться або де вона має досвід. Адже цю реформу ми зможемо втілити лише спільними зусиллями.



Олександр Квіташвілі
Міністр охорони здоров'я України

Сьогодні статус української системи охорони здоров'я (далі СОЗ) має такі характеристики:

- Україна суттєво відстає від своїх європейських сусідів за такими показниками, як тривалість життя та смертність. Основними передумовами високого рівня смертності є такі фактори ризику як паління, зайва вага, брак фізичного навантаження та надмірне вживання алкоголю, поряд із невирішеними проблемами стосовно поширення інфекційних захворювань і високого рівня травматизму.
- Україна витрачає значну частину ВВП на послуги охорони здоров'я, проте рівень ВВП на душу населення в Україні є нижчим, ніж у більшості європейських країн. Водночас, багатьом країнам вдається досягати досить хороших показників тривалості життя та смертності, маючи співставні витрати на охорону здоров'я.
- Система охорони здоров'я в Україні є громіздкою та застарілою і базується на моделі Семашко з жорсткими процедурами управління та фінансування.

Таку ситуацію обумовлюють глибинні недоліки, накопичені у національній системі охорони здоров'я через відсутність модернізації, ігнорування потреб населення, невикористання сучасних світових тенденцій, неефективної роботи системи та високого рівня корупції.

Запропонована Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки (далі — Стратегія) є складовою Національного плану дій з реформування, котрий був проголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна — 2020» та урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII).

Стратегія є рамковим документом, що формує контекст, бачення, принципи, пріоритети, задачі та основні подальші кроки реформування української системи охорони здоров'я.

Стратегія формує підґрунтя для розробки політики та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи рішення щодо розміру фінансування та бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я. Мета Стратегії полягає у визначенні ключових проблем системи охорони здоров'я, потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів, із метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

Документ підготовлено як загальний недеталізований план, спрямований на досягнення мети Стратегії, що реалізовуватиметься органами влади із залученням представників громадянського суспільства. Документ пропонує чіткі та обґрунтовані пояснення щодо діяльності, яка повинна бути пріоритетною у цій царині. Таким чином Стратегія формує основу для оцінки та перегляду наявних програм, регуляторних механізмів та розробки нових законопроектів та планів, наприклад, стратегічного плану розвитку людських ре-

- ▶ сурсів, генерального плану лікарень, стратегічного плану розвитку паліативної допомоги, плану розвитку первинної ланки охорони здоров'я тощо.

Майбутня система охорони здоров'я має базуватися на трьох засадничих принципах, котрі, на думку СДГ, є фундаментальними і такими, що мають застосовуватися в усіх секторах охорони здоров'я, та мають бути відображеними на кожному наступному етапі реформи, а саме:

- **Орієнтованість на людей**, яка означає, що (i) система охорони здоров'я на-самперед має дослухатися до потреб людей (пацієнтів, працівників); (ii) якість та безпека послуг, їх здатність адаптуватися до вимог і викликів, котрі постійно змінюються, є головними засадами системи охорони здоров'я, що будуть сформовані у результаті реформ; (iii) система охорони здоров'я складається з соціальних інституцій, робота котрих залежить від стосунків між різними учасниками системи, включаючи управлінців, постачальників і покупців послуг, дослідників тощо. Процвітання системи може бути досягнуте лише шляхом формування довіри, діалогу та взаємоповаги між цими учасниками, а ефективність роботи залежатиме від якості таких стосунків.
- **Орієнтованість на результат**, яка означає, що: (i) результативність допомоги та/або профілактичних програм, фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання коштів, урахування побажань пацієнтів повинні обумовлювати прийняття рішень на усіх рівнях; (ii) система повинна формувати атмосферу, де виконання будь-якої діяльності регулярно оцінюється за результатами та є підставою для покращення роботи; (iii) реформи, що передбачають залучення приватних надавачів послуг повинні пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно призведуть до кращих результатів або зменшать витрати на надання послуг тієї ж якості. Саме з цієї причини формування бази даних із інформацією про якість надання послуг, якої зараз бракує в Україні, має бути пріоритетом.
- **Орієнтованість на втілення**, яка означає, що відмінна ідея — це лише півшляху. Необхідно також провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають бути ефективними, зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг.

1 Показники здоров'я та стан системи охорони здоров'я України

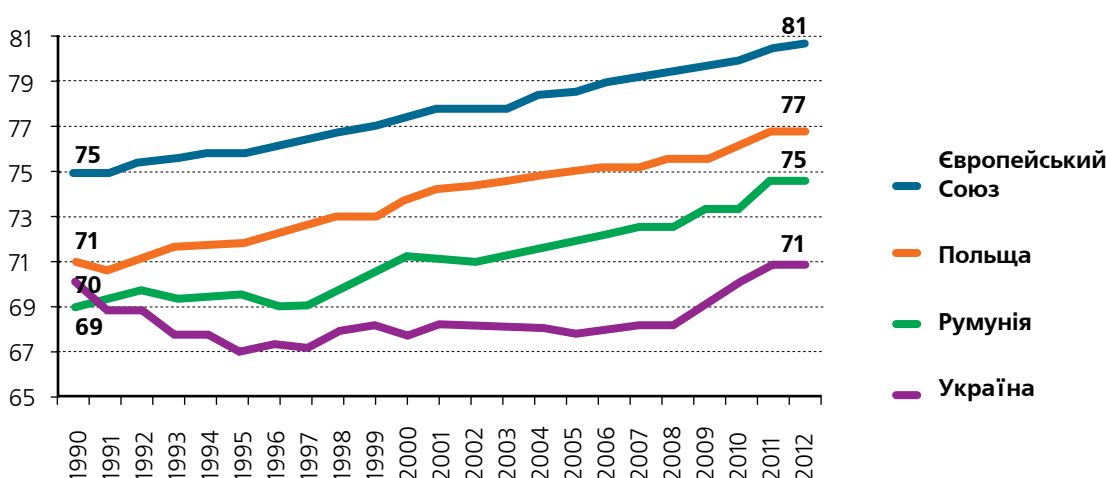
Основні політичні аспекти

У 2012 р. середня тривалість життя при народженні в Україні складала 66,1 років для чоловіків і 76 років для жінок, що є низьким рівнем у порівнянні з середнім європейським показником (72,5 та 80 відповідно).

У поєднанні з міграцією, поточний стан здоров'я в країні викликав демографічну кризу, в результаті якої протягом двох десятиліть населення скоротилося на 7 млн. осіб (з 52 до 45,3 млн.).

1. Середня очікувана тривалість життя при народженні, років

Джерело: Світовий Банк,
2012



Україна має один із найгірших показників серед систем охорони здоров'я в європейському регіоні. Україна посідає друге місце в європейському регіоні за рівнем смертності, яка збільшилась на 12,7% у період із 1991 по 2012 рр., тоді як у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7%. До того ж, одну чверть від загальної смертності складає смертність серед працездатного населення (а для чоловіків це третина всіх смертей; вони мають у три-чотири рази вищу ймовірність смерті, ніж жінки у всіх вікових групах від 16 до 60 років)¹. Основними причинами смертності є неінфекційні захворювання (НІЗ), такі як серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання, рак, хвороби обміну речовин тощо. Ці показники залишаються незмінними за останні роки. У 2013 р. серцево-судинні захворювання були основною причиною смертності (66,5%), далі йшли новоутворення (13,9%), а зовнішні причини смертності знаходилися на третьому місці (6%) (див. графік 2).

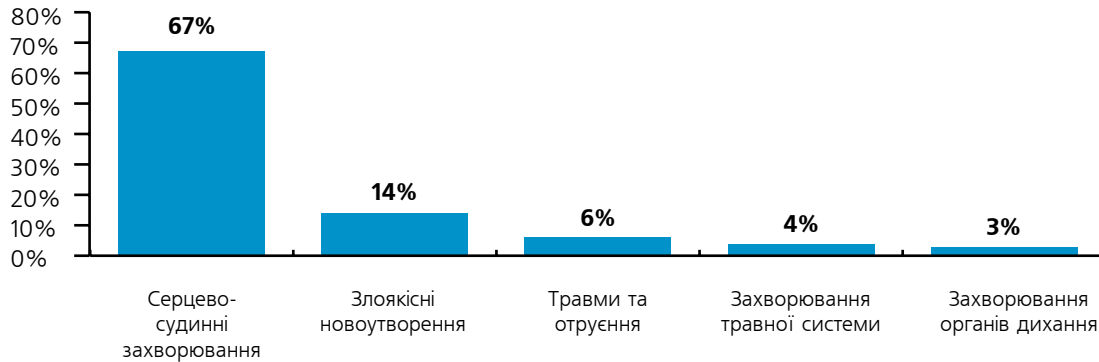
Ці тривожні цифри теж підтверджують факт, що переважна більшість українців є незахищеними від факторів ризику, таких як куріння, надмірне вживання алкоголю, нездорове харчування, брак фізичної активності, забруднення тощо. Наприклад, більше половини дорослих чоловіків в Україні регулярно палять, тоді як у Західній Європі цей показник складає близько 25%².

¹ База даних «Здоров'я для всіх», ВОЗ, 2012

² Там само

► 2. Основні причини смертності в Україні, %

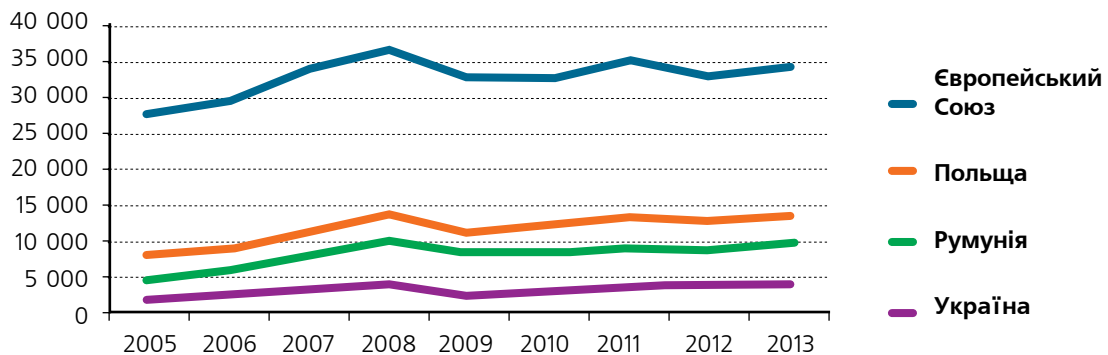
Джерело: ВОЗ, 2013



Одним із ключових чинників такої ситуації є низький економічний розвиток країни. ВВП України в 2013 році склав 1460 млрд. грн. (177,4 млрд. доларів США), що означає набагато нижчі показники на душу населення, ніж навіть найнижчі значення в Європейському Союзі. Еволюція цього показника за останні роки показана на графіку 3, наведеному нижче. Зважаючи на економічну кризу та військовий конфлікт, ситуація у 2014-2015 роках поки тільки погіршується.

