

# Столична медицина: вчора, сьогодні, завтра */спеціальний нарис-есей/*

24 травня 2017 р. у хрещатому серці квітучого Києва, у пленарній залі засідань Київської міської ради відбулося засідання круглого столу «Про розробку Київської міської програми охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення». Статус заходу — і за форматом, і за змістом — цілком можна охарактеризувати як **«Парламентські слухання столичного рівня»**, в якому взяли участь народні обранці, посадовці Київської міськодержадміністрації, вчені Національної академії наук України, керівники усіх районних Департаментів охорони здоров'я та багатьох лікувально-профілактичних закладів столиці, представники підприємницьких, індустріальних та професійних кіл, широкої громадської спільноти, засобів масової інформації. Крізь призму обставин створення «Київської міської програми охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення» (далі — Програма) рельєфно постали питання якості теоретично-експертного обґрунтування (звісно, з доцільним використанням передового світового досвіду і керуючись сучасними міжнародними рекомендаційно-директивними документами), практичного відпрацювання, пілотування, моніторингу, корекції, валідації та подальшого реплікативного масштабування найкращих напрацювань у практику охорони здоров'я (парадигма/схематика Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)) — вони живо, змістово і професійно обговорювалися в ході фахового зібрання, організованого Постійною комісією Київської міської ради з питань охорони здоров'я та соціального захисту спільно з Київським відділенням Громадської організації «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення». А висновки, зроблені на прикладі столиці, наше переконання, будуть беззаперечно цікавими в усіх куточках нашої держави: як для організаторів охорони здоров'я, так і лікарів практичної ланки; як (насамперед) пацієнта зокрема, так і (вдругорядь) суспільства загалом. Звісно, Київ — столиця, на нього рівнятися... Але ж запитаймо себе: на кого рівнятися власне Київові?

До участі в обговоренні були запрошені депутати Київської міської ради, представники Української спілки промисловців та підприємців, Об'єднання організацій роботодавців України, Ліги страхових організацій України, Національної академії медичних наук України, роботодавців, промисловців, підприємців, профспілок, державної служби охорони праці, Головного управління гігієни харчування, профільних департаментів, управлінь та відділів Київської міської державної адміністрації та районних державних адміністрацій у місті Києві, лікувально-профілактичних закладів різних форм власності, громадських організацій.

Для обговорення було запропоновано такі питання:

- перспективи повного охоплення послугами охорони здоров'я населення міста Києва відповідно до завдань, сформульованих в Цілях сталого розвитку ООН;
- про проект розпорядження Кабінету Міністрів України (КМУ) «Про схвалення Концепції відновлення системи медицини праці в Україні та здійснення профілактичних заходів щодо запобігання професійним захворюванням і професійним отруєнням у працівників, зайнятих на виробництвах зі шкідливими умовами праці», оприлюднений Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України;
- актуальні питання охорони здоров'я та медичного забезпечення киян у контексті заявлених КМУ та МОЗ України намірів щодо реформування системи охорони здоров'я;
- аналіз результатів організації виконання в місті Києві наказів МОЗ України від 21.05.2007 р. № 246 «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» та від 23.07.2002 р. № 280 «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може привести до поширення інфекційних хвороб» у нових управлінських та соціально-економічних умовах з позиції роботодавців, промисловців, підприємців, лікувально-профілактичних закладів різних форм власності та інших заинтересованих учасників;
- шляхи оптимізації партнерських відносин між замовниками і підрядниками організації та проведення попередніх і періодичних профілактичних медичних оглядів та запобігання і подолання негативних явищ, наявних у цій роботі;
- оптимізація організації та проведення наркологічних і психіатричних профілактичних оглядів;
- роль добровільного медичного страхування в охороні здоров'я та медичному забезпеченні працюючого населення міста Києва;
- механізми й мотивації формування партнерських відносин між замовниками і підрядниками послуг з охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення;
- міжнародний досвід і наукове обґрунтування заходів щодо економічної та фінансової ефективності охорони здоров'я і медичного забезпечення працюючих;
- ставлення до власного здоров'я та здоров'я родини, а також наявність мотивацій до формування постійного партнерства з особистим лікарем;
- обґрунтування необхідності розроблення Київської міської програми охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення та започаткування в місті Києві Платформи сприяння формуванню Національної стратегії охорони здоров'я — як рекомендований ВООЗ механізм підготовки оптимальних пропозицій через відкриту предметну професійну і суспільну дискусію для досягнення консенсусу в прийнятті рішень та механізмів їх виконання.

## **Здоров'я столиці: status objectivus**

Згідно з інформацією Департаменту охорони здоров'я міста Києва, ситуація щодо стану здоров'я населення міста Києва вкладається в густу низку кількісних показників, де за кожним



числовим чи інформаційно-аналітичним значенням проглядається реальні життя та конкретне здоров'я киян і гостей столиці.

**Демографічна ситуація.** На початок 2017 р. населення міста Києва становить 2925,8 тис. осіб.

За 2016 р. у місті Києві народилося 36 570 дітей, загальний показник народжуваності становить 12,5‰ (2015 р. — 12,3‰), померли 30 666 осіб, коефіцієнт смертності — 10,5‰ (2015 р. — 10,5‰). За 3 міс 2017 р. народилося 8594 дитини, загальний показник народжуваності становить 11,8‰, померли — 8063 особи, коефіцієнт смертності — 11,0‰. Природний приріст у 2016 р. становив +2,0‰ проти +1,8‰ за минулій рік, за 3 міс 2017 р. природний приріст становив +0,8‰.

У структурі смертності населення міста Києва на першому місці залишаються хвороби системи кровообігу — 63,9% (показник на 100 тис. населення становив 674,4 проти 688,5 у 2015 р.); друге місце займають новоутворення — 17,2% (показник відповідно 181,8 проти 190,5); третє місце належить зовнішнім причинам, тобто травмам — 4,9% (показник 51,7 проти 53,0 у минулому році). Структура смертності за 3 міс 2017 р. залишається незмінною: перше місце посідають хвороби системи кровообігу 65,6% (показник на 100 тис. населення склав 723,0 проти 712,6 за 3 міс 2016 р.); друге місце займають новоутворення — 16% (показник відповідно 17,6 проти 18,3); третє місце належить зовнішнім причинам — 4,6% (показник 50,4 проти 49,1 за відповідний період минулого року). Однією з найбільш гострих проблем є смертність населення у працездатному віці. Щорічні втрати населення працездатного віку по місту коливаються від 6 до 7 тис. осіб. По місту Києву, як і в цілому по Україні, малюкова смертність за 2016 р. знизилася порівняно з аналогічним періодом 2015 р. За 2016 р. померла 201 дитина (2015 р. — 265), в тому числі — 56 іногородніх. Малюкова смертність становила 5,57‰, що менше на 26,3%, ніж у 2015 р. (7,56‰). Без урахування іногородніх померли 145 дітей віком до 1 року (2015 р. — 209 дітей). Редукований показник 4,02‰, що менше на 32,7% порівняно з показником 2015 р. (5,97‰).

**Захворюваність населення та поширеність хвороб.** У 2016 р. в столиці зареєстровано понад 6,6 млн випадків захворювань, у тому числі більше 2,5 млн — це випадки із вперше встановленим діагнозом. За 3 міс 2017 р. — 2,4 млн випадків всього, в тому числі — 7,5 тис. із вперше встановленим діагнозом. У 2016 р. в закладах охорони здоров'я міста, що входять до сфери управління Департаменту охорони здоров'я, було зареєстровано 29,0 млн звернень за медичною допомогою, або 10,0 відвідувань на кожного мешканця столиці, що майже на рівні минулого року (10,1). За 3 міс 2017 р. було зареєстровано 7,3 млн звернень за медичною допомогою, або 2,5 відвідувань на кожного мешканця столиці, що на рівні відповідного періоду минулого року.

Поширеність захворювань серед населення в 2016 р. залишилася майже на рівні минулого року (+0,4%) і становить 22,9 тис. випадків на 10 тис. населення, в тому числі серед працездатного населення — 17,2 на 10 тис. населення (приріст +0,6%). За 3 міс 2017 р. поширеність захворювань серед усього населення становила 8,3 тис. випадків на 10 тис. населення, що майже на рівні аналогічного періоду 2016 р. (+0,8%), в тому числі серед працездатного населення — 6,1 тис. випадків на 10 тис. населення (приріст +0,9%). Первинна захворюваність

населення у 2016 р. в цілому становила 8684,4 випадку на 10 тис. населення, що більше рівня 2015 р. на 2,4%, в тому числі серед працездатного населення — 7,1 на 10 тис. населення (зростання відносно 2015 р. на 2,6%). За 3 міс 2017 р. захворюваність серед усього населення становить 2,5 тис. випадків на 10 тис. населення (зниження на 0,9% відносно цього ж періоду 2016 р.), зокрема: серед працездатного населення захворюваність становить 2 тис. випадків на 10 тис. населення (зниження відносно аналогічного періоду 2016 р. на 3,9%).