3. ВВП на душу населення, \$ США

Джерело: Світовий Банк, 2013



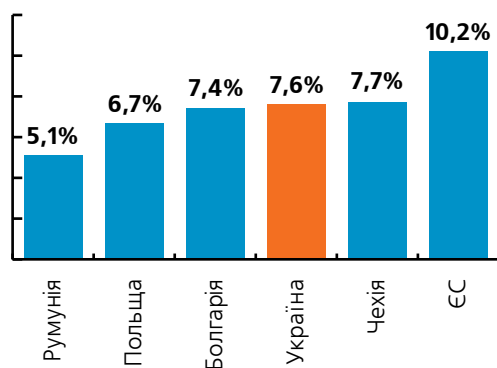
Інша важлива причина незадовільних показників — це фундаментальні недоліки, накопичені у системі охорони здоров'я. Насамперед, незважаючи на величезну кількість успадкованих та створених закладів охорони здоров'я, Україна не змогла забезпечити ефективних заходів, що впливають на загальні детермінанти здоров'я нації (такі як бідність, наявність житла, зайнятість тощо), що необхідні для процвітання України як сучасної держави. Громадське здоров'я в Україні перебуває у первісному хаосі. Навіть у різноманітних правових та технічних документах сфера «громадського здоров'я» описується вкрай рідко.

Фіаско системи охорони здоров'я України зумовлене архаїчним станом закладів охорони здоров'я, які фактично не орієнтовані на пацієнта та неспроможні надавати ефективні, якісні послуги. Організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, ►

- кадрові, інформаційні та інші фундаментальні помилки заважають Україні отримувати вигоду від власного людського капіталу, навіть незважаючи на те, що українці витрачають на охорону здоров'я значну частку свого доходу. У 2012 році загальні витрати на охорону здоров'я становили близько 7,6% від ВВП, що насправді стільки ж, або навіть більше, ніж у країнах, які приєдналися до ЄС після 2004 року, і вище, ніж у таких країнах як Польща, Румунія та Естонія, які забезпечують краще охоплення своїх громадян і отримують кращі результати у сфері охорони здоров'я. Через низький рівень ВВП, цей показник у витратах на душу населення складає тільки 2391,7 грн. (близько 293 доларів США) в 2012 році, що значно нижче, ніж 3340 в середньому по ЄС, що також включає в себе Чехію \$ 1432, Польщу – \$ 854, Болгарію з \$ 516 і Румунію – \$ 420) (див. графіки 4 та 5).

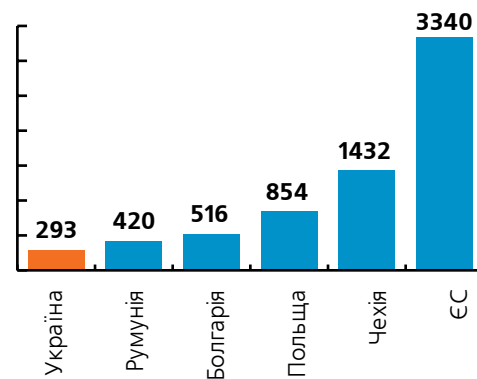
4. Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП

Джерело:
Світовий Банк, 2012



5. Витрати на охорону здоров'я на душу населення, \$ США

Джерело:
Світовий Банк, 2012



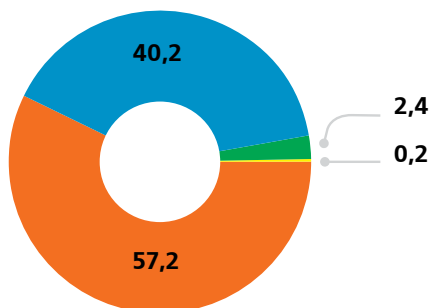
Крім того, існує величезна невідповідність між тим, що обіцяє держава і тим, що вона може забезпечити. На папері усі верстви населення забезпечені необмеженою кількістю допомоги у системі охорони здоров'я, яка є безкоштовною в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Насправді ж, громадяни протягом багатьох років не мають захисту від катастрофічних наслідків оплати медичних витрат у разі хвороби. Витрати з державних джерел (4,4% ВВП) охоплюють лише 57% від загального обсягу (див. графік 6).

Основу витрат закладів охорони здоров'я складають переважно витрати на заробітну плату (витрачається близько 71-74% від загальної суми³). Таким чином, залишається

6. Загальні витрати на охорону здоров'я за джерелами, %

Джерело:
Національні рахунки
охорони здоров'я,
2012

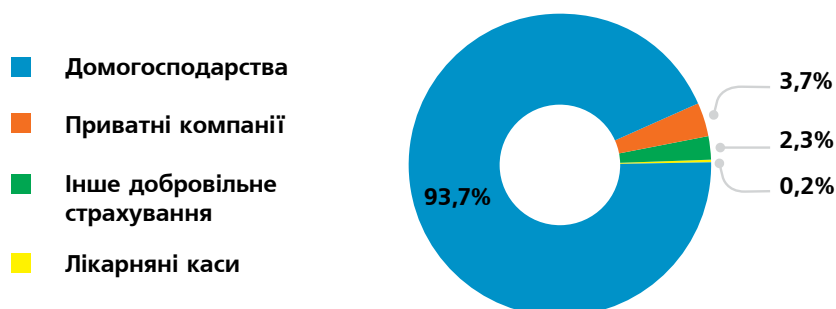
- Державний бюджет
- Домогосподарства
- Приватні компанії
- Донори



- ▶ дуже мало простору для фактичного надання послуг, тобто, лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо. Це означає, що послуги або не надаються зовсім, або ж громадяни оплачують більшу частину їхньої вартості з власної кишені що призводить до відмови від медичної допомоги в цілому⁴. Наприклад, щорічні витрати на ліки в закладах охорони здоров'я складають всього 5-6% від загальної суми витрат. Цей показник знижується, і сім'ям доводиться оплачувати переважну більшість (за даними національних рахунків, 94-95% протягом 2005-2012 рр.) лікарських засобів та інших товарів медичного призначення (див. графік 8).

7. Приватні витрати на охорону здоров'я за джерелами, %

Джерело:
Держкомстат,
2012



Приватні витрати на охорону здоров'я в Україні (46 млрд.грн. у 2012 році, 42,3% з загальних витрат на охорону здоров'я, та 3,2% ВВП) були одними з найвищих в ЄС та країнах Східної Європи (цей показник був вищим тільки в Болгарії)⁵, але переважна більшість із цих приватних витрат були виплачені безпосередньо постачальникам послуг, без участі системи об'єднання коштів, що могло би забезпечити перехресне субсидування та спільний фінансовий захист. Конкретніше, домогосподарства оплатили 94% приватних витрат готівкою, в той час як частка добровільного медичного страхування та інших джерел були незначними (див. графік 7).

Такі високі видатки можуть призвести до катастрофічних витрат на охорону здоров'я для тих, хто звертається по допомогу, та/або змусити родини перестати по неї звертатися взагалі. Так, за даними опитування домогосподарств, проведеного у 2011 році, 22,6% тих, хто потребував лікування, були не в змозі його оплатити, в першу чергу, через високу вартість. Із 40% найбільш бідних сімей 10,2% повідомили, що витрачають на своє здоров'я більше, ніж 25% від загальних непродуктових витрат⁶.

Заклади охорони здоров'я стикаються і з іншими обмеженнями. Їх державне фінансування надходить із коштів, розподілених для них безпосереднім керівництвом (в основному, обласними, районними та муніципальними органами влади), які, у свою чергу, фінансуються на основі трансфертів центрального бюджету. Такий розподіл ресурсів кожного окремого закладу здійснюється за галузевими нормами, переважно на основі статистичних даних щодо штатного розпису, кількості лікарняних ліжок тощо, центральними органами влади. В основному, це призводить лише до підтримки статус-кво та додаткового «підмашування» системи незаконними готівковими виплатами.

³ Див. наприклад Health Systems in Transition: Ukraine, European Health Observatory, 2010

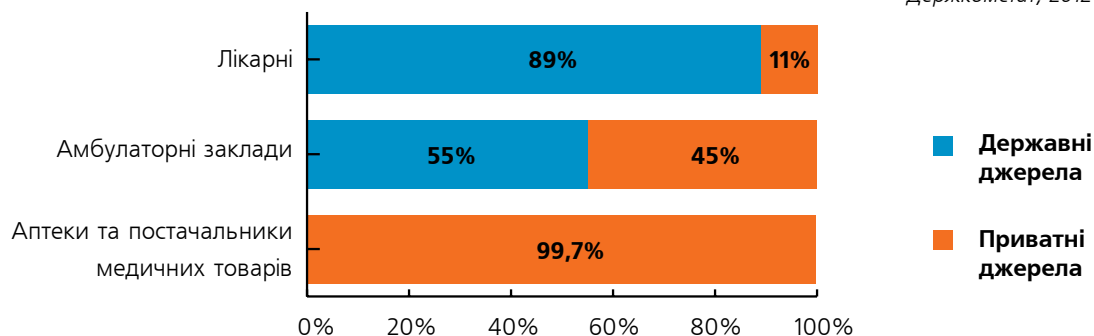
⁴ http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy-briefs-assprocee2007-02-2013_en.pdf

⁵ Світовий Банк, 2012, дані доступні за посиланням <http://data.worldbank.org>

⁶ GettingBetter: ImprovingHealthSystems Outcomes in Europe and Central Asia, World Bank Report, 2013

8. Державні та приватні витрати на охорону здоров'я за видами закладів, %

Джерело:
Держкомстат, 2012



Крім того, бюджет розписаний відповідно до жорсткої економічної класифікації. Заклади охорони здоров'я не мають права переносити кошти з однієї статті бюджету до іншої, або перерозподіляти ресурси на відповідні види діяльності з надання послуг (наприклад, збільшувати витрати на персонал за рахунок комунальних витрат, закуповувати устаткування замість витратних матеріалів тощо). Натомість, вони повинні витрачати всі кошти відповідно до заздалегідь затвердженого кошторису без права самостійного внесення будь-яких змін, що робить управління закладами охорони здоров'я негнучким та малопродуктивним. До того ж, невитрачені гроші на кінець року необхідно повернути, і фінансові органи можуть зменшити бюджетні асигнування на наступний рік на суму, що дорівнювала залишку коштів⁷. Таким чином, для керівництва лікарень вигідніше зберігати надлишкову лікарняну інфраструктуру та затягувати перебування пацієнта у закладі, аніж раціонально вести господарство, економити та вдосконалювати структуру витрат.

Неефективна структура системи ще більше погіршує ситуацію. Теоретично, центральний орган — Міністерство охорони здоров'я — координує всю сукупність закладів охорони здоров'я у державному секторі. Насправді ж, майже три чверті від загального фінансування охорони здоров'я йде на заклади та персонал, що працюють на обласному та місцевому рівнях.

З однієї чверті, що витрачається на заклади охорони здоров'я центрального рівня, приблизно 40% використовують заклади, що належать іншим міністерствам (Міністерству оборони, МВС, Міністерству транспорту, Міністерству праці та соціальної політики та ін.). Співробітники та пенсіонери цих міністерств отримують медичну допомогу в цих спеціалізованих закладах, але, як правило, також користуються закладами охорони здоров'я загальної мережі для інших потреб. Це, вочевидь, створює дублювання та марнотратство на додачу до існуючого нераціонального використання ресурсів.

Така ситуація призвела до завищеної кількості лікарень (понад 2200; 5,22 лікарні на 100 000 населення⁸) та лікарняних ліжок (більше 400 тисяч; 890,7 ліжок на 100 000 населення⁹) у державному секторі, що набагато більше у перерахунку на душу населення, ніж не тільки в сусідніх країнах, але і в країнах ЄС¹⁰. Однак 75% цих лікарняних ліжок мають надзвичайно низький потенціал щодо надання послуг, оскільки вони розташовані

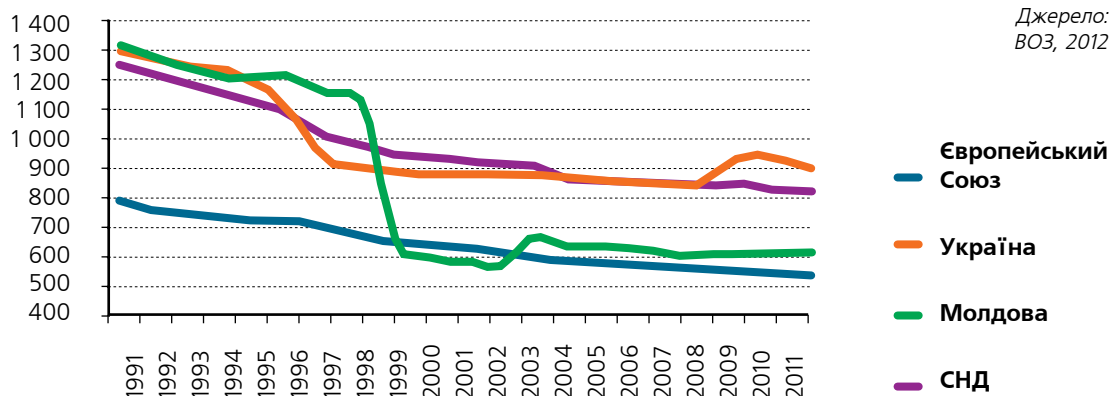
⁷ Ситуація може змінитися після запровадження змін до законодавства з 1 січня 2015 року

⁸ База даних «Здоров'я для всіх», ВОЗ, 2012

⁹ Там само

¹⁰ Європейська база даних щодо людських та технічних ресурсів охорони здоров'я ВОЗ, 2012

► 9. Динаміка кількості лікарняних ліжок (на 100 000 населення)



в малих закладах — міських та районних лікарнях, спеціалізованих (туберкульозних, венерологічних) лікарнях, диспансерах та сільських лікарнях, деякі з яких перебувають у напівзруйнованому стані. Через відсутність інвестицій та інші обмеження дуже мала кількість закладів здатні забезпечити сучасне комплексне медичне обслуговування (наприклад, сучасну кардіохірургію або лікування раку).

Україна має надмірну кількість вузькопрофільних фахівців (понад 100 лікарських спеціальностей), які ведуть прийом у 8300 поліклініках, у районних та міських лікарнях та спеціалізованих диспансерах одного захворювання (туберкульоз, ВІЛ/СНІД і т.д.). Спочатку вони були призначені для обслуговування за направленням із медпунктів, амбулаторних клінік та поліклінік, виділених та/або прикріплених до районних та сільських лікарень, що надавали первинну медичну допомогу за районним принципом. Заклади первинної ланки зазвичай укомплектовані лікарем та медсестрою (у сільській місцевості фельдшером та/або акушеркою), які надають обмежені послуги за відсутності необхідного оснащення і не мають стимулів для підтримки якості, а їх професійна компетентність із часом погіршується. Як наслідок, більшість пацієнтів намагаються звертатися за медичною допомогою безпосередньо до спеціалістів, які, як правило, раді надати допомогу в обмін на напівофіційну чи неофіційну платню.

Служба екстреної медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах є ще однією окремою підсистемою, яка не відповідає вимогам якості, доступності, ефективності та устаткування. Нецільове використання ресурсів у цьому контексті є швидше правилом, ніж винятком.

У 2011 році у Дніпропетровській, Донецькій, Вінницькій областях та в Києві стартувала пілотна ініціатива, що повинна була запропонувати структурні перетворення первинної та екстреної медичної допомоги та створити нові механізми фінансування, у тому числі укладання договорів із постачальниками медичних послуг, стимулювання та впровадження механізму перенаправлення до закладів вторинної та третинної ланки. Однак дати якісну оцінку пілотних ініціатив 2011-2014 рр. складно через відсутність контролю виконання проекту, моніторингу його продуктивності і збору реальних даних щодо якості надання послуг, ефективності, охоплення, і т.д.

Тривожна картина стану системи охорони здоров'я ускладнюється швидким старінням населення та зменшенням кількості лікарів (що часто хибно тлумачиться під час перерахунку на особу) та, що ще гірше, кількості медсестер та іншого кваліфікованого медичного персоналу. Низька заробітна плата, незалежна від обсягу та якості роботи,

- ▶ яку працівники вимушені виконувати з використанням застарілих технологій та низьких професійних навичок, а також доволі жорсткі правила роботи й свавілля керівництва, яке призначається за політичними мотивами, мали поганий вплив на етичні й моральні аспекти та соціальну привабливість постачальників медичних послуг.

Приватний сектор перебуває на ранній стадії розвитку, у галузі наразі практично немає великих приватних страхових компаній, а кількість приватних лікарень замала. Приватний сектор в основному складається з аптек, медичних закладів (переважно амбулаторних) та приватних лікарів. Ці заклади отримують фінансування здебільшого за рахунок прямих платежів від населення.

Таким чином, виконавча і законодавча гілки української влади успадкували систему охорони здоров'я, успадковану від радянського періоду — модель Семашка, при цьому спотворивши її. В ній вся система є державною власністю та орієнтована на лікарні, з дуже фрагментованим управлінням та послугами, зосередженими на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці. Ця система не орієнтована на задоволення реальних потреб населення та виявилася нездатною реагувати на непомірний тягар НІЗ, оскільки була сформована для боротьби з інфекційними захворюваннями і травмами, які, в цілому, мають однакову причину і не залежать від особистої поведінки громадянина. Ця система була розроблена в ті часи, коли ще не було створено сучасних методів комунікації, а медичні технології були недостатньо розвиненими. Вона також ігнорує міжнародні тенденції модернізації та поліпшення системи охорони здоров'я (наприклад, пропонуючи простір для ініціатив приватного сектору) та не змогла забезпечити політичне керівництво у таких життєво важливих галузях, як інформаційні технології. Існує багато доказів того, що система характеризується неефективним використанням коштів, що призводить до корупційних ризиків. ■

2 Цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України

Нова політична ситуація сама по собі є наочною демонстрацією змін, що відбуваються в Україні. Громадяни не хочуть користуватися послугами системи охорони здоров'я, яка не задовольняє їхніх справедливих потреб та прагнень щодо охорони здоров'я. Консервація нинішньої системи управління, фінансування, кадрового забезпечення системи призведе лише до погіршення здоров'я населення, загострення проблеми неефективного використання фінансових ресурсів, зростання нерівності у доступі до медичної допомоги для окремих верств, подальшого невдоволення людей медичним обслуговуванням та державною політикою в цілому. Розпочата поверхнева модернізація первинної та екстреної медичної допомоги, яка не супроводжується змінами в інших сферах системи, матиме такі ж самі наслідки. **Єдиний прийнятний спосіб задля вирішення ситуації – це ґрунтовний, але контрольований «капітальний ремонт» та перехід до нової моделі СОЗ.**

Незалежно від віку, місця проживання чи соціального статусу, люди усвідомлюють, що мають право на значно краще медичне обслуговування. Вони вкрай незадоволені надмірною бюрократизацією та корупцією у системі, яка заважає своєчасному задоволенню особистих і суспільних потреб, не враховує основні ризики для здоров'я та не використовує всі можливі ресурси для сталого фінансування галузі. Громадяни хочуть, щоб система відповідала їхнім очікуванням і вимогам.

Міжнародний досвід переконливо свідчить, що ефективна система, яка здатна використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, може забезпечити ефективне медичне обслуговування на засадах солідарності, справедливості та громадської співучасті, захистити населення від катастрофічних наслідків захворювань, гарантувати прозорість і відповідальність за вжиті або невжиті заходи, оперативніше реагувати на потреби та очікування населення. Для цього потрібно забезпечити тісніший зв'язок здоров'я населення із розвитком національної економіки та підвищенням добробуту громадян.

Під час реформування та модернізації системи охорони здоров'я України повинні бути окреслені цілі та завдання, виконання яких допоможе реалізувати соціальні цінності та прагнення в дусі традицій сучасної, демократичної Європи. Право людини на здоров'я повинно базуватися на економічному та соціальному розвитку і політичній стабільності. Україна потребує ефективного функціонування юридичних, фінансових, економічних, структурних, управлінських, організаційних, інформаційних і комунікаційних інститутів із метою досягнення найкращих результатів для здоров'я (його рівня та рівності в ньому), фінансової захищеності при отриманні медичної допомоги, оперативного задоволення вимог та очікувань громадян і загальної ефективності галузі.

Система охорони здоров'я повинна орієнтуватися на такі принципи:

1) Гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину.

Цей принцип повинен бути застосований незалежно від статі, віку, сексуальної орієнтації, релігійних чи політичних переконань, сімейного або цивільного стану. Він повинен бути застосований до всіх і кожного, та базуватися на повазі до прав людини. Водночас, держава повинна приділяти особливу увагу вразливим соціальним групам, оскільки показники здоров'я у них суттєво відстають від показників решти населення. ►

► **2) Дотримання національних стандартів якості та професіоналізму.**

Цей принцип спрямований на надання якісної медичної допомоги, яка повинна бути безпечною, ефективною і спрямованою на задоволення потреб пацієнта, підтримку, освіту та розвиток персоналу, удосконалення управління галуззю.

3) Взаємоповага пацієнтів та медичних працівників.

Повага, гідність, співчуття й турбота повинні бути принципом номер один у роботі з пацієнтами. Їх безпека, досвід під час перебування в системі та результати для здоров'я будуть покращуватися, коли медичні працівники відчуватимуть свою цінність, матимуть відповідні повноваження та підтримку, а пацієнти будуть відчувати себе партнером, а не об'єктом лікування.

4) Співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення (міжсекторальна взаємодія).

Система охорони здоров'я як галузь повинна взаємодіяти з іншими службами, органами державного сектору та широким колом громадських об'єднань, благодійних організацій та юридичних осіб приватної форми власності з метою підвищення рівня здоров'я та добробуту.

5) Співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів.

Державні кошти на охорону здоров'я мають бути спрямовані винятково на благо громадян. Держава повинна прагнути до того, аби кожна витрачена платником податків гривня приносила якомога більше результату для здоров'я людей.

6) Підзвітність громадам і пацієнтам.

Система відповідальності та підзвітності за прийняття рішень повинна бути прозорою та зрозумілою для громадськості, персоналу та пацієнтів. Із цією метою уряд повинен гарантувати постійну можливість доступу до інформації та основних показників здоров'я, а органи центральної та місцевої влади систематично звітувати перед громадою або її представниками (радами) за результати діяльності в сфері охорони здоров'я.

Зазначені принципи формують основні соціальні цінності оновленої системи охорони здоров'я:

Спільна робота на благо пацієнтів

Це правило номер один для медичних закладів та інших організацій, що надають послуги у сфері охорони здоров'я. В системі охорони здоров'я споживачі послуг завжди повинні бути на першому місці. Усі складові системи повинні діяти та співпрацювати в інтересах пацієнтів, завжди ставити їх інтереси вище за інтереси закладу, навіть якщо це вимагає визнання допущених помилок.



► **Повага та гідність**

До кожної людини, яка звертається зі своєю проблемою, слід ставитися з повагою та гідністю, незалежно від того, чи є вона пацієнтом, опікуном, родичем або ж медичним працівником. Система повинна бути спрямована на зміцнення духу відвертості та чесності, коли медичні працівники відкрито спілкуються з пацієнтами, родичами чи опікунами.

Співчуття

Співчуття тісно пов'язане з повагою та гідністю. Система охорони здоров'я повинна не лише забезпечувати медичну допомогу, але й полегшувати біль, страждання, допомагати людині відчувати свою цінність і значимість її особистої проблеми.