За 2016 р. у столиці виявлено 10 690 нових випадків злойкісних новоутворень, захворюваність на онкологічну патологію становить 367,7 на 100 тис. населення, що на 1,1% менше порівняно з минулим роком (371,8). За 3 міс 2017 р. виявлено 1712 випадків злойкісних новоутворень (58,5 на 100 тис. населення), що на 5,1% більше, ніж у 2016 р. (1618 випадків, або 55,7 на 100 тис.).

На диспансерному обліку в протитуберкульозних закладах міста перебуває понад 9,1 тис. пацієнтів, з яких 1634 особи з активними формами туберкульозу (56,2 на 100 тис. населення), що на 10,4% менше, ніж на 31.12.2015 р. (62,7 на 100 тис.). Поширеність туберкульозу за 3 міс 2017 р. становила 56,9 на 100 тис. населення (майже на рівні 2016 р. — 56,5 на 100 тис.).

**Станціонарна допомога** мешканцям столиці надається у 55 стаціонарних закладах, підпорядкованих Департаменту охорони здоров'я міста Києва. У лікарняних закладах нараховується 17 492 ліжок різного профілю, в тому числі для обслуговування дорослого населення — 14 967 ліжок, дитячого населення — 2525 ліжок, крім того, санаторійних для дітей — 1425 ліжок (у тому числі 400 ліжок у санаторіях на території тимчасово окупованої АР Крим) та в будинках дитини — 270 ліжок. У стаціонарах міста у 2016 р. проліковано 516 тис. хворих, що на 6,7 тис. більше, ніж у 2015 р. Серед усіх пролікованих у місті 67,7 тис. — іногородні та сільські мешканці, що становило 13,1% загальної кількості пролікованих і 159 тис. — особи пенсійного віку, що становить 35,4% до всіх пролікованих хворих. У I кварталі 2017 р. у стаціонарних закладах міста проліковано 131,6 тис. хворих, що на 2,6 тис. більше, ніж за відповідний період 2016 р.

**Денні стаціонари та стаціонари вдома.** Функціонує мережа денних стаціонарів при амбулаторних закладах та стаціонарів вдома. Кількість ліжок у денних стаціонарах становить 1745 (2015 р. — 1740), чисельність пролікованих хворих становить 143,2 тис. проти 132,9 тис. за минулій рік. Кількість ліжок у I кварталі 2017 р. дещо збільшилась і становить 1754. Чисельність пролікованих хворих у I кварталі 2017 р. становить 36,8 тис., що на 1,3 тис. більше, ніж за відповідний період попереднього року. Зростає кількість пролікованих у стаціонарах вдома. Так, у 2016 р. проліковано 279,6 тис. хворих (2015 р. — 277,7 тис.), за I квартал 2017 р. проліковано 76,2 тис. хворих (I квартал 2016 р. — 75,9 тис.).

**Невідкладна медична допомога** населенню міста на до-госпітальному етапі надається у 32 пунктах невідкладної медичної допомоги центрів первинної медико-санітарної допомоги. Кількість виїздів у 2016 р. збільшилася порівняно з 2015 р. і становила 377,4 тис. проти 361,4 тис., показник на 1 тис. мешканців становить 129,8 проти 124,6. За 3 міс 2017 р. кількість виїздів невідкладної медичної допомоги становить 97,2 тис., що на 13,2% менше відповідного періоду 2016 р. (111,8 тис.), показник на 1 тис. мешканців столиці становить 33,4 (3 міс 2016 р. — 38,5).

**Екстрена медична допомога.** Бригадами Центру екстремої медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва у 2016 р. виконано 615,6 тис. виїздів проти 564,0 тис. за 2015 р. На 1 тис. населення міста це становить 213,2 проти 195,3 виїздів. За I квартал 2017 р. виконано виїздів 153,1 тис. (53,0 на 1 тис. населення), а за відповідний період 2016 р. — 162,7 тис. (56,3 на 1 тис. населення). Для покращення показників галузі охорони здоров'я протягом 2012–2016 рр. в місті діяла Міська цільова програма «Здоров'я киян» на 2012–2016 рр. (рішення Київської міської ради від 15.03.2012 р. № 208/7545).

З метою досягнення кращих показників, які характеризують стан столичної медичної галузі, у 2016 р. Київською міською радою затверджено три міські цільові галузеві програми:

- Міська цільова програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2017–2021 рр. (рішення Київської міської ради від 08.12.2016 р. № 537/1541);



- Міська цільова програма протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017–2021 рр. (рішення Київської міської ради від 08.12.2016 р. № 538/1542);
  - Міська цільова програма «Здоров'я киян» на 2017–2019 рр. (рішення Київської міської ради від 22.12.2016 р. № 781/1785).
- \*\*\*

У рамках кругло столу озвучено проект зasad Національної стратегії охорони здоров'я України, розроблений авторським колективом у складі членів ради Київського відділення громадської організації «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення» (П.М. Клименко, А.В. Гусєва, С.М. Ханенко, Т.В. Бутківська, А.П. Гук, І.Д. Шкробанець, С.В. Клименко, І.В. Найда, І.С. Демченко, О.С. Коваленко, Т.І. Чабан, А.В. Деник, Д.П. Кекух, К.Л. Косяченко). Коментуючи з президії виступи на цю тему, О. Гелевей та С. Ханенко засвідчили і підкреслили свою одностайність у переконанні, що Національна стратегія охорони здоров'я України має бути виголошена і закріплена як Закон України.

Зазначалося, що проект документа розробляється у чіткій відповідності до сучасних міжнародних норм та передових досвіду. Безпосередньо у стратегії розвитку за методологічну основу розвитку системи охорони здоров'я взято положення посібника ВООЗ «Моніторинг основних блоків систем охорони здоров'я: настанова з показників і стратегій їх вимірювання», 2010 («Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and their Measurement Strategies», World Health Organization, 2010, Geneva):

- надання медичних послуг (доставка послуг);
- персонал системи охорони здоров'я;
- інформаційні системи охорони здоров'я;
- доступ до основних медичних засобів;
- фінансування системи охорони здоров'я;
- керівництво та управління.

Шість складових блоків впливають на зміцнення системи охорони здоров'я різними шляхами. Комплексні складові — управління та інформаційні системи охорони здоров'я, забезпечують основу для загальної політики і регулювання всіх інших блоків систем охорони здоров'я. Ключові компоненти «входу» в систему охорони здоров'я включають фінансування і персонал системи охорони здоров'я. Нарешті остання група складових — медичні засоби і технології та надання медичних послуг, забезпечує швидкі «вихідні» дані системи охорони здоров'я, тобто наявність і розподіл допомоги.

## Медичні послуги охорони здоров'я



Як нагадав **Святослав Ханенко**, основна ціль медичних послуг як ключового компонента системи охорони здоров'я полягає в забезпеченні універсальності покриття та справедливості доступу до медичної допомоги. Відповідно, трансформація системи охорони здоров'я України має запровадити зміни щодо надання первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Первинна медична допомога має надаватися провайдерами медичної допомоги різної, проте переважно приватної форми власності, відповідно до сформованого гарантованого пакета медичної допомоги та єдиних національних тарифів на медичні послуги. Допомога має надаватися ліцензованими лікарями загальної практики (приватними індивідуалістами, амбулаторіями первинної медичної допомоги, багатопрофільними організаціями чи асоціацією практиків) у рамках регламентованого переліку послуг, що фіксуються в електронній медичній базі й систематизуються згідно з Міжнародною класифікацією звернень за первинною медичною допомогою ICPC-2 та надаються відповідно до міжнародних стандартів. Лікарі загальної практики надають також неспеціалізовані послуги з охорони психічного здоров'я. Лікар загальної практики є розпорядником коштів, виділених на надання медичних послуг первинної медичної допомоги на кожного жителя України на рік.

Фінансування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги здійснюється за рахунок податків, обов'язкового дер-

жавного страхування, приватного страхування та коштів домогосподарств відповідно до єдиних національних тарифів на медичні послуги, які переглядають щорічно. Вторинна і третинна медична допомога надаються ліцензованими лікарями-спеціалістами в рамках регламентованого переліку послуг, що фіксуються, систематизуються та фінансуються згідно з системою діагностично-споріднених груп та надаються відповідно до міжнародних стандартів. Вторинна і третинна медична допомога здійснюється у державних та приватних лікарнях, а також Національних медичних центрах. Фінансування вторинної та третинної медичної допомоги здійснюється відповідно до контракту з медичним закладом та кількості медичних послуг у рамках кожної діагностично-спорідненої групи. Трансформація забезпечить реалізацію базових принципів медичних послуг в системі охорони здоров'я:

1. Доступність надання медичних послуг — завдяки обов'язковому державному страхуванню; прозорим механізмам здійснення доплат за медичні послуги, вартість яких перевищує фінансування в рамках обов'язкового державного страхування; визначені групи осіб, які не підлягають доплатам при наданні їм медичних послуг; розгалужений мережі пунктів надання послуг первинної медичної допомоги.