Покращення якості життя

Мета системи охорони здоров'я — покращити здоров'я та самопочуття пацієнтів за допомогою професіоналізму, інновацій та передового досвіду в наданні медичних послуг.

Всі однаково важливі

Ніхто не повинен зазнавати дискримінації, право на здоров'я не може обмежуватися, до всіх слід ставитися з однаковою повагою.

Якщо Україна досягне успіху у створенні системи охорони здоров'я, орієнтованої на людей, результат та втілення, про що йшлося вище, то можна очікувати досягнення таких основних цілей:

- Зростання показників здоров'я населення (тривалості життя, зниження захворюваності, смертності);
- Збільшення фінансової захищеності при зверненні за медичною допомогою, щоб захворювання не стало причиною зубожіння або ж відсутність коштів не завадила своєчасно звернутися за допомогою;
- Забезпечення готовності та здатності системи охорони здоров'я ефективно реагувати на кризові ситуації, які несуть загрози для здоров'я окремої людини, громади або усього населення.

Для досягнення цих кінцевих цілей сформульовано проміжні задачі, на які мають бути спрямовані реформи:

- Створення умов для солідарної відповідальності за здоров'я громадян;
- Забезпечення вільного вибору постачальників послуг;
- Створення прозоріших умов роботи та більшої підзвітності у галузі охорони здоров'я;
- Надання підтримки, у тому числі фінансової, незахищеним групам населення. ►

► Солідарна відповідальність

Система повинна базуватися на розумінні відповідальності за усі аспекти життя, в тому числі здоров'я та загальне благополуччя населення. Відповідальність за здоров'я має бути результатом спільних зусиль кожної особи та суспільства в цілому. Окремі люди повинні дбати про власне здоров'я та допомагати оплачувати лікування, а суспільство має сприяти зміцненню здоров'я та наданню допомоги у фінансуванні витрат на його охорону. Хоча доступ до медичної допомоги завжди набирає найбільшої ваги під час обговорення соціальної відповідальності за здоров'я населення, неможна забувати про важливість захисту середовища життєдіяльності, підтримки здорового способу життя та профілактичної роботи. Втілення такої стратегії має значну економічну ефективність та може сприяти підвищенню особистої відповідальності за умови створення соціального та фізичного середовища, яке дозволить людям підтримувати здоров'я та запобігати хворобам.

Свобода вибору

Свобода вибору — це головна рушійна сила вільної ринкової конкуренції в інших галузях, а також одна з основних європейських цінностей. У секторі охорони здоров'я через інформаційну нерівність між пацієнтами та лікарями і ризики при впровадженні медичного страхування, конкуренцію неможна залишати без регулювання. Однак за повної відсутності конкуренції та за наявності системи розподілу ресурсів, яка жодним чином не залежить від вибору пацієнтів, створити міцні економічні стимули для постачальників послуг та інших учасників ринку охорони здоров'я буде неможливо. Пацієнти повинні мати право обирати для себе постачальників послуг самостійно, виходячи з географічного розташування, якості обслуговування, професіоналізму медичного персоналу та доступності широкого спектру послуг.

Організаційний клімат

Медичні послуги можуть надаватися закладами різних форм власності, що слідують єдиним принципам роботи. Вони повинні реагувати на потреби споживачів та конкурувати один із одним із метою підвищення якості обслуговування за мінімальних витрат. Сьогодні ніхто не заперечує необхідності реструктуризації надання послуг. Керівники окремих закладів охорони здоров'я, державних, комунальних та приватних, повинні мати свободу приймати рішення, що підвищують якість і ефективність медичної допомоги, а уряд повинен усувати штучні заборони для таких рішень. У більш вільному середовищі, де пацієнт має змогу отримати достовірну інформацію та обирати постачальника послуг, заклади охорони здоров'я зосереджуються на наданні високоякісної допомоги, використанні сучасних технологій та залученні більшої кількості пацієнтів, і тим самим збільшують свої доходи. Послуги можуть субсидіюватися державою за рахунок бюджетного фінансування, але мережа постачальників послуг не повинна залежати лише від державних субсидій.

Роль державної підтримки

Під ефективним використанням державних коштів слід розуміти цільове спрямування даних ресурсів на потреби найбільш нужденних верств населення. Благополучні верстви слід заохочувати проявляти самостійність у піклуванні про власне медичне обслуговування, у той час як вразливі соціальні прошарки повинні обслуговуватися і субсидіюватися відповідно до своїх потреб у максимально можливій мірі за рахунок державного бюджету.

- ▶ Ця Стратегія має на меті усунення нерівності у галузі охорони здоров'я, а також спрямування системи охорони здоров'я України до універсальної доступності послуг та задоволення потреби громадян у створенні фінансово, соціально та політично виважених відносин між ними та системою охорони здоров'я.

Це завдання виглядає ще складнішим, якщо взяти до уваги дуже низькі витрати на охорону здоров'я, швидке зростання яких не очікується через складну економічну ситуацію та військовий конфлікт. Запропоновані у цьому документі кроки у жодному разі не призведуть до швидкого поліпшення системи охорони здоров'я України у сенсі досягнення універсального доступу до медичного обслуговування. Однак у довгостроковій перспективі очікується створення міцних засад для побудови більш справедливої та чутливої до потреб системи.

СДГ визнає, що принципи вільного ринку, зокрема, цінова конкуренція, прибуток та вільний вибір, що пропонуються сектору охорони здоров'я, дуже відрізняються від інших галузей економіки. Таким чином, необхідно чітко визначити регуляторну роль держави у забезпеченні якості, справедливості, чесності та сталості у наданні послуг.

Реформування, орієнтоване на підняття показників здоров'я населення та зміцнення людського капіталу, вимагає деталізації задач та ухвалення рішень щодо того, як система охорони здоров'я виконуватиме свої функції:

- Для контролю за інфекційними та неінфекційними захворюваннями потрібен доступ до якісних профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних, фармацевтичних та інших медичних послуг, які мають бути чітко визначені у рамках інституційної продуктивності, безперервності, безпеки (стандарту допомоги);
- Такі послуги можуть бути отримані в державному або в приватному секторі – вибір може здійснюватися громадянами відповідно до їхніх уподобань. Необхідно визначити роль приватного сектору та його основні параметри (розмір, регулювання, взаємовідносин тощо), а також розвивати державно-приватне партнерство;
- Система управління персоналом, що не забезпечує адекватного збереження та збільшення людського ресурсу, буде призводити до недоцільних фінансових витрат. Потрібно переглянути принципи кадрової політики та управління;
- Марнотратна, неефективна і корумпована система управління закупівлями та постачанням не гарантує своєчасного та економічно обґрунтованого доступу до лікарських засобів, вакцин та медичних виробів, але її функціонування зі зрозумілих причин не можна просто зупинити. Потрібно розглянути можливість запровадження альтернативних систем закупівель;
- Слабкі механізми міжгалузевої координації та взаємодії будуть підтримувати недорозвинений стан охорони здоров'я населення. Необхідно посилити міжгалузеву координацію та запровадження принципу пріоритетності здоров'я при формуванні державної політики;
- Інформаційна підтримка охорони здоров'я, заснована на паперовому, безособовому обліку та звітності, унеможливає комплексний моніторинг і оцінку ресурсів із метою ефективного оперативного управління та стратегічного планування. Необхідно створити зрозумілий та економічно ефективний план інформатизації галузі.

У наступному розділі ми намагаємося полегшити вибір основних параметрів намічених цілей. ■

3

Архітектура системи охорони здоров'я

Стратегічні можливості
для України

Зважаючи на європейський вектор розвитку, майбутня система охорони здоров'я в Україні має бути узгоджена з європейськими принципами, що передбачає контрольоване заміщення пострадянської моделі Семашко сучасними світовими схемами, практиками та досвідом, враховуючи:

- Які індивідуальні та соціальні послуги мають бути створені, як, де, ким;
- Як можна сформувати, зібрати та розподілити достатнє фінансування;
- Як вся система буде керуватися (плануватися, регулюватися тощо) задля досягнення бажаних результатів у найбільш прозорий та ефективний спосіб, та
- Як можуть бути зібрані всі необхідні компоненти (людські ресурси, приміщення, технології, інформація тощо).

Для кращого управління реформами СДГ рекомендує контрольоване запровадження змін за шістьма основними блоками/напрямами, деталі яких подано нижче.

Надання послуг

Зміцнення первинної медичної допомоги

Враховуючи поточну ситуацію та пострадянську традицію розподілу людських ресурсів, у короткостроковій перспективі не існує способів відмовитися від нинішнього поєднання сімейної медицини, дільничних терапевтів та педіатрів, мережі жіночих консультацій, які надають первинну медичну допомогу. Однак чіткі ініціативи зі зміцнення первинної ланки повинні початися з визнання сімейних лікарів автономними суб'єктами (через механізм приватної практики для первинної ланки за прикладом Великої Британії, Нідерландів, Данії), особливо у сільській місцевості. Поступове введення та підтримка приватної практики первинної медичної допомоги (ПМД) буде супроводжуватися перепідготовкою лікарів та зміною вимог до ліцензування цього виду практики. Протягом певного часу лікарі, що практикують окремо, надаватимуть послуги паралельно або у складі центрів ПМД, а їх послуги будуть покриватися з державного бюджету або шляхом медичного страхування (після його впровадження) через схожі механізми фінансування (подушний принцип зі зваженими ризиками). Фінансування первинної ланки має здійснюватися через формування замовлення на послуги на рівні області.

У подальшому лікарі первинної ланки, які здійснюватимуть приватну практику, матимуть можливість об'єднатися у команди або «кооперативи» для здійснення спільної роботи та отримання додаткової спеціалізації.

Принцип свободи вибору може бути використаний громадянином (реєстрація у одного «обраного лікаря»), щоб скористатися характерною особливістю ПМД — знанням лікарем особливостей життя пацієнтів, яких він обслуговує.

Лікарям первинної ланки буде надано ексклюзивне право скерування пацієнтів до спеціалістів шляхом укладання договорів із відповідними закладами. При цьому



- ▶ система не повинна відверто забороняти пацієнтові звертатися безпосередньо до спеціаліста, але може пропонувати низку переваг та мотивацій (у тому числі фінансових) для користування послугами скерування.

Змішані платежі — зручний спосіб переходу від системи на основі витрат до такої, де оплачується результат. Розумним підходом тут може бути формула, що включає подушний принцип, який включає фіксовану плату на одного пацієнта з відповідними віко-статевими коефіцієнтами, незалежно від віку, статі, та стану здоров'я, плату за послуги (стимул для лікарів забезпечувати більше процедур) та коефіцієнти результативності (стимулювання якості, оцінка ефективності клінічних і економічних результатів). Будуть пропонуватися додаткові стимули за впровадження нових послуг.

Реформа мережі лікарень

Немає жодних сумнівів, що кількість і структуру лікарень в Україні потрібно терміново оптимізувати. З цією метою передбачається створення лікарняної мережі кожної області з можливістю віртуального об'єднання цих мереж у єдиний лікарняний простір для усієї країни. Паралельні (відомчі) системи охорони здоров'я у будь-якому випадку будуть скасовані протягом розумного періоду часу, а лікарні, що підпорядковуються різним міністерствам та відомствам, отримають такий самий статус, як інші. Передбачається поступова та поетапна передача відомчих закладів охорони здоров'я до складу обласних мереж. Враховуючи нинішню ситуацію, статус військових медичних закладів може залишитися незмінним.