2. Готовність до надання медичних послуг контролюється під час надання ліцензії на медичну діяльність на підставі аналізу уніфікованих елементів, затверджених ВООЗ (інфраструктура/зручність, основні матеріали/обладнання, в тому числі для малої хірургії, стандарти запобіжні заходи, лабораторні тести, ліки і товари).

3. Повнота надання медичних послуг забезпечується за рахунок достатньої кількості амбулаторій первинної медичної допомоги та лікарень/медичних центрів, що спроможні надавати інтенсивну медичну допомогу протягом 24 год, мають кадрову та технічну спроможність для надання допомоги в рамках медицини катастроф, акушерства та неонатології.

4. Покриття надання медичних послуг здійснюється за рахунок розгалуженої мережі пунктів надання послуг первинної медичної допомоги.

5. Безперервність надання медичних послуг здійснюється за рахунок ліцензування лікарень/медичних центрів, що надають вторинну і третинну допомогу (за профілем), тільки за можливості надавати ними допомогу за сучасними протоколами та екстрену медичну допомогу протягом 24 год.

6. Якість надання медичних послуг забезпечується за рахунок обліку провайдерів медичних послуг, контролю дотримання ними міжнародних стандартів надання медичної допомоги; створення зовнішнього незалежного оцінювача надання медичних послуг, а також системи оцінки якості; створення національного публічного рейтингу закладів та лікарів з найкращою медичною практикою, а також впровадження стандартизованої тарифікації лікаря та закладу при виконанні певних медичних послуг, що визначена при розробці тарифів діагностично-споріднених груп, залежно від найкращої практики.

7. Підзвітність та ефективність надання медичних послуг здійснюється за рахунок системи оцінки ефективності, створення національної публічної бази рейтингу закладів та лікарів з найкращою медичною практикою, наданні пацієнту права щодо вибору лікаря загальної лікарської практики, лікаря вторинної та третинної ланки, лікарів або медичного центра на території



всієї країни із введенням територіальних коефіцієнтів, коефіцієн-тів для університетських клінік.

## Фінансування

ВООЗ визначає фінансування охорони здоров'я як функцію системи охорони здоров'я, пов'язану з мобілізацією, накопичен-ням і розподілом коштів на задоволення потреб людей (індивідуальних і колективних) в якісних медичних послугах.

Базові принципи функціонування фінансування охорони здоров'я:

- фінансовий захист;
- універсальність покриття і справедливість доступу до медич-ної допомоги;
- прозорість і підзвітність;
- ефективність;
- вільний вибір;
- конкуренція постачальників;
- передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги;
- субсидіарність.

ВООЗ у своїх рекомендаціях виокремлює низку ключових по-казників стану фінансування системи охорони здоров'я. **Загаль-ні витрати на охорону здоров'я.** Цей показник дає загальну інформацію про наявність коштів. Достатність коштів є другим кроком для підрахунку коштів, що необхідні для забезпечення доступу до бажаного рівня послуг або з точки зору порівняння з іншими країнами з аналогічним рівнем ВВП на душу населення.

**Загальні державні витрати на охорону здоров'я на душу на-селення як частка загальних державних витрат.** Цей показник містить інформацію про фінансування охорони здоров'я і відо-брахє прихильність уряду. До основних рекомендованих по-казників вимірювання фінансування охорони здоров'я належить **співвідношення самостійних витрат домогосподарств на охорону здоров'я до загальних витрат на охорону здоров'я.** Показником фінансового ризику є **частка населення, яка несе катастрофічні витрати на охорону здоров'я із влас-ної кишени.** ВООЗ визначила рівень катастрофічних витрат на охорону здоров'я із власної кишени як перевищення 40% рівня доходів домогосподарств за вирахуванням потреб на існування або 10% загального доходу домогосподарства.

Основними завданнями фінансування охорони здоров'я про-ектом пропонується визначити:

- збір доходів (загальні податкові доходи, цільові відрахування з доходів та нарахування заробітної плати для роботодавців, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування самостійні витрати домогосподарств);
- формування фонду/концентрація фінансового ресурсу;
- ефективне використання зібраних ресурсів;
- співфінансування при оплаті послуг;
- придбання/надання послуг;
- забезпечення захисту від фінансових ризиків громадян.

Наявність в державі ефективної моделі фінансування системи охорони здоров'я означає:

- поліпшення здоров'я населення;
- надання фінансових гарантій захисту громадян в разі захво-рювання;
- наявність мотиваційних стимулів для підвищення якості на-дання медичної допомоги, прозорість;



- планування та прогнозування всієї системи охорони здоров'я;
- ефективне управління системою охорони здоров'я.

## Національні рахунки охорони здоров'я

Для здійснення аналізу стану фінансування системи охорони здоров'я необхідна достовірна інформація про обсяг фінансових ресурсів, що направляються на охорону здоров'я, їх джерела та напрямки використання з метою оптимізації функціонування системи і визначення подальших напрямків її удосконалення. Однією із найбільш об'єктивно визнаних у світі систем оцінки ви-користання фінансових ресурсів (міжнародним стандартом класифікації) є система національних рахунків охорони здоров'я. Аналіз її показників дозволяє здійснити реальну оцінку стану системи охорони здоров'я в державі, визначити ефективність моделі її фінансування. Важливість національних рахунків охорони здоров'я (необхідність їх інституалізації та використання) полягає у здійсненні моніторингу, визначені тенденцій витрат на охорону здоров'я у державному та приватному секторах, серед різних постачальників послуг, лікування різних хвороб, верств населення і регіонів країни. Врахування та застосування цих ін-ших важливих показників фінансування забезпечить розробку національної стратегії для ефективного фінансування охорони здоров'я та забезпечення додаткового фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Виходячи із аналізу наявних Націо-нальних рахунків охорони здоров'я України за 2013 р., надходження коштів у систему охорони здоров'я здійснювалось із трьох основних джерел:

a. Державні (суспільні) кошти, які включають зведеній бюджет і соціальне страхування — 56,2% загальних витрат на охорону здоров'я (з них 75,1% становлять кошти місцевих бюджетів, а 24,9% фінансирується державою);

b. Приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, не-комерційних організацій, що обслуговують домогосподарства — 43,6%;

c. Кошти «іншого світу» (кошти міжнародних донорських орга-нізацій, спрямованих в систему охорони здоров'я України) — лише 0,2%.

## Медичне страхування

Під кутом зору представленого проекту **Тетяна Бутківська** окреслила тематику медичного страхування — на прикладі структури фінансування охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення міста Києва. Фінансування охорони здоров'я є клю-човим компонентом у загальній структурі функціонування системи охорони здоров'я. Наявність в державі ефектив-ної моделі фінансування системи охорони здоров'я означає: ефективне управ-ління нею, поліпшення здоров'я населення, планування та про-гнозування всієї системи охорони здоров'я, наявність мотиваційних стимулів для підвищення якості надання медичної допомоги, прозорість, надання фінансових гарантій захисту громадян в разі захворювання тощо.

Основні завдання (цілі) фінансування охорони здоров'я: збір коштів; забезпечення захисту від фінансових ризиків громадян; ефективне використання зібраних ресурсів. Мета фінансування охорони здоров'я полягає в тому, що надати у розпорядження фінансові ресурси і встановити відповідні фінансові стимули для постачальників послуг, які можуть забезпечити гарантії щодо рівного доступу до медичних послуг. Стратегія ВООЗ ви-значає основним показником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни — фінансування та стабільність джерел надхо-дження коштів. Система фінансування охорони здоров'я має забезпечувати інтенсифікацію діяльності всіх її складових, підви-щення ефективності використання ресурсів та якості надання медичних послуг. Для здійснення аналізу стану фінансування системи охорони здоров'я використовується система національ-них рахунків охорони здоров'я. Аналіз її показників дозволяє здійснити реальну оцінку стану системи охорони здоров'я в державі, визначити ефективність моделі її фінансування.

Основними організаціями, які беруть участь у фінансуванні охорони здоров'я в Україні, є адміністратори бюджету (центральні та регіональні/місцеві урядові установи) та приватний сектор, представлений домогосподарствами. Частка фінансування донорами незначна і становить менше 1%. МОЗ України виступає тут найбільшим адміністратором центрального бюджету і контролює 62,7% державного фінансування (15,5% усіх суспільних витрат), тоді як решта коштів розподіляється Національною академією медичних наук України (13,4%) та іншими центральними урядовими органами (Міністерство інфраструктури України (7,2%), Міністерство оборони України (6,4%), Міністерство внутрішніх справ України (3,7%)). Решта фінансових посередників з числа органів державного управління контролювали лише 6,6% коштів Державного бюджету, спрямованих на охорону здоров'я. Але більш суттєву роль у розподілі коштів на охорону здоров'я відігравали регіональні та місцеві органи управління, що здійснювали пряме фінансування в охорону здоров'я за рахунок коштів місцевих бюджетів, які в три рази перевищували кошти з Державного бюджету України.