У рамках єдиної лікарняної мережі всі заклади охорони здоров'я повинні надавати допомогу та слідувати загальним правилам відповідно до контрактів із закупівельним агентством на рівні області (див. нижче у розділі «Фінансування»). Для таких мереж може бути запропоновано три рівня надання стаціонарної допомоги — місцеві лікарні, регіональні лікарні (у обраних географічних центрах) та обласні лікувально-діагностичні центри. Спеціалізовані монопрофільні заклади мають бути об'єднані у багатофункціональні заклади, що надають широкий спектр послуг.

Україна повинна визнати практичну диференціацію між невідкладною допомогою та довгостроковим лікуванням. У більшості гострих випадків допомога повинна надаватися медиками, які є спеціалістами з лікування гострих станів, інтенсивної терапії та/або невідкладної медичної допомоги, та отримують консультації від інших фахівців до виписки пацієнта (лікарні інтенсивного лікування). Довгострокове лікування необхідне для людей, чиї хронічні проблеми або психічні розлади не дозволяють піклуватися про власні потреби, тож вони потребують догляду лікаря, медсестри або іншого персоналу (санітари, соціальні працівники) за місцем проживання або у закладі охорони здоров'я (лікарні тривалого лікування, медсестринські заклади, денний стаціонар, стаціонар на дому).

Для планування та супроводу процесу оптимізації мережі пропонується створення Генерального плану лікарень який повинен складатися з субнаціональних планів. Такий план повинен документувати співвідношення наявних ресурсів і потреб, та включати пропозиції щодо оптимізації мережі на основі аналізу доступності допомоги і фінансової ефективності. Подібні плани дозволять уряду та місцевій владі визначити, які лікарні можна зберегти як постачальників послуг у державному секторі (з об'єднанням або без нього), які з них можуть бути приватизовані; які мають

залишатися як заклади інтенсивного лікування, а які повинні бути перепрофільовані для лікування хронічних захворювань або довгострокового догляду.

Після створення плану, уряд матиме додаткові аргументи, щоб вирішити, чи започатковувати радикальні кроки, чи використовувати методи еволюційного шляху розвитку, зважаючи на реакцію ключових зацікавлених сторін після закінчення розробки плану (див. нижче «Автономія постачальника» в розділі «Управління»). Варто підкреслити, що необхідно розглянути інші механізми управління та фінансування лікарень. Наприклад, лабораторні, діагностичні, а також немедичні послуги (харчування, пральня, прибирання тощо), є природними кандидатами для державно-приватного партнерства. Неурядові організації в Україні довели свою ефективність у наданні профілактичних та соціально-медичних послуг при ВІЛ/СНІД. Досвід та можливості таких НУО можна використовувати для надання тих самих послуг за рахунок державного замовлення, хоча для цього, ймовірно, знадобиться додаткове громадське обговорення.

Держава повинна сформувати політику існування високотехнологічних центрів, яких не може бути багато, але вони повинні забезпечувати доступ до сучасних технологій та ставати центрами розвитку і агентами змін. Передбачається, що такі заклади першими повинні відмовитися від державного утримання та перейти на виконання державного замовлення із диверсифікацією джерел фінансування. В цілому Генеральний план лікарень має включити положення та вимоги до таких центрів для уникнення їх ізольованості або монополії.

Громадське здоров'я

Повноваження та функції держави у сфері громадського здоров'я будуть переглянуті разом із відповідним законодавством. Планується переорієнтувати систему від тотального контролю (ліквідація СЕС) на підвищення відповідальності за збереження здоров'я та промоцію здорового способу життя, зміцнення соціальної свідомості та формування готовності протистояти надзвичайним подіям у сфері громадського здоров'я, наприклад, епідеміям.

Основною функцією держави у сфері громадського здоров'я повинна бути розробка політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я.

Шляхом внесення змін до законодавства держава буде ініціатором та сприятиме громадським ініціативам, що спрямовані на зменшення впливу критичних факторів ризику для здоров'я (наприклад, шляхом посилення законодавства щодо заборони паління у громадських місцях; проведення роз'яснювальних робіт про необхідність зменшення споживання транс-жирів; введення обов'язкової вимоги щодо використання шоломів при керуванні мотоциклами, велосипедами та скутерами; заохочення до здорового способу життя та правильного харчування; підтримки розвитку фізкультури і спорту).

Буде сформульовано такі пріоритети громадського здоров'я, як нагляд та моніторинг захворюваності, реагування на спалахи хвороб, вакцинація, лабораторна діагностика загроз для здоров'я, безпечність води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності (включаючи вплив чинників навколишнього середовища та виробництва).

▶ Туберкульоз, ВІЛ-інфекція та вірусні гепатити протягом тривалого часу лишатимуться пріоритетами громадського здоров'я. Здоров'я матері та дитини, статеве, репродуктивне та психічне здоров'я повинні бути відображеними у стратегічному плані розвитку громадського здоров'я.

З метою вдосконалення стратегічного планування у сфері громадського здоров'я, забезпечення відповідного оперативного управління, консолідації даних щодо його охорони, які надходитимуть від багатосекторальної системи громадського здоров'я, буде створено Національний центр контролю за захворюваннями і громадським здоров'ям шляхом злиття ряду наявних закладів та установ.

Реструктурування передбачатиме створення регіональних (обласних) центрів громадського здоров'я та єдиної лабораторної мережі реагування на загрози у даній сфері.

Міцна місцева інфраструктура служби громадського здоров'я, що пов'язана з Центром контролю за захворюваннями на національному рівні та включає структури первинної медичної допомоги, може зіграти значну роль у досягненні коротко-строчкових результатів (скринінг на онкологію, зменшення споживання солі та підвищення фізичної активності з метою запобігання серцево-судинним захворюванням).

Глава 22 Угоди про асоціацію між Україною та ЄС також слугуватиме одним із керівних документів для зміцнення громадського здоров'я. Подальший розвиток буде здійснюватися відповідно до Європейського плану дій щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я, який пропонує набір із 10 горизонтальних оперативних функцій громадського здоров'я, що можуть стати єднальною основою для всіх зацікавлених сторін відносно встановлення, моніторингу та оцінки заходів політики, стратегії і дій зі зміцнення громадського здоров'я.

Служба екстреної допомоги

Лише після формування нової мережі системи охорони здоров'я (передусім оптимізації лікарень (див. відповідний розділ «Реформа мережі лікарень»), можна буде прийняти рішення щодо раціонального реструктурування служби екстреної допомоги (на підставі визначених маршрутів пацієнтів). Пропозиції щодо розвитку Національного центру (інституту) екстреної допомоги, включаючи обласні центри екстреної медичної допомоги, обласні інформаційно-довідкові служби та телемедицину, повинні розглядатися у середньостроковій перспективі. Водночас необхідно зосередитися на формуванні засад розвитку професійної та непрофесійної екстреної допомоги, прищепленні й розвитку навичок персоналу і пересічних громадян щодо надання екстреної допомоги, на перегляді національних протоколів та алгоритмів її надання, формування навичок парамедиків у інших службах екстреного реагування (співпраця з МВС, пожежною охороною, службою надзвичайних ситуацій).

Стоматологічна допомога

Стоматологічна допомога повинна зберегти свою відокремленість та відноситися до медичної допомоги первинного контакту. Держава має замовляти нові підходи до стоматологічних послуг, стимулюючи цільові профілактичні заходи, спрямовані

на формування гігієнічних навичок догляду за ротовою порожниною. Варто зазначити, що розвиток стоматології без прямого контролю з боку держави за останні двадцять років відзначився значним прогресом технологій та зростанням приватних інвестицій до цього сектору. Тому втручання держави буде обмежуватися ліцензуванням діяльності через залучення професійних асоціацій та спілок.

Фінансування системи охорони здоров'я

Джерела фінансування

Збільшення державних витрат без зміни інфраструктури не забезпечить вирішення наявних проблем. Потрібно докласти зусиль для перерозподілу наявних ресурсів і підвищення ефективності системи. Для виходу з економічної кризи у короткостроковій перспективі урядом України має бути запропоновано комплекс жорстких заходів. Це матиме суттєвий вплив на доступність медичної допомоги, тому заходи зі збільшення ефективності використання бюджетних коштів повинні стати суттю реформи фінансування галузі.

Додаткові джерела фінансування та нові організаційні моделі об'єднання коштів (наприклад страхування) повинні розглядатися лише після того, як перехідний процес буде належним чином підготовлено. Джерелом більшої частини фінансування повинні залишитися надходження з загального оподаткування із поступовим зменшенням готівкових платежів пацієнтів. Цільові податки на алкоголь/тютюн та шкідливі для здоров'я продукти повинні пропонуватися як додаткове джерело грошових ресурсів, асигнованих, передусім, на відшкодування (реімбурсацію) ліків та розвиток первинної медичної допомоги.

Розподіл функцій покупців та постачальника послуг; закупівельне агентство

У короткостроковій перспективі зростання ефективності використання коштів буде зумовлене тим, що держава відійде від прямого управління фінансуванням закладів охорони здоров'я, які будуть надавати послуги на основі договору і узгоджених схем відшкодування.

Корупція під час тендерів є надзвичайно болючим питанням, яке шкодить репутації системи охорони здоров'я та влади в цілому. На практиці, одним із найбільш відомих та швидких способів вирішення серйозних проблем, пов'язаних із корупцією при закупівлі більшості лікарських засобів, є аутсорсинг міжнародних організацій, що виконують такі завдання на замовлення уряду. Це рішення приносить і економічні переваги у зв'язку з обсягом закупівель, що проводять міжнародні організації (наприклад, ЮНІСЕФ є найбільшим у світі покупцем вакцин, а ВОЗ може забезпечити пільгові ціни на окремі препарати).

Закупівля фармацевтичної продукції, однак, є лише малою частиною усієї системи закупівель, яка повинна існувати у державі. З цією метою пропонується створення На-

- ▶ ціонального агентства з питань фінансування охорони здоров'я (точна назва може бути визначена згодом). Агентство повинно бути недержавною напівавтономною структурою, на чолі з правлінням, до складу якого увійдуть представники уряду та інших компетентних сторін. Агентство займатиметься закупівлями медичних послуг, проведенням переговорів із їх постачальниками та забезпечуватиме централізовані платежі за виконані послуги. Таке агентство може в установленому порядку укладати контракти зі страховими компаніями, відповідати за закупівлю державних послуг у сфері громадського здоров'я тощо.

Об'єднання коштів

Враховуючи, що основний обсяг державного фінансування охорони здоров'я надходить із джерел загального оподаткування, початкове об'єднання коштів буде відбуватися на центральному рівні. З метою підвищення ефективності та відповідно до принципів децентралізації, основна частина центрального бюджету буде передана до регіонів (у агентства з фінансування охорони здоров'я регіонального рівня).

Таким чином, необхідно знайти баланс між певною консолідацією фінансів на центральному рівні для окремих національних програм (наприклад економії за рахунок обсягів закупівель медикаментів) та збільшенням відповідальності місцевої влади. Закупівля медичних послуг за державні кошти повинна відбуватися у першу чергу на регіональному рівні у рамках визначеного регуляторного поля. Важко передбачити, яке рішення може бути найбільш збалансованим, однак виваженою альтернативою може бути створення багаторівневого агентства з фінансування охорони здоров'я з істотною автономією на обласному рівні, що вестиме переговори щодо контрактів із усіма юридичними та фізичними особами, які надають послуги.

Перехід від постатейного фінансування до системи оплати за надані послуги

Для підвищення ефективності система повинна відмовитися від постатейного фінансування. Планується запровадити механізми оплати, що забезпечать стимули для медичних працівників реагувати на потреби пацієнтів, не залишаючи жодного без відповідної допомоги, при цьому досягаючи ефективності та економії витрат. Вдалим варіантом для оплати праці на первинному рівні є зважені подушні платежі з коригуванням на послуги і продуктивність (точніше, подушна оплата з урахуванням віко-статевих коефіцієнтів, тобто подушна змішана оплата плюс оплата за послуги, плюс оплата за результат). У рамках спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги головним буде принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Першим кроком у реформі системи фінансування на перехідний період є запровадження глобального бюджету для лікарень із подальшим переходом до системи оплати за пролікований випадок. Великою перевагою введення глобального бюджету є також отримання достовірної базової інформації про видатки. Лікарням буде надано право самостійно використовувати свої заощадження, перепрофільовуючи їх для інших цілей або переносючи на наступні роки¹¹. Запровадження системи оплати за випадок стимулюватиме лікарні до підвищення ефективності лікування станів і хвороб, оскільки

¹¹ Частково передбачено в діючому законодавстві з 1 січня 2015 року

лікарня буде отримувати відшкодування у межах розрахунків, необхідних для лікування конкретного випадку (що унеможлиблює надання непотрібних послуг або заохочення пацієнтів до тривалої госпіталізації). Використання такого інструменту як діагностично-споріднені групи (ДСГ) дозволяє порівняти продуктивність лікарень та удосконалити систему контролю якості. Таким чином заклади будуть фінансово мотивовані використовувати доказові (ефективні) методи лікування, позбавитися непотрібних процедур, що в кінцевому рахунку вирішить проблему з надмірною кількістю ліжок та/або кількістю відділень.

Підтримка приватного сектора є важливим кроком у розвитку системи оплати та управління галуззю (див. також розділ «Управління»).

Впровадження медичного страхування

Під час першої фази реформи охорони здоров'я група не рекомендує вдаватися до радикальних змін щодо збору коштів (наприклад, запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування).

Однак створення сприятливих умов для розвитку медичного страхування у довгостроковій перспективі є обов'язковим. Із цією метою важливим є перенесення внесків роботодавців на медичне страхування з графі оподатковуваного прибутку до графі витрат. Проте в першу чергу, необхідно запровадити відповідне нормативне урегулювання та систему моніторингу, щоб не створювати інші схеми ухилення від оподаткування і не запровадити систему страхування з недосконалим або неповним охопленням. З часом надходження, отримані від медичного страхування, повинні покращити фінансову ситуацію в системі охорони здоров'я та полегшити навантаження на бюджет.

Протягом кількох років, коли необхідно зосередитися на реформуванні принципів і механізмів розподілу ресурсів й реформі платежів (див. вище), група рекомендує суттєво не змінювати джерела фінансування. Протягом цього періоду часу необхідно підготувати розрахунки для двох пакетів послуг, які можуть фінансуватися за рахунок державних коштів.

1. «Універсальний нестраховий пакет» (УНП) включає профілактичні програми та медичну допомогу, які фінансуються державою незалежно від місця проживання чи фінансової спроможності громадян. Універсальні нестрахові послуги включатимуть у себе ряд медичних послуг, які історично фінансувалися державою, галузь громадського здоров'я, випадки хронічних захворювань, що не покриваються страховим полісом, а також ризики, пов'язані з катастрофічними витратами на лікування. Покриття пакету може включати:
 - a. Громадське здоров'я (щеплення, туберкульоз, ВІЛ);
 - b. Психічне здоров'я;
 - c. Рідкісні захворювання;
 - d. Ургентне лікування незастрахованої частини населення;
 - e. Покриття катастрофічних витрат на охорону здоров'я, що перевищують певний поріг;

- ▶ 2. «Державний страховий пакет». У межах цього пакету держава забезпечує ширше медичне страхування для вразливих верств населення у рамках наявних ресурсів.

На першому етапі, Міністерство розробить розрахунки для УНП, зокрема: список послуг, що фінансуються державою; визначення ринкової ціни УНП; визначення суми спільних платежів із урахуванням соціально-економічного статусу тих, хто отримує допомогу (наприклад, пенсіонери, безробітні, інваліди).

Наступним кроком після розрахунку Універсального нестрахового пакету є розрахунок бюджетних ресурсів для придбання пакетів послуг із медичного страхування для вразливих груп населення.

Бенефіціари (пацієнти) зможуть вільно обирати страхові компанії, що беруть участь в урядовій програмі; уряд і страховики погодять мінімальний набір послуг та стандарти послуг страхового пакету.

Управління

Реформування Міністерства охорони здоров'я

Відповідно до європейських прагнень України, роль держави у роботі системи охорони здоров'я буде обмежено; МОЗ повинно позбавитися невластивих управлінських функцій, таких як закупівлі, управління лікарнями, обслуговування та ремонт закладів, і зосередитись у першу чергу на розробці політики і плануванні. МОЗ має зберегти три основні функції:

- управління системою охорони здоров'я через політичне лідерство та розробку стратегій, координацію генерального плану лікарень, визначення пріоритетності національних програм у галузі охорони здоров'я і обговорення пріоритетів із основними зацікавленими сторонами (у деяких країнах, наприклад, створені окремі агентства з реалізації національних програм та служби посередництва, що вирішують конфлікти між постачальниками послуг, пацієнтами та державою);
- регуляторний нагляд за усіма видами діяльності, що пов'язані з охороною здоров'я, включаючи закупівлю послуг. Цю функцію можна виконувати через представництво МОЗ у правлінні відповідних новостворених агентств, наприклад, Агентство з ліцензування та акредитації медичної практики, Фармацевтичне агентство (відповідальне за реєстрацію фармацевтичної продукції, фармнагляд); Агентство оцінки технологій в охороні здоров'я (перелік примірний) тощо;
- забезпечення інформації у сфері охорони здоров'я, прозорості та підзвітності, епідеміологічного нагляду/екстреного реагування. Епідеміологічний нагляд буде здійснюватися мережею лабораторій і обласних управлінь Національного центру контролю за захворюваннями і громадським здоров'ям.

У кожному випадку, МОЗ повинно забезпечувати доступну, достовірну, правдиву, своєчасну і прозору інформацію про здоров'я для всіх громадян. Так само МОЗ га-

рануватиме нагляд і захист скарг пацієнтів у закладах охорони здоров'я, публікуватиме дані про порівняльну ефективність та результативність роботи закладів.

Інституційне перепрофілювання

Склад МОЗ і його внутрішня структура у майбутньому повинна відображати нові задачі. Міністерство повинно більше комплектуватися спеціалістами з аналізу та комунікацій, ніж управлінцями та бухгалтерами (мозок повинен переважати над м'язами). За визначенням, будучи складовою виконавчої влади, МОЗ повинно підтримувати відкритість процесу формування політики, зосередитися на внутрішніх регламентах і аудиті, створювати нові канали відкритого діалогу з громадськістю. Одним із варіантів створення ефективнішої нормативної бази і вдосконалення управління буде організація спеціального підрозділу з чіткою програмою і повноваженнями для запровадження національних стандартів електронної системи охорони здоров'я та обміну даними на основі міжнародних стандартів HL7/CDA та IHE.

Так само заклади охорони здоров'я та місцеві органи влади пройдуть процес інституціонального розвитку за напрямками: 1) розробка власного плану розвитку; 2) оцінка результатів із застосуванням сучасних інформаційних і комунікаційних технологій; 3) підзвітність і використання медичної інформації; 4) забезпечення якості; 5) співпраця з пацієнтами та залучення до управління представників громадянського суспільства.

Буде підтримуватися і розвиватися професійне самоврядування.

Повинні розвиватися партнерські відносини з приватним сектором у сфері високотехнологічних послуг, особливо там, де приватний сектор має порівняльну перевагу, оскільки може стати економічно більш вигідним. У цілому, розвиток державно-приватного партнерства повинен керуватися прагматичним підходом, що базується на доказовій медицині, без протистояння між державним і приватним секторами.

Автономність постачальників послуг

У більшості розвинених країн фінансування і доходи постачальників послуг залежать від обсягу та якості послуг, переважно на основі вільного вибору споживача, а не на підставі бюрократичних уподобань. Лікарні та медичні працівники матимуть управлінські й фінансові повноваження реінвестувати в інфраструктурні або технологічні зміни, при цьому за ними повинна залишитися відповідальність за витрати державних грошей. Важливо також, що вони зможуть диверсифікувати свої джерела доходів на додаток до державних виплат (наприклад, завдяки новим медичним послугам, таким як пластична хірургія, або ширшому залученню послуг приватних страхових компаній у майбутньому).

Автономію закладів охорони здоров'я потрібно збільшити у трьох основних сферах: фінансове управління, делегування управлінських повноважень і планування розвитку послуг. Необхідно зробити багато кроків у цьому напрямку, в тому числі визначити ступінь делегованих повноважень, розробити законодавство, переглянути систему фінансового управління, створити систему контрагування та оцінки результатів, визначити кадрову політику і перехідні умови, провести відбір і підго-

▶ товку управлінців. Успіх тут потребує командного підходу, що передбачає участь усіх можливих партнерів та бенефіціарів.

З політичної точки зору, темпи змін та перетворень у лікарнях є болючим питанням. Прихильники радикальних змін виступають за різкі заходи для скорочення тривалості періоду невизначеності. Стандартного вирішення цієї дилеми немає, але міжнародний досвід (особливо у світлі європейських реформ) більше схиляється до пропозицій поступових перетворень задля уникнення незворотних змін та відлякування потенційних союзників. **Проміжним, прийнятним рішенням буде розширення прав і можливостей контрольованої кількості «незалежних» менеджерів, що очоляють групи лікарень, об'єднавши їх у невеликі мережі під єдиним управлінням; менеджери повинні мати свободу для запровадження інновацій і прийняття рішень стосовно оптимізації послуг із чіткими принципами підзвітності та можливістю використання методу проб і помилок. Тим часом всі зацікавлені сторони визначаються зі своїми позиціями, а МОЗ матиме час для прийняття рішення.**

Регуляторна роль держави буде обмежена встановленням певних вимог до інфраструктури та стандарту якості послуг. Задоволення встановлених норм буде гарантією для входження і діяльності на ринку. Враховуючи європейські прагнення України, уряд збереже поточні нормативні вимоги і визнає вимоги всіх держав-членів ЄС щодо лікарень та закладів охорони здоров'я. Будь-який з цих стандартів (європейський чи український) повинен нарівні визнаватися для надання дозволу на провадження медичної практики.

Інші важливі сфери системи охорони здоров'я

Контрактування персоналу

Головним активом будь-якої системи є люди. Щоб відновити мотивацію медичного персоналу і встановити справедливу винагороду у медичному секторі, потрібно реалізувати загальний план реформ у напрямку відповідності європейським стандартам. У тому числі це стосується системи до- та післядипломної освіти лікарів, медичних сестер й іншого персоналу.

В українській системі охорони здоров'я необхідно встановити чіткі межі між отриманням диплому та структурою кадрів, яка може бути створена на основі структури надання послуг; у такому процесі вирішальне значення матимуть доступне фінансування, автономія лікарень і конкурентоспроможність кадрів.

Необхідно припинити фінансування Академії медичних наук як бюджетної організації, а вищі навчальні заклади повинні працювати під егідою Міністерства освіти (доки норми Закону про вищу освіту щодо університетської автономізації наберуть сили); зарахування до навчального закладу повинно ґрунтуватися на загальних критеріях вступу: зовнішнє незалежне оцінювання з відповідними гарантіями прозорості, справедливості та неупередженості.