Якщо порівняти структуру витрат за фінансуючими організаціями та джерелами фінансування, то стає зрозумілим, що менше 0,1% приватних витрат на охорону здоров'я зосереджені в оплачуваній фінансовій системі країни, і суспільне фінансування функціонується окремо від приватного.

У результаті цього більша частина коштів на рівні домогосподарств витрачається методом прямих виплат (out-of-pocket — з кишені) та не йде на передплату до страхових фондів чи обов'язкової системи страхування в країні. Якщо протягом 2000–2007 рр. спостерігалася тенденція щодо зменшення обсягу виплат «з кишені» громадян, то у 2008–2013 рр. зазначені виплати становили 40–42% (у 2007р. — 34,6%).

У міжнародному порівнянні частку державних витрат на охорону здоров'я в Україні можна розглядати як нижчу від середньої за нижчеведеними країнами Європейського Союзу (ЄС). Міжнародний досвід визначає, що оптимальний рівень витрат на охорону здоров'я становить 8–10% ВВП і дані по країнах — членах ЄС це підтверджують. Серед країн колишнього Східного блоку лише Грузія відповідає цим вимогам. Проте слід зазначити, що друге місце після Грузії посідає Україна — 7,6%, третє — Киргизстан — 7,1%.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ та на підставі використання фінансових показників сукупні витрати на охорону здоров'я повинні збільшуватись як в абсолютному значенні, так і у відсотках від ВВП у країнах з низьким рівнем доходів. При цьому частка витрат домогосподарств, що переживають катастрофічні виплати із власної кишені, має зменшуватися. Світові системи охорони здоров'я, які прагнуть забезпечення високого рівня гарантування медичної допомоги, побудовані на економічно виважених принципах багатоканальності фінансування (державні кошти, медичне страхування, платні послуги та співвиплати, благодійність тощо).

Основним додатковим до бюджетного джерелом фінансування закладів охорони здоров'я та зменшення навантаження на Державний і місцевий бюджети є медичне страхування. Воно виконує основну функцію фінансування охорони здоров'я, пов'язану з мобілізацією, накопиченням і розподілом коштів, спрямованих на задоволення потреби людей (індивідуальні та колективні) в якісних медичних послугах.

Необхідним є створення умов для розвитку медичного страхування як основного інструменту на шляху впровадження нових стандартів соціальних гарантій, повне охоплення охорони здоров'я всього населення та забезпечення працюючого населення достатнім та повним рівнем медичних послуг. На сьогодні вітчизняний страховий ринок має значний досвід у забезпеченні надійним медичним захистом широких мас населення, характеризується високим рівнем конкуренції (працює близько 50 страховиків із досвідом роботи понад 10 років) та значною інвестиційною привабливістю.

За останні роки медичне страхування характеризується позитивною динамікою збільшення надходжень страхових платежів, зростанням обсягів страхових виплат та врегульованих страхових випадків. Так, згідно з даними Національної комісії, що здійснює

державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, за підсумками 2016 р. загальний розмір страхових премій збільшився на 426,3 млн грн. (22% порівняно з 2015 р.) і становив 2355,5 млн грн., приріст страхових виплат становив 12% — до 1341,4 млн грн., рівень виплат становить 57%. Протягом 2016 р. укладено 1,5 млн договірів, загальний обсяг відповідальності за якими становив понад 145 млрд грн.

За останні роки розвиток медичного страхування сприяв детинізації ринку медичних послуг та зростанню податкових надходжень до державного та місцевого бюджетів, сплачуваних страховиками, так і медичними закладами. Однак, незважаючи на постійний ріст надходжень страхових платежів, рівень проникнення державного медичного страхування становить 5%, застраховано понад 16% працюючого населення.

Як зазначила доповідач, ефективному розвитку медичного страхування передує ряд необхідних кроків у процесі реформування системи охорони здоров'я, зокрема це впровадження стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та медико-економічних стандартів, встановлення вартості медичних послуг, організація інформаційного обміну між закладами охорони здоров'я, створення інформаційних систем із відомостями про пацієнтів тощо.

Очевидно, що система почне працювати лише за умови активної участі у цьому процесі всіх заінтересованих сторін. Тому, на переконання Т. Бутківської, необхідним є створення в рамках розробки Київської міської програми охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення робочої групи з питань медичного страхування з метою:

- вироблення стратегії розвитку медичного страхування;
- визначення складових компонентів медичного страхування;
- розроблення єдиних правил функціонування та співпраці суб'єктів медичного страхування;
- встановлення пріоритетів та визначення «маршрутізації» населення в системі охорони здоров'я;
- підвищення відповідальності роботодавця за здоров'я працівника і надання йому гарантій соціального захисту;
- визначення та надання статусу лікарю загальної практики ключового суб'єкта (вільного виробника медичних послуг) у профілактиці захворювань та збереженні здоров'я населення.

## Інформаційна система охорони здоров'я

Згідно з сучасними міжнародними директивами, інформатизація системи охорони здоров'я повинна дозволяти:

- створювати статистичні профілі системи охорони здоров'я на рівні країн;
- проводити моніторинг систем охорони здоров'я і керувати державними і партнерськими інвестиціями;
- визначати недоліки в термінах доступності та якості даних, що вказує на потрібні інвестиції в стратегію вимірювання;
- сприяти глобальній узгодженості в контролі та зміцненні стандартів систем охорони здоров'я;
- сприяти створенню єдиного медичного інформаційного простору системи охорони здоров'я для забезпечення ефективного управління галузю.

**Інформаційна система охорони здоров'я має чотири основні функції:**

- (I) генерації даних (отримання даних);
- (II) компіляції (урупування даних);



- (III) аналізу і синтезу;
  - (IV) комунікації та використання (розповсюдження даних).
- Для планування розвитку системи охорони здоров'я потрібні різні види інформації:**

- детермінанти (визначальні фактори) здоров'я (соціально-економічні, екологічні, поведінкові та генетичні фактори) і знання середовища, в якому система охорони здоров'я працює;
- базові «входи» в систему охорони здоров'я та пов'язані з ними процеси (політика й організація, інфраструктура системи охорони здоров'я, об'єкти та обладнання, витрати, людські та фінансові ресурси, інформаційні системи);
- «виходи» системи охорони здоров'я (наявність, доступність, якість, використання інформації та послуг, чуйність системи до потреб користувачів і захист від фінансових ризиків);
- результати загального стану здоров'я населення (смертність, захворюваність, спалахи хвороб, статус здоров'я, показники інвалідності та благополуччя);
- нерівність в доступності послуг (визначальні фактори, використання послуг і результат охорони здоров'я, урахування ключових факторів, таких як стать, соціально-економічний статус, етнічна група та географічне розташування);
- адекватна інформаційна система охорони здоров'я об'єднує всіх відповідних партнерів, щоб користувачі мали доступ до надійних, авторитетних, корисних, зрозумілих і порівняльних даних.

Інформаційна система повинна давати можливість **оцінки діяльності системи охорони здоров'я**:

- дані на рівні індивіда, щодо профілю пацієнта, потреби в медичній допомозі та лікуванні виступають як основи для прийняття клінічних рішень;
- медичні записи забезпечують основу для обґрунтованого індивідуального клінічного лікування;
- дані на рівні закладів охорони здоров'я як на рівні звітів групованих закладів, так і з адміністративних джерел;
- моніторинг стану здоров'я населення об'єднує інформацію від установ та громад, з основним акцентом на визначення проблем та забезпечення своєчасних дій.

**Показники ефективності інформаційної системи охорони здоров'я** можуть бути класифіковані як два основних типи:

1. Показники, пов'язані зі збором даних із використанням основних джерел і методів (обстежень станову здоров'я, цивільних реєстрацій, перепису, звітності медичних закладів, систем стеження за ресурсами охорони здоров'я). Вони відображають потенціал країни для збору даних з відповідними інтервалими і використовують найбільш підходящі джерела даних. Контрольні вимірювання мають періодичність, пов'язані з часом, включають інструменти збору даних та доступність за основними показниками.

2. Показники, пов'язані зі здатністю країн до синтезу, аналізу та перевірки даних. Вони вимірюють інституційну базу, необхідну для забезпечення якості даних, включаючи незалежність, прозорість і доступність. Контрольні вимірювання включають наявність незалежних механізмів координації та наявність мікро- і мета-даних.