Єдиним методом вирішення питання кількості, компетенції та структури лікарів, медсестер, провізорів, менеджерів охорони здоров'я є переговори з відповідними професійними об'єднаннями. Проведення адміністративних скорочень «зверху вниз» або запровадження радикальних механізмів конкуренції можуть бути неприйнятними з різних причин, проте зміни все ж таки потрібні. Тільки проведення реформи надання послуг та фінансової реформи галузі дозволять у перспективі побачити всі доступні варіанти дій.

Навчання та підвищення кваліфікації

Кар'єрний розвиток має бути конкурентоспроможним, прозорим та базуватися на результатах. Це вплине на зменшення кількості медичних спеціальностей, а професійне саморегулювання почне відігравати важливу роль. Відправною точкою тут має бути відкритий онлайн-реєстр діючих лікарів.

Також медичні працівники укладатимуть контракти з певним закладом (а не з державою), для яких конкурентоспроможна процедура найму, орієнтована на результат, повинна бути ключовою. Протягом перехідного періоду, що пов'язаний з реформуванням сфери надання послуг (див. вище), рівень заробітної платні залежатиме від домовленостей між державою, закладами охорони здоров'я і професійними об'єднаннями, але в майбутньому рівень зарплати повинен визначатися ринком, як тільки це стане можливим.

Узагальнений попит на управлінський персонал буде вирішено на конкурсній основі, беручи до уваги професійну компетентність менеджменту. Управлінцям, що працюють у сфері охорони здоров'я, будуть запропоновані окремі магістерські програми в університетах та курси підвищення кваліфікації, їм буде забезпечений доступ до дистанційного навчання, яке набирає популярності в країнах ЄС.

Фармацевтичний сектор

Мета фармацевтичної реформи полягає у тому, щоб зробити ліки безпечними, доступними та ефективними. Виконання і контроль за дотриманням стандартів, правил і норм відповідно до принципів належних практик (GMP, GCP, GDP, GPP тощо) стає обов'язковим правилом ЄС. Підписання документу про асоціацію з ЄС, таким чином, означає запровадження ряду важливих змін, які будуть розпочаті або продовжені в Україні.

Враховуючи високий рівень експертизи, що проводиться регуляторними органами країн високих стандартів (Сполучених Штатів Америки, Швейцарії, Японії, Австралії, Канади або Європейського Союзу), буде запроваджено механізм визнання результатів експертизи реєстраційних матеріалів лікарських засобів, що пройшли процедуру реєстрації у регуляторних агентствах зазначених вище країн. Такий захід дозволить підвищити фізичну доступність лікарських засобів за рахунок спрощення зазначеної дозвільної процедури.

У країнах ЄС взаємне визнання та угоди про паралельний імпорт широко використовуються на фармацевтичному ринку. Ціни на ліки суттєво відрізняються у країнах ОЕСР, оптовики просто шукають для імпорту найдешевші ціни серед наявних.

► Орган центральної влади, уповноважений здійснювати ліцензування суб'єктів господарювання, сприятиме розширенню мережі оптових та роздрібних аптек, зменшенню кількості бюрократичних і законодавчих бар'єрів, що стримують входження нових компаній на ринок (наприклад, шляхом спрощення системи ліцензування, введення процедури нотифікації — декларування відповідальності під час старту бізнесу тощо). При цьому сертифікація GMP повинна бути спрощена, чому сприяє членство України в PIC/S.

Офіційні дані показують, що поточні витрати на ліки в Україні становлять приблизно \$4-4,5 млрд, тобто близько 30% від загальних витрат на охорону здоров'я; державні закупівлі складають лише невелику частку від загальних фармацевтичних витрат. Враховуючи динамічний характер сектору, можна припустити, що результати пропонованої реформи будуть відносно швидко сприйматися громадськістю, що забезпечить підтримку процесу реформ.

У результаті лібералізації ринку, контроль за цінами на ліки виглядатиме як надлишковий політичний інструмент, беручи до уваги економічні проблеми і важливість вітчизняного виробництва (найбільшого колишньому СРСР). При цьому у перехідний період може залишитися механізм державного регулювання цін на лікарські засоби Національного переліку основних лікарських засобів (ОЛЗ). Однак, протягом впровадження реформи, він повинен бути вдосконалений шляхом:

- запровадження процедури реєстрації ціни відповідно до стандартів ЄС;
- зовнішнього реферування цін — для оригінальних лікарських засобів; ціноутворення, що базується на генеричності препарату — для генериків;
- встановлення ціни відшкодування шляхом внутрішнього реферування цін;
- моніторингу наявності та доступності лікарських засобів для населення України.

Національна політика щодо лікарських засобів буде ґрунтуватися на концепції життєво необхідних лікарських засобів. Ціноутворення та відшкодування (реімбурсація) повинні обмежуватися Національним переліком основних лікарських засобів. В умовах недостатнього фінансування, Національний перелік ОЛЗ повинен бути тотожним переліку ОЛЗ, рекомендованому ВООЗ.

Національні виробники лікарських засобів будуть заохочуватися до виробництва препаратів, які мають важливе державне значення та входять до оновленого Національного переліку ОЛЗ.

З часом електронні тендери, оновлена система закупівель і відкриті можливості для торгів уможливають участь на ринку для міжнародних компаній — нерезидентів України.

Для зменшення витрат на лікарські засоби держава підтримуватиме непрямі механізми впливу:

- на рівні лікарів — шляхом запровадження та удосконалення протоколів медичної допомоги та формулярів; моніторингу споживання ліків, призначених лікарями; формування бюджету для відшкодування, удосконалення системи об'єктивного фармагляду;
 - на рівні фармацевтів та провізорів — через підтримку генеричної та терапевтичної заміни; здешевлення за рахунок паралельного імпорту;
-

- ▶ на рівні пацієнтів (позитивні та негативні переліки ліків для реімбурсації та гарантовані «кошики» послуг; співплатіж за ліки та медичні послуги; медичне страхування, в т.ч. додаткове медикаментозне страхування). Для амбулаторного сектору запровадження спільних платежів за принципом механізму реімбурсації стане стандартом у відповідності до вимог Європейського союзу.

Поліпшення медичної інформації; інформатизація охорони здоров'я

Інформація є важливою частиною вдосконалення управління. Зміцнення інформаційних технологій підвищує якість даних, обмін, використання та поширення знань й інформації. Це, у свою чергу, сприятиме підвищенню прозорості, підзвітності та економічної ефективності надання послуг. Нові ІТ-послуги на рівні МОЗ значно б зміцнили потенціал у сфері планування, реалізації і моніторингу програм у галузі охорони здоров'я, особливо в області профілактики та боротьби з НІЗ, враховуючи їх епідеміологічну значущість. У середньостроковій перспективі будуть розроблені технічні та архітектурні характеристики для інтеграції даних охорони здоров'я на різних рівнях, що пов'язані з загальною стратегією реформи охорони здоров'я.

Хоча МОЗ не буде безпосередньо займатися комп'ютеризацією закладів охорони здоров'я, що працюють як автономні одиниці, воно може створити сприятливе середовище (наприклад, шляхом організації ІТ-освіти для лікарів і встановлення стандартів у сфері інформатизації охорони здоров'я). Центральні референтні реєстри також дозволять спільне використання базових кодів і даних, визначених відповідними нормами і правилами. Реєстри включатимуть:

- довідники медичних даних;
- реєстр постачальників медичних послуг;
- реєстр медичних працівників;
- реєстр медичних послуг;
- систему кодів діагнозів (ICD-10, ICD-10-AM) та процедур (ACHI).

На рівні постачальника послуг, сприяння комп'ютеризації і підключення до Інтернету є однією з головних вимог, починаючи з рівня ПМД. З часом МОЗ визначить вимоги використання інформаційних технологій для всіх постачальників, а відповідно до ширших цілей реформи — стандарт розвитку національної інформаційної системи, окрім цього розробить поетапну стратегію для його запровадження, починаючи з введення управлінського обліку та контролю хронічних захворювань, здоров'я матері і дитини і пріоритетних інфекційних захворювань.

Якщо дозволять ресурси, система унікальної ідентифікації пацієнта (UPID) і послуг також матимуть велике значення у підтримці організаційної реформи, а також у поліпшенні планування на різних рівнях і формах допомоги. Нові послуги електронної системи охорони здоров'я (наприклад ePrescription, eConsultation, профілактичний моніторинг, ведення хронічних хворих) можуть також підвищити доступність та якість медичних послуг для громадян, підтримати ефективніший процес обслуговування для постачальників послуг і поліпшити розподіл ресурсів. Створення безпечного обміну даними дозволить поєднати різні інформаційні системи, які можуть працювати через різні протоколи, у тому числі системи, що надаються приватними компаніями. ■

4 Побудова нової системи охорони здоров'я: розробка програм та план дій

Стратегія має стати фундаментом для створення детального плану дій реформування сектору охорони здоров'я з пропозиціями на короткострокову, середньострокову і довгострокову перспективу. Зміни будуть досягнуті шляхом:

- I. Реалізації невідкладних заходів протягом 2015-2016 років;
- II. Періоду адаптації, що триватиме у подальші роки.

Пропозиції щодо реалізації детальних заходів у демократичному суспільстві повинні зі зрозумілих причин бути прозоро представлені і обговорені з населенням. Потрібен внесок кожного: політичні партії, громадянське суспільство, професійні асоціації, засоби масової інформації повинні мати можливість дізнатися і обговорити усі запропоновані нововведення. Фрагментарне реформування неефективної роботи закладів охорони здоров'я — це питання, яке неможна вирішити нашвидкуруч, але різні партнери по-різному оцінюють ступінь терміновості реформування.

План дій також повинен вказувати на послідовність реформ (деякі процеси мають закінчуватися і починатися у певному порядку), а окремі програми з переліку обов'язкових заходів, підкріплені планованими витратами, мають конкретизувати зазначені стратегічні напрямки (надання послуг; фінансування галузі; управління; людські ресурси; доступ до технологій, ліків, вакцин; інформатизація). Зміцнення функції закупівель послуг на обласному рівні є саме таким прикладом. Заклади повинні й надалі перебувати у власності місцевих органів влади, які мають забезпечувати наглядову функцію через участь у наглядовій раді, як це має бути передбачено у новому Законопроекті про заклади охорони здоров'я. Керівники повинні в свою чергу нести відповідальність за повсякденне управління закладами, визначати найефективніший спосіб організації надання медичних послуг. Їх фінансування може бути консолідоване на обласному рівні, щоб тільки один щабель влади міг планувати систему надання послуг і оптимізувати її, поки не будуть прийняті більш конкретні рішення.

Тільки завдяки цьому підходу буде досягнуто консенсусу і забезпечений стійкий розвиток після проведення необхідних комплексних реформ у найближчі кілька місяців і років. План першочергових дій, що описаний нижче, слід розглядати тільки як можливий попередній список для сприяння політичного діалогу всередині уряду і в суспільстві. Уряд і ключові зацікавлені сторони повинні затвердити його, вдавшись до раціонального, добре зваженого процесу обговорення та прийняття рішень. Детальний план дій має включати такі елементи:

1. Розробка цілей: основні цілі повинні бути розділені на проміжні;
2. Визначення продукту: досягнення цілей потребує чіткого окреслення фінальних продуктів і результатів;
3. Визначення заходів та завдань: досягнення цілей вимагає детального визначення заходів та завдань, які будуть впроваджуватися;
4. Організаційні завдання: кожне завдання (група завдань) повинне бути закріплене за відповідальною особою або закладом;
5. Необхідні ресурси: потрібно визначити потреби у фінансових та інших ресурсах;
6. Терміни: необхідно мати послідовність та графік заходів;
7. Механізми моніторингу та оцінки: які показники будуть використовуватися для оцінки прогресу, і коли це буде зроблено.