## Трудові ресурси охорони здоров'я

**Засади національної стратегії охорони здоров'я в сфері трудових ресурсів** у проекті Програми обґрунтовані з таких позицій:

- Міжнародний досвід свідчить про те, що серед організаційних змін, метою яких є підвищення ефективності системи охорони здоров'я, найбільшого успіху досягають дії, що проводяться в галузі управління трудовими ресурсами.
- Медичні кадри є однією з найважливіших складових ресурсів охорони здоров'я будь-якої країни, які забезпечують ефективність діяльності медичної сфери в цілому, що робить трудовий потенціал пріоритетом у функціонуванні охорони здоров'я як системи, де кадрова політика будується з урахуванням національних потреб, оптимальних заходів управління персоналом та позитивного світового досвіду.
- Для розроблення національної політики, спрямованої на поліпшення кадрового забезпечення охорони здоров'я (Концепції кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні та Стратегії, спрямованої на її реалізацію), пропонується використовувати процес, що складається з п'яти етапів:
  - 1) оцінка існуючих індикаторів стану кадрових ресурсів охорони здоров'я щодо визначних орієнтирів на майбутнє;
  - 2) визначення того, які проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, є пріоритетними;
  - 3) розроблення політичної стратегії для зміцнення підтримки вибраної політики та визначення послідовності її впровадження;
  - 4) розроблення та прийняття бачення орієнтирів кадрового капіталу системи охорони здоров'я, використовуючи Концепцію по будові нової національної системи охорони здоров'я в Україні та критеріїв їх оцінки;
  - 5) вдосконалення, прийняття та впровадження на основі прийнятих Концепції та Стратегії нормативно-правової бази кадрової політики.

**Мета кадрової політики** — підготувати необхідних працівників потрібної кваліфікації, поставити їх в потрібне місце і дати потрібне завдання. Необхідно зростити працівника, який:

- має здібності до професії, а також мотивацію до цієї роботи;
- успішно вирішує завдання, згідно зі своїми службовими обов'язками;
- задоволений працею та соціальним статусом;
- досягає бажаних для суспільства результатів шляхом якісного виконання своїх функціональних обов'язків;
- використовує сучасні технології;
- засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії) та використовує їх у щоденній професійній діяльності;
- виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність;
- досягає необхідного рівня особистісних якостей, професійних знань і вмінь;
- відкритий для фахового навчання, здобуття досвіду та здатний адаптуватися до змін;
- відданий професії, соціально активний;
- готовий до якісної та кількісної оцінки власної праці.

### Основні показники трудових ресурсів:

- Кількість працівників охорони здоров'я на 10 тис. населення.
- Розподіл працівників охорони здоров'я за професією/спеціалізацією, регіоном, місцем роботи і статтю.
- Щорічна кількість випускників медичних освітніх закладів на 100 тис. населення, з градацією за рівнем освіти і спеціалізацією.
- Серед інших показників, які характеризують наявний стан та прогноз на покращання ситуації, варто виділити ще такий значущий для суспільства показник, як частка видатків на оплату праці медичного персоналу (порівняно із розміром прожиткового мінімуму та розміром середньої заробітної плати в економіці).

Серед іншого було наведено висновки і рекомендації **Комісії високого рівня з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я та економічного зростання Організації Об'єднаних Націй (сесія Генеральної асамблеї ООН 20 вересня 2016 р. у Нью-Йорку)**:

- Інвестування у створення робочих місць в секторі охорони здоров'я може дати імпульс економічному розвитку країн, дозволити їм просунутися вперед на шляху до забезпечення загального охоплення медико-санітарним обслуговуванням.

- Розвивати систему висококласної освіти, націленої на якісні зміни і систему безперервної професійної підготовки з тим, щоб всі працівники охорони здоров'я могли повною мірою реалізувати свій потенціал.
- Залучити достатній обсяг фінансування із внутрішніх і міжнародних джерел, приватних і державних залежно від ситуації та за необхідності розглянути питання про масштабну реформу фінансування охорони здоров'я з метою вкладення ресурсів у створення дійсно необхідних навичок, гідних умов праці та підготовку належної кількості працівників охорони здоров'я.

## Лікарські засоби та медичні вироби

Незважаючи на поодинокість спроб розроблення Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні, відсутністю єдиної державної стратегії розвитку сфери охорони здоров'я заважає проведенню системних та послідовних змін. Доступ до медичного обслуговування є основоположним правом людини, закріпленим у міжнародних договорах та визнаним багатьма державами світу. Однак за відсутності справедливого розподілу та належного доступу до життєво необхідних ліків це право не може бути реалізоване. Важливість запобігання дефіциту ліків у нашій країні зумовлена впровадженням сучасної антиретровірусної терапії, лікування туберкульозу із множинною лікарською стійкістю, необхідністю тривалого лікування хронічних захворювань, таких як гепатит В і цукровий діабет тощо.

За результатами дослідження, проведеного в рамках проекту USAID «(Без)коштовна медицина», кожен другий пацієнт в Україні відмовляється від лікування або відкладає його через брак коштів. Головною проблемою 94% пацієнтів вважають високу вартість лікарських засобів. Частка тих, хто вдається до самолікування, сягає майже 70%. Добре функціонуюча система охорони здоров'я має забезпечувати справедливий доступ до основних лікарських засобів (у тому числі вакцин), медичних виробів і технологій гарантованої ефективності, безпеки, якості, зваженої вартості та їх науково обґрунтоване й економічно ефективне використання. Для досягнення цих цілей необхідні:

- національна політика, стандарти, керівні принципи і правила, які підтримують політику;
- інформація про ціни, статус міжнародних торгових угод і можливість встановлювати та обговорювати ціни;
- надійне вітчизняне виробництво і відповідні процедури оцінки якості основної медичної продукції;
- закупівля, постачання і зберігання, а також системи розподілу, які мінімізують втрати;
- підтримка раціонального застосування лікарських засобів та медичних виробів з використанням стандартів на засадах доказової медицини задля забезпечення максимальної безпеки пацієнта і професійної підготовки медичних та фармацевтичних працівників.

В умовах відсутності Національної політики щодо забезпечення лікарськими засобами на національному рівні здійснити ефективний моніторинг і оцінку системи забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами жителів Києва не виявляється можливим. Опублікований для громадського обговорення проект Постанови КМУ «Про затвердження Державної стратегії щодо реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на 2017–2025 роки» не затверджений відповідно до встановлених вимог.

Основною метою Програми визначається підвищення доступності якісних, ефективних і безпечних лікарських засобів та медичних виробів для задоволення потреб населення міста Києва на основі формування раціональної та збалансованої з наявними ресурсами системи забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами.

### Проблеми, на вирішенні яких сконцентрована Програма:

- запровадження ефективних моделей забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами;
- удосконалення якості медичної допомоги та підвищення задоволеності населення в частині забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами;
- підвищення відповідальності населення за стан свого здоров'я.

### Основні завдання Програми:

1. Забезпечення фізичної та економічної доступності лікарських засобів та медичних виробів.
2. Впровадження раціонального використання лікарських засобів та медичних виробів для медичного застосування відповідно до клінічних протоколів і медичних стандартів надання медичної допомоги на засадах доказової медицини.
3. Розширення дії міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2017–2019 рр., затверджені рішенням Київської міської ради від 22.12.2016 р. № 781/1785, на всі групи громадян та категорії захворювань, передбачені Постановою КМУ від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань».

4. Вдосконалення державного регулювання цін на ліки.

5. Запровадження переліку основних лікарських засобів, забезпечення якими здійснюється у рамках міської програми відшкодування (реімбурсації).

Для вирішення вищезазначеніх завдань Програми необхідно:

- проводити систематичний моніторинг забезпечення населення міста Києва лікарськими засобами та медичними виробами (оцінка фізичної та економічної доступності основних лікарських засобів на основі порівняння показників потреби у них за основними нозологіями захворювань із фактичним споживанням лікарських засобів та їх раціональним застосуванням), в тому числі постійне спостереження за асортиментом та цінами лікарських засобів і медичних виробів;
- створити та забезпечити функціонування єдиної міської інформаційно-довідкової системи клінічних протоколів/ медичних стандартів надання медичної допомоги на засадах доказової медицини і раціонального використання лікарських засобів та медичних виробів для медичних і фармацевтичних працівників;
- підтримувати розробки нових лікарських засобів та медичних виробів вітчизняними науковими установами та їх подальше виробництво вітчизняними фармацевтичними підприємствами (зокрема тими, що знаходяться на території міста Києва) за повним циклом на засадах імпортозаміщення;
- запровадити механізм державного замовлення при закупівліх лікарських засобів за кошти місцевого бюджету (особливо сироваток, антитоксинів, вакцин та антидотів, дефіцит яких спостерігається протягом останніх років у закладах охорони здоров'я міста Києва);
- вдосконалити забезпечення зневолювальними лікарськими засобами паліативних хворих;
- запровадити комплекс заходів, спрямованих на визнання рецепту лікаря інтегрованим медичним, юридичним і фінансовим документом та посилення контролю за відпуском лікарських засобів з аптек та їх структурних підрозділів;
- розробити та впровадити міську програму із запобігання ввезенню та поширенню на території міста някісних, фальсифікованих та незареєстрованих лікарських засобів;
- розвивати надання фармацевтичної допомоги населенню як основи відповідального самолікування;



- удосконалити процедури закупівлі лікарських засобів за кошти місцевого бюджету;
- впровадити систему реімбурсації як складову системи обов'язкового та добровільного медичного страхування.