Нижче наведені деякі пропозиції для майбутнього детального плану дій.



► Короткострокові дії (2015-2016 рр.)

- Створити під керівництвом МОЗ та у тісній співпраці з Президентом та Верховною Радою, механізм/майданчик для запровадження скоординованих дій на національному рівні з залученням усіх наявних ресурсів. Розпочати координацію допомоги донорів.
- Створити декілька оперативних груп, що будуть основою реформи системи охорони здоров'я, з метою подальшого перетворення стратегії у плани дій.
- Прискорити законодавчі зміни, покликані дозволити необхідні нагальні дії:
 - Положення Кабінету Міністрів України № 776 від 18 вересня 2013 року «Про схвалення Концепції розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я» визнається недійсним.
 - Наказ № 33 від 23 лютого 2000 року «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» буде скасовано.
- Необхідно знайти вирішення питання, пов'язаного зі статтею 49 Конституції України, буквальне тлумачення якої виключає проведення будь-якої реформи у сфері охорони здоров'я.
- Створити Національне агентство з питань фінансування охорони здоров'я, відповідальне за закупівлю медичних послуг, яке також здійснюватиме нагляд за фармацевтичними закупівлями в країні.
- Провести дослідження економічної доцільності підвищення податків на алкоголь та тютюн, що резервуються для спеціальних цілей.
- Сформувати систему громадського здоров'я на основі відповідного законодавства.
- Розробити політику надання цільових пільг малозабезпеченим і хронічно хворим пацієнтам. Встановити гарантований рівень безоплатної медичної допомоги, після чого можна уповноважити лікарів та лікарні отримувати плату за надання медичних послуг; переглянути законодавство, що регламентує платні послуги.
- Розширити практики відшкодування цін на медикаменти у рамках амбулаторного лікування.
- Розпочати реструктурування закладів охорони здоров'я із урахуванням принципів інтенсивності лікування. Усунути дублювання і скоротити потребу в ліжках відповідно до дійсних норм.
- Розпочати пробне застосування нових механізмів оплати у центрах первинної медичної допомоги та двадцятих лікарнях.

- ▶ ■ Провести заходи із детального моніторингу і оцінки майбутніх дій. МОЗ має бути готовий до постійного коригування дій, адже реформи не є одноетапним процесом, та перешкоди, що трапляться на цьому шляху, доведеться постійно коригувати.
- Встановити інституційні принципи самоврядування лікарів.
- Ухвалити Закон України «Про заклади охорони здоров'я та медичну допомогу (медичне обслуговування)», «Про професійну відповідальність та медичне самоврядування», «Про соціальне медичне страхування».
- Підготуватися до процесу прийняття рішень щодо заходів, які необхідно схвалити протягом 2017-2020 років (див. нижче).

Середньострокові дії (2017-2018 рр.)

- Здійснити функціональне реструктурування центральних та регіональних органів управління у сфері охорони здоров'я, підвищуючи кваліфікацію персоналу, який повинен бути готовий працювати у нових умовах.
- Підтримати якісні зміни у системі ПМД. Продовжувати підготовку персоналу та професійний розвиток.
- Покращити інструменти та механізми забезпечення прозорості та звітності, пов'язані з автономністю закладів охорони здоров'я. Ввести конкурсну основу для підбору керівників.
- Дедалі масштабніше використовувати нові механізми фінансування для оплати послуг, вводячи договірні відносини між закладами охорони здоров'я і покупцем, та винагороджуючи медичний персонал відповідно до обсягу та якості їхньої роботи.
- Переглянути норми гарантованого обсягу медичної допомоги, вводячи програмно-цільовий метод фінансування; створити підґрунтя для реалізації системи фінансування на основі ДСГ у ключових лікарнях;
- Продовжити розробку нових стандартів, що базуються на засадах науково-доказової медицини, уніфікованих клінічних протоколів і маршрутів пацієнта.
- Розширити систему обліку та звітності шляхом поступового переходу до електронного документообігу через модернізацію управлінської інформації.
- Розробити нову регуляторну базу для приватно-публічних партнерств у сфері охорони здоров'я.



► Довгострокові дії (2018 р. і далі)

- Схвалити закони про систему керування якістю послуг в охороні здоров'я, що враховує постанови ЄС.
- Розробити ряд законодавчих актів про стандарти, правила та норми системи забезпечення якості медичної допомоги та доступності лікарських засобів відповідно до постанов ЄС.
- Запровадити ліцензування діяльності лікарів та укладання із ними угод. Сприяти автономізації закладів охорони здоров'я за новою схемою та укладання угод із їх керівниками.
- Розпочати масштабніше фінансування з використанням ДСГ закладів охорони здоров'я.
- Продовжити розвиток системи безперервної освіти усфері охорони здоров'я. ■

Подяка

Документ підготовлено Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я.

Стратегічну дорадчу групу з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні (СДГ) було створено відповідно до наказу №522 Міністерства охорони здоров'я України від 24.07.2014. Створення СДГ стало результатом спільної ініціативи керівництва країни та Джорджа Сороса, засновника Міжнародного Фонду «Відродження». Суть ініціативи полягала в тому, щоб залучити висококваліфікованих фахівців із України, а також міжнародних експертів для надання консультативної допомоги урядові з приводу стратегічних підходів до реформування галузі, оптимального використання міжнародної допомоги, консолідації політики донорів із метою сприяння реформам в Україні та надання належної уваги нагальним проблемам у державі.

Після низки зустрічей та опрацювання проектів документів експертами СДГ, ця стратегія наразі узагальнює пропозиції, котрі були розроблені національними й міжнародними експертами або надійшли від представників зацікавлених сторін у ході громадського обговорення, та відображає легітимне бачення української спільноти щодо системи охорони здоров'я у майбутньому.

Документ включає аналіз ситуації, напрями реформування (розділи 1, 2 та 3), а також короткий виклад плану дій (розділ 4) щодо короткострокової перспективи — протягом перших двох років, а також протягом наступних років.

СДГ складається з координаційної ради та експертної групи. Членами координаційної ради (КР) є представники уряду України (МОЗ в особі Міністра охорони здоров'я), професійної асоціації (Всеукраїнське лікарське товариство), пацієнтської спільноти (Благодійний фонд «Пацієнти України»), а також міжнародних партнерів (Світовий Банк, ВОЗ, МФ «Відродження»).

Члени експертної групи були обрані за принципами прозорості, справедливого конкурсного відбору та професійної кваліфікації. КР розглянула майже 100 заявок та відбрала 12 експертів: Аїна Авіксу (Естонія), Тетяну Думенко (Україна), Антонію Дюрана (Іспанія), Романа Фіщука (Україна), Андрія Гука (Україна), Олександра Квіташвілі (Грузія), Володимира Курпіту (Україна), Олега Петренка (Україна), Миколу Проданчука (Україна), Тихомира Стрітцрепа (Хорватія), Ігоря Яковенка (Україна), Роберта Ёйтса (Велика Британія).

СДГ також висловлює особливу подяку секретаріату: Ользі Стефанишиній, Павлу Ковтонюку, Катерині Телегій, Інні Бойко, Олександрі Заховаєвій, Марії Маковецькій та Інні Голованчук за організаційну і технічну підтримку роботи групи.

Стратегічна дорадча група висловлює глибоку вдячність і щиру повагу міжнародним організаціям, які долучилися до розробки документу, надавши свій аналіз та коментарі до проекту Стратегії, а саме: Бюро ВОЗ в Україні, Світовому Банку (представництво в Україні, Білорусі та Молдові), Управлінню ООН з наркотиків та злочинності в Україні, Агентству США з міжнародного розвитку та окремим проектам — «Програма розвитку державно-приватного партнерства в Україні», «Системи покращеного доступу до лікар-



- ських засобів та фармацевтичних послуг в Україні», «Проект системи охорони здоров'я 2020», «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Фондації «Відкрите суспільство» (Програма громадського здоров'я (Нью-Йорк), Швейцарському бюро співробітництва в Україні, Глобальному фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією.

Особисту подяку висловлюємо представникам міжнародних партнерів, які вболівали за успіх проекту та підтримували Стратегічну дорадчу групу: Доріт Нітцан, Олександрю Поліщуку та Ігорю Перегінцю (Всесвітня організація здоров'я), Паоло Беллі (Світовий Банк), Євгену Бистрицькому, Олені Кучерук, Вікторії Тимошевській (МФ «Відродження»).

Окрему вдячність група висловлює Олегу Мусію, экс-Міністру охорони здоров'я України, який підтримав створення Стратегічної дорадчої групи та брав участь у її перших засіданнях.

Група також хоче подякувати громадським організаціям за надіслані коментарі та зауваження: Всеукраїнській громадській організації «Фармацевтична асоціація «ФАРМ-УКРАЇНА», Громадській спілці «Орфанні захворювання України», Первинній профспілковій організації комунального закладу «Дубенська центральна районна лікарня» Дубенського району Рівненської області, Громадській організації «Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів» та іншим.

Особливу подяку хочемо висловити експертам, які надали пропозиції та критичні зауваження до проекту Стратегії у ході засідань експертної групи та публічних обговорень: Костянтину Надутому (Київ), Ірині Сенюті (Львів), Марині Шевченко (Київ), Валерії Лехан (Дніпропетровськ), Радмилі Гревцовій (Київ), Зоряні Черненко (Київ), Еліоту Перлману (Київ), Анатолію Анчишкіну (Дніпропетровськ), Анні Ковальчук (Київ), Олені Беденко-Зваридчук (Київ), Юлії Чорній (Київ), Наталії Винник (Київ), Володимирі Короленку (Київ), Вікторії Краснощок (Київ), Ярославу Першегубі (Київ), Максиму Іонову (Київ), Валентині Очеретенко (Київ), Наталії Сергієнко (Київ), Сергію Михайлову (Київ), Леоніду Чернявському (Київ), Дмитру Алешку (Київ), Анні Яблучанській (Київ), Віктору Чумаку (Київ), Олегу Спіженку (Київ), Дмитру Репкові (Львів), Катерині Бакіко (Львів), Тетяні Ольховик (Київ), Сергію Коряку (Торонто), Віктору Скачку (Кременчук), Олені Рамазановій-Стьопкіній (Київ), Олексію Шершньову (Київ), Дмитру Тищенку (Донецьк), Олені Куценку (Київ), Олені Гордієнко (Київ), Денису Бількові (Київ), Ользі Чумаковій (Київ), Олександрю Братанову (Донецьк), Максиму Босенку (Черкаси), Юлії Трало (Київ), Віктору Бірюкову (Одеса), Ігорю Вітошинському (Закарпаття), Наталі Дяченко (Київ), Сергію Гриценку (Куп'янськ), Олегу Нежуріну (Харків), Борису Рогожину (Харків), Юрію Шереметі (Вінниця), Андрію Дуднику (Вінниця), Ганні Романко (Закарпаття), Олександрю Лемішку (Львів), Ярославу Хребтію (Вінниця), Андрію Ткачуку (Івано-Франківськ), Віктору Ляшенку (Куп'янськ), Дмитру Левченку (Львів), Наталі Рябцевій (Київ), Олегу Токарчуку (Коломия), Андрію Сіваку (Дніпропетровськ), Світлані Шульзі (Дніпропетровськ), Володимирі Степаненку (Дніпропетровськ), Роману Кузенкову (Харків), Івану Фуртаку (Львів), Костянтину Воробйову (Луганськ), Олександрю Коваленку (Київ), Петру Клименку (Київ) та іншим. ■