## Науково обґрунтоване управління процесами трансформації системи охорони здоров'я

Управління як вид людської діяльності існує з давніх давен. Проте за своїми формами у державному масштабі та на галузевому рівні воно не може бути встановленим раз і назавжди. Управління — це інструмент, який залежить від цілого ряду чинників, зокрема державного устрою, типу власності, зрілості ринку тощо, кожен з яких потребує наявності відповідної системи управління, зумовленої новою метою і завданнями щодо її досягнення. Саме тому, на наш погляд, неможливе пряме копіювання системи управління з однієї країни для іншої, проте, створюючи нову систему, необхідно базуватися на кращих, найбільш ефективних моделях, що існують у світі. Євроінтеграційний курс нашої країни, впровадження європейських цінностей та стандартів в усі сфери життя в Україні вимагає зламу адміністративно-командної системи управління в медичній галузі й переходу на засади наукового управління, використання придатних для України універсальних положень світового менеджменту. У всьому світі системи охорони здоров'я знаходяться у стані трансформаційних процесів. Зміни пов'язані з більш тісною взаємодією різних країн з економічними та соціальними проблемами, глобалізацією. За останні часи процес глобалізації торкнувся кожної організації та відобразився на житті кожної людини. Існує очевидний і тісний зв'язок між соціально-економічними процесами в суспільстві та системою охорони здоров'я. Основні чинники, які зумовлюють еволюцію суспільних потреб щодо охорони здоров'я в умовах глобальних трансформаційних процесів, можна згрупувати в категорії:

- зростаючі вимоги і потреби громадян;
- зростання витрат на охорону здоров'я;
- обмежені бюджетні та персональні можливості оплати послуг з охорони здоров'я.

З нестачею своїх можливостей покривати витрати зіткнулися навіть соціально-економічно стабільні та розвинені лідери цивілізованого світу, а не лише країни, що розвиваються та які переживають політичну нестабільність і економічний переходний період. Вплив та співвідношення зазначених трьох суперечливих сил різni в окремих країнах світу. В одних випадках — результат економічної кризи. В інших — до серйозного перегляду ситуації приводять вимоги медичних працівників про підвищення зарплати. Але якою б не була причина, основним чинником, що стимулює реформування системи охорони здоров'я, є суспільно необхідні спроби уряду вирішити протиріччя між тим, скільки він може витратити на охорону здоров'я, і тим, в якому обсязі та якості послуги очікують громадяні.

Проте в Україні розв'язання зазначених протиріч в частині прийняття належних, відповідних до визначених міжнародних підходів та стандартів, управлінських рішень ускладнено тим, що інтегративний та надзвичайно важливий, з визначених ВООЗ шести блоків охорони — блок управління в нашій країні залишається недосконалім та функтується в певній частині на адміністративно-командних підходах. Особливо, коли ми говоримо про регіональний та базовий



рівень управління. Запровадження науково обґрунтованого підходу трансформації системи управління сферою охорони здоров'я, для прикладу, вимагає визначеній чинним урядом курс на автономізацію медичних закладів, запровадження принципу «гроші за пацієнтом», тобто переход медичних закладів з бюджетних на некомерційні підприємства, в умовах якого головні лікарі матимуть фінансову і господарську самостійність і плануватимуть свої видатки, виходячи з потреб лікарні, гроші в лікарні надходитимуть лише тоді, коли якість її послуг буде високою і люди матимуть бажання в ній лікуватися. Тож, у разі ухвалення автономізації на державному рівні, ми станемо свідками конкурентної боротьби за кожного пацієнта, який приноситиме реальний дохід.

Проблематика управління у сфері охорони здоров'я визнається авторами проекту ключовою та важливою складовою стратегії та тактики трансформації та системного розвитку не лише медичної галузі, але й системи охорони здоров'я на державному рівні. ВООЗ розглядає керівництво/управління в системі охорони здоров'я як один із шести основних компонентів або «будівельних блоків» системи, що підлягають оцінці для визначення стану системи охорони здоров'я в різних країнах разом з такими складовими, як медичні кадри, фінанси, надання медичних послуг, медична інформатизація, доступність до основних лікарських засобів. Наведу як приклад глобального наукового підходу для оцінки системи управління сферою охорони здоров'я на державному рівні ВООЗ-івські показники та індикатори з оцінки управління системою охорони, що містяться в документі «Моніторинг будівництва елементів систем охорони здоров'я: керівництво показників і стратегії їх вимірювання», підготовленому ВООЗ, експертами ВООЗ з різних країн світу, Світовим банком, Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, ЮНІСЕФ та ін. Цей документ розроблено в рамках спільного процесу з використанням матеріалів систем охорони здоров'я в країнах (стислий огляд ключових показників представлено нижче).

1. ВООЗ визначає наявність у країні офіційної національної політики та стратегії в галузі охорони здоров'я, що відповідає державним потребам та пріоритетам, як ключовий показник в оцінці державної системи управління охороною здоров'я (1a). Розробка національної політики і стратегії є основною функцією урядів. Завдання розробки та реалізації політики в галузі охорони здоров'я належить до компетенції МОЗ України. Стратегія в галузі охорони здоров'я визначає бачення майбутнього і, відповідно, цілі, що будуть досягнуті. Національна політика в охороні здоров'я повинна визначати пріоритети та завдання для учасників її реалізації, включати реальну оцінку щодо ресурсів, необхідних для досягнення визначених цілей та пріоритетів. Національна політика та стратегія в галузі охорони здоров'я, на відміну від фракційних політичних і фінансових інтересів, відображає загальнодержавні потреби та пріоритети.

2. Другим ключовим показником стану системи управління в галузі охорони здоров'я є наявність у країні актуальної офіційної національної політики щодо ліків (1b). Офіційна національна політика щодо ліків повинна включати три основних складові: забезпечення рівноправного доступу і доступність основних лікарських засобів; забезпечення контролю безпеки, ефективності та високої якості ліків; забезпечення раціонального застосування лікарських засобів працівниками охорони здоров'я та споживачами. Належне досягнення зазначеного безперечно сприятиме зниженню захворюваності та смертності, сприятиме покращенню показників здоров'я в державі та врешті-решт запобігатиме втратам економічних систем на подолання наслідків масштабних соціально-небезпечних хвороб.

3. Ключовий показник (1c): наявність політики в галузі щодо закупівлі лікарських засобів на засадах економічної обґрунтованості і доказової ефективності та якості лікарських засобів в необхідних кількостях; відкритої, конкурентоспроможної процедури торгів постачальників. Фармацевтичний ринок, з глобальною ринковою вартістю понад 600 млрд дол. США, є особливо вразливим в частині організації процедур закупівлі та сприйнятливим до проявів корупції. Закупівельні процедури включають управління запасами, організацію конкурсних публічних торгів, технічний аналіз пропозицій, правильний розподіл ресурсів, платежі, контроль якості тощо. Ці процеси часто недостатньо законодавчо

та нормативно врегульовані, таким чином, вразливі для корупції та шахрайства. Відкриті, належно законодавчо- нормативно і технічно забезпечені закупівельні процедури мають важливе значення для зменшення цих загроз, а також сприяють належному управлінню в системі охорони здоров'я.

4. Ключовий показник (1d): національний стратегічний план щодо боротьби та протидії туберкульозу, що відображає шість основних компонентів стратегії Stop-TB відповідно до Глобального плану по боротьбі проти туберкульозу (TB 2006–2012). Туберкульоз залишається однією з провідних причин смерті в світі. У відповідь на цю глобальну загрозу для здоров'я населення ВООЗ оголосила про стратегію Stop-TB, щоб допомогти країнам у вдосконаленні управлінської діяльності, спрямованої на організацію протидії поширенню туберкульозу, асоційованого з ВІЛ-інфекцією, та форм туберкульозу з розширеною медикаментозною резистентністю. Глобальні зусилля направлені на забезпечення прийняття країнами управлінських рішень щодо впровадження стратегії ДОТС (Directly Observed Treatment, Short-course — DOTS) — це лікування при безпосередньому контролі коротким курсом. На сьогодні це найефективніша з наявних стратегій боротьби з туберкульозом. Політична підтримка стратегії владою на всіх рівнях та зобов'язання уряду забезпечити здійснення заходів щодо боротьби з туберкульозом є обов'язковим компонентом ДОТС-стратегії. В Україні стратегія запроваджена відповідно до Наказу МОЗ України від 24.05.2006 р. № 318 «Про затвердження Протоколу по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні».

5. Ключовий показник (1e): наявність національної стратегії боротьби проти малярії. Політика, включає моніторинг ефективності протималярійних препаратів, контроль використання та ефективності інсектицидів. ВООЗ розробило глобальну політику і стратегію боротьби проти малярії. Векторне управління, тобто зниження захворюваності та смертності від малярії в результаті зменшення кількості комарів, як правило, є найбільш ефективним заходом для запобігання розповсюдження малярії і, отже, служить одним з основних технічних елементів глобальної стратегії боротьби з малярією. Боротьба з малярією вимагає комплексного підходу та включає заходи, спрямовані на зниження розповсюдження комарів, та інші методи профілактики, лікування із застосуванням ефективних протималярійних препаратів, моніторинг та контроль на всіх рівнях.

6. Ключовий показник (1f): наявність і стан реалізації державної політики щодо ВІЛ/СНІДу. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. ВООЗ відіграє ключову роль у глобальній відповіді сектора охорони здоров'я на епідемію ВІЛ/СНІДу. Департамент з ВІЛ/СНІДу надає країнам — членам ВООЗ технічну підтримку, що ґрунтуються на підтвердженій інформації, з метою забезпечення ними універсального доступу до профілактики, лікування та допомоги узв'язку з ВІЛ/СНІДом. В Україні у реалізації відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу ВООЗ керується пріоритетами відповідно до Європейського плану дій у сфері ВІЛ/СНІД на 2012–2015 рр., підтриманим 53 країнами-членами в Європейському регіоні. Серед цих пріоритетів: оптимізація результатів профілактики, діагностики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ; забезпечення ширших результатів у сфері охорони здоров'я завдяки реалізації відповідей на ВІЛ; розбудова потужних і сталих систем охорони здоров'я; усунення нерівності та повага до прав людини. Національний комбінований індекс політики включає питання наявності офіційної програми міжгалузевих заходів боротьби з ВІЛ/СНІДом, докладний кошторис видатків на реалізацію зазначеної програми з визначенням його джерел, а також системи моніторингу та оцінки.

7. Ключовий показник (1g): здоров'я матері — існування всеосяжної політики в галузі репродуктивного здоров'я відповідно до плану дій Міжнародної конференції з народонаселення й розвитку. На конференції, що відбулася в Каїрі (Єгипет) у 1994 р., розглянуто питання охорони репродуктивного здоров'я, наукових, зокрема медичних, досліджень у цій галузі, репродуктивних прав, зокрема права жінок, стан і перспективи збереження навколошнього середовища, особливо в аспекті забезпечення фінансування й підтримки, необхідної для задоволення нагальних потреб репродуктивного здоров'я у світі. Виконання плану дій, прийнятого на цій конференції, є індикатором для моніторингу наявнос-

ті в країні належної політики та відповідно досконалості системи управління в галузі охорони здоров'я.

8. Ключовий показник (1h): здоров'я дітей — існування та оновлення всеосяжного, багаторічного плану для імунізації дітей. Всеосяжний багаторічний план імунізації дітей повинен включати заходи, інтегровані з іншими заходами в охороні здоров'я, визначати обсяг та джерела фінансування, систему моніторингу його виконання. В Україні запроваджено усі складові державної політики щодо імуноопрофілактики, а саме законодавче підґрунтя (закони України), державна програма, яка затвердження Законом України, Національний календар щеплень, стабільне, хоча все ще недостатнє фінансування з Державного бюджету, налагоджено систему контролю за імунізацією (система розслідування несприятливих подій після імунізації — будь-яке порушення у стані здоров'я протягом 30 днів після вакцинації); контроль якості за вакцинами, постійне безперервне навчання медичних працівників з основних питань вакцинації, створено науково-технічну групу з імунізації (незалежні від МОЗ України експерти з питань вакцинації).

9. Ключовий показник (1i): наявність ключових документів в галузі охорони здоров'я, які регулярно поширюються (наприклад бюджетних документів, щорічних оглядів і звітів ефективності та показники здоров'я). Публікація і розповсюдження основних документів сфери охорони здоров'я та доповідей, в тому числі річних бюджетів та аналітичних матеріалів за результатами діяльності, що сприяє підвищенню підзвітності та прозорості у сфері охорони здоров'я. Така документація інформує громадськість і служить для поліпшення підзвітності Уряду перед населенням. Зазначене створює середовище, що реагує на суспільні потреби і проблеми.

10. Ключовий показник (1k): наявність та системне застосування механізмів моніторингу, аналізу та узагальнення інформації споживачів медичної допомого/послуги, громадськості щодо якості, доступності, своєчасності та ефективності діяльності медичної галузі в цілому та медичних закладів та медиків зокрема. Зазначені механізми базуються, в тому числі, на визначені відповідності оснащеності лікарень, використання належних, протоколів лікування, показників діяльності медичних закладів. Наведені 10 ключових показників оцінки системи управління сферою охорони здоров'я стосуються, перш за все, державного рівня управління. Проте в умовах сучасної України потребує ретельної оцінки та аналізу з метою розроблення та запровадження науково обґрунтованої трансформації системи управління/керівництва у сфері охорони здоров'я та медичній галузі не лише на державному рівні управління, а й регіональному та базовому. Сучасне тлумачення терміну «галузь охорони здоров'я» в контексті державного управління має широкий сенс і до нього відносяться: всі, хто надає послуги охорони здоров'я — державні чи приватні, в рамках сучасної медицини чи традиційної, з ліцензією чи без неї, а також лікарі, медичні сестри, лікарні, клініки, аптеки, сільські медичні працівники, народні цілителі тощо; потоки грошей, за рахунок яких фінансуються ці послуги, — офіційні й неофіційні, ті, що надходять від посередників чи безпосередньо із власних коштів громадян; діяльність тих, хто робить в охорону здоров'я спеціалізований внесок (медичні інститути й училища, а також виробники ліків та обладнання); фінансові посередники, органи планування



і регулювання, які здійснюють контроль, фінансування і впливають на тих, хто надає медичні послуги (МОЗ України, суспільні та приватні страхові заклади, міністерства фінансів і економіки, а також регулюючі органи). Однак різкої межі між зазначеними підсистемами охорони здоров'я не існує. Практичний аналіз системи охорони здоров'я має зосереджуватися на наслідках діяльності цієї системи для здоров'я громадян. Масштаб аналізу має бути достатньо широким, щоб включати всі сили і фактори, на які можуть впливати органи державного управління і місцевого самоврядування з метою поліпшення стану громадського здоров'я, включаючи якість життя, запровадження механізмів фінансового захисту громадян на випадок захворювання, підвищення ефективності діяльності галузі та задоволення потреб громадян.

\*\*\*

## Столична програма на захист здоров'я працюючих

Автори Програми звертають увагу на те, що катастрофічна ситуація, яка склалася у системі охорони здоров'я України, пов'язана із рядом факторів: нераціональним та неефективним використанням ресурсів; кадровими проблемами; недостатністю фінансування; застарілістю матеріально-технічної бази; неефективним менеджментом та управлінням. Іншим важливим фактором є недосконалість, суперечливість нормативно-правової бази. Проблеми існують як на загальнодержавному рівні, так і на рівні адміністративно-територіальних одиниць.

Не є винятком і місто Київ. Адже Київ був однією з адміністративно-територіальних одиниць, де протягом 2011–2014 рр. проводився так званий пілотний проект реформування системи охорони здоров'я — відповідно діяло спеціальне законодавство (Закон України від 07.07.2011 р. № 3612 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»). Наслідками періоду 2011–2014 рр. стало створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, консультативно-діагностичних центрів; реформа організаційно-управлінських аспектів та деякі аспекти механізму фінансування. Результати пілотного проекту реформування системи охорони здоров'я у місті Києві до кінця не реалізовані, зокрема внаслідок зміни законодавства та відсутності ґрунтовного аналізу переваг та недоліків пілотного проекту.

Констатується, що система охорони здоров'я України в цілому, та міста Києва зокрема, перебуває в очікуванні змін. Прийнято Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо уdosконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», який вносить зміни до організаційно-правових форм закладів охорони здоров'я, розширення їх можливостей в управлінні та фінансовій діяльності; набере чинності з 06.11.2017 р.; ст. 18 — з 01.01.2018 р.); на рівні Постанов КМУ затверджуються програмні документи (насамперед щодо створення госпітальних округів); приймаються нові редакції, скасовуються накази МОЗ України.

Новим у положеннях Закону України №2002-VIII є визначення «послуги з медичного обслуговування населення (медична послуга)». Замовником цієї послуги можуть бути відпо-



відні органи місцевого самоврядування. Іншими словами — громада Києва.

З точки зору розробників, реформаторські ініціативи КМУ та МОЗ України є більше предметом дискурсу, ніж предметом для аналізу. Тому, відповідно до профільного законодавства (Закони України «Про столицю України — місто-герой Київ» (ст. 22), «Про місцеве самоврядування» (ст. 26), «Про місцеві державні адміністрації») — Київська міська рада має розробити і затвердити Програму охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення.

- Заінтересовані сторони цієї Програми: роботодавці, працівники, заклади охорони здоров'я, страхові організації, органи державної влади та місцевого самоврядування, населення Києва.
- Мета і завдання Програми: забезпечення населення міста Києва якісними, ефективними та доступними послугами з медичного обслуговування.
- Принципи Програми: гарантування певного обсягу медичного обслуговування належної якості, реалізація прав людини у сфері охорони здоров'я, забезпечення доступу до медичних послуг, фінансового захисту працюючих разом з хворобами, захисту вразливих верств населення (за рахунок надлишкових коштів).
- Механізми реалізації Програми: з урахуванням міжнародного досвіду, використовуючи рекомендовані ВООЗ методологічний підхід за основними компонентами систем охорони здоров'я (Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. // WHO, 2010 ([http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf))).

Серед важливих проблемних нормативно-правових питань заважливо враховано нижче наведені.

### Що до організаційно-правових форм закладів охорони здоров'я.

#### а) заклади охорони здоров'я комунальної форми власності.

До сфери управління Департаменту охорони здоров'я відносяться 114 закладів охорони здоров'я. У сфері управління районних управлінь охорони здоров'я знаходяться 43 заклади, 28 центрів первинної медико-санітарної допомоги, 13 консультативно-діагностичних центрів та 2 лікарні (Програма економічного і соціального розвитку міста Києва на 2017 рік (<http://kievcity.gov.ua/files/2016/11/16/PESRofKyiv-2017.pdf>), с. 32). Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я (редакції Закону України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII) за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства чи комунальні заклади. Чинне господарське та цивільне законодавство детально регламентує питання реорганізації юридичних осіб.

#### б) заклади охорони здоров'я приватної форми власності.

Залишається проблемним визначення статусу лікаря загальної практики.

Світовий досвід засвідчує, що найбільш ефективним є діяльність лікаря загальної практики при приватній формі власності. Щодо організаційно-правової форми: то, відповідно до ч. 14 ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я (у редакції Закону України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII) — заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми. А, відповідно до чинного законодавства, фактично єдиним варіантом залишається визнання статусу лікаря загальної практики як фізичної особи — підприємця.

Незважаючи на позитивні досягнення нової редакції Основ законодавства України про охорону здоров'я, з погляду розробників Програми, чітка регламентація організаційно-правових питань функціонування закладів охорони здоров'я може бути вирішена шляхом прийняття Закону України «Про заклади охорони здоров'я» (або, можливо, розділити «Про державні та комунальні заклади охорони здоров'я» та «Про приватну діяльність у сфері охорони здоров'я»). Необхідність прийняття такого Закону передбачена ч. 2 ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Це у повноваженні Верховної Ради України, а не територіальної громади міста Києва.

**Щодо фінансування охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення.** Чинне законодавство України (насамперед положення Бюджетного кодексу України) встановлює, що комунальні заклади охорони здоров'я є бюджетними установами, які створюються відповідними органами місцевого самоврядування та утримуються за рахунок місцевого бюджету. Цей бюджет затверджуються рішеннями відповідних місцевих рад про місцеві бюджети. Нова редакція ст. 18 Основ законодавства України про охорону здоров'я закріплює положення, що фінансове забезпечення охорони здоров'я «може здійснюватися за рахунок коштів ... місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законом».

**Щодо профілактики соціально небезпечних хвороб.** Відповідно до Програми економічного і соціального розвитку міста Києва на 2017 р., одним із проблемних питань напрямку охорони здоров'я є несвоєчасне виявлення та профілактика соціально небезпечних хвороб. Фактично в Україні не функціонує належним чином система виявлення та профілактики соціально небезпечних та хронічних захворювань. Одними із механізмів цієї системи для працюючого населення є заходи:

а) що входять до охорони праці (попередні та періодичні медичні огляди працівників (див. ст. 17 Закону України «Про охорону праці», наказ МОЗ України від 21.05.2007 р. № 246));

б) що входять до заходів захисту населення від інфекційних хвороб. Профілактичні медичні огляди працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення (див. ст. 21 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», Постанова КМУ від 23.05.2001 р. № 559, наказ МОЗ України від 23.07.2002 р. № 280).

\*\*\*



На завершення голововуний — **Олег Гелевей**, депутат Київської міської ради, голова Постійної комісії Київської міської ради з питань охорони здоров'я та соціального захисту, — стисло підсумував ключовий зміст заходу та окреслив основні практичні висновки. «На жаль, нині стан справ в охороні здоров'я дуже нагадує латання дір. Стара система охорони здоров'я руйнується — нової немає. На цьому тлі головним першочерговим завданням

для нас вважаю створення та прийняття Закону України, яким буде затверджено Національну стратегію охорони здоров'я України. У жодній країні світу реформа охорони здоров'я не відбулася без двох кардинальних складових:

- політичної волі держави, розуміння необхідності вдосконалень, готовності акумулювати й інвестувати в це значні бюджетні кошти;
- інформування населення — для просування вперед конче необхідна довіра людей, —

тож, насамперед, ці питання необхідно врегулювати у законодавчій площині. У тому числі, вважаю за необхідне прийняти Закон України «Про господарчу діяльність закладів охорони здоров'я» — а працівникам охорони здоров'я відмежувати можливість лікувати людей», — запропонував депутат, після чого піддав жорсткій критиці Порядок створення госпітальних округів, затвердженій постановою КМУ від 30.11.2016 р. № 932.

- Не закінчено проведення **територіально-адміністративної реформи**; ще не до кінця сформовані об'єднані громади. Ніхто не дасть гарантій, що об'єднання громад відбудеться саме у межах штучно сформованих у деяких регіонах госпітальних округів. Що, потім їх міняті?..
- Положення про госпітальні округи покладає на **госпітальні ради** величезну відповідальність (готувати річний план, щорічно відзвітуватися за його виконання тощо) — і не на діляє жодними повноваженнями: дорадчий орган. Справді так. От як дорадчий орган і працюйте. А все решту прийматимуть місцеві ради. Можете щось порадити. Ви порадили, а тепер ми голосуватимемо. У Києві взагалі дійшло до нон-сенсу: за відсутності районних рад довелося створити один

госпітальний округ в межах врядування Київської міської ради.

• Порядок прописаний в «Основах законодавства України про охорону здоров'я» у ст. 35, ч. 2. «Вторинна (спеціалізована) медична допомога». При цьому нікто не прописано, яке співвідношення матимуть госпітальні округи до різних рівнів медичної допомоги: первинної, вторинної, третинної (зауважу, у такому Положенні це співвідношення повинно бути прописано чітко).

Справжній глибокий пальпації за Образцовим піддав оратор систему первинної медико-санітарної допомоги. МОЗ України надихає головних лікарів стимулювати лікарів первинної ланки до укладення угод. Втім: жоден лікар ніколи не укладе 3 тис. угод (а лише укладена угода становить юридичну підставу для оплати його послуг). Але навіть якщо вони будуть укладені, — в оратора виникають серйозні сумніви, звідки «набіжить» обіцяна чиновниками зарплата сімейного лікаря на рівні чи не 40 тис. грн. Потребуватимуть відшкодування проведення лабораторних досліджень; робота медичної сестри та бухгалтера (адже веденню фінансової звітності у вищих медичних навчальних закладах не вчать, а українські лікарі не є фахівцями у приватному бізнесі); утримання приміщення та комунальних послуг тощо. «З яких коштів сплачуватимуться ці суми? Маючи звичку брати на олівець, підрахував, що на зарплату сімейному лікареві залишиться 7, у країщому випадку 8 тис. грн. А який тягар відповідальності й вантаж рутинної праці! Тож треба зважити на ці серйозні питання, а не ставитись до проблем шапкозакидацьки і нашвидкоруч», — вважає виступаючий.

Щодо широко висвітленої в ході круглого столу тематики медичного страхування зазначалося, що ця система успішно діє, коли у цьому зацікавлені працедавець. Якщо підприємство уклало угоду з медичним закладом, все відбувається чітко і без питань: сплачується певна сума коштів, медичний заклад бере на себе зобов'язання провести профілактичний огляд, необхідне лікування відповідних працівників. Ця система надійно відпрацьована й успішно діє в межах системи добровільного медичного страхування.

«Однак, скільки я не питав страховиків з приводу «грошей, що йдуть за пацієнтом», — переважна більшість з них налаштована велими скептично з приводу того, які з цих компаній зможуть витримати такий значний фінансовий тиск з боку різноманітних медичних закладів. Коли пацієнт лікується то в одного лікаря, то в другого, то в третього — і за це все платить одна страховка компанія, якій прийдеться дуже і дуже складно», — настільки суттєві зрушенні слід робити холодним розумом і впевненою рукою. Треба взяти окремий регіон. Пілотно випробувати на практиці. Набити гуль! З'ясувати, що не так робимо. Відмоніторувати, запрацює чи ні. І тоді вже масштабувати в межах усієї країни», — передоконаний О. Гелевей.

(Дозволимо собі відкоментувати, що саме такому підходу вже не перший десяток років вчить ВООЗ, — і це втілює певні надії, коли сучасні міжнародні уявлення контуруються на міському щаблі законодавчої гілки державної влади. — Прим. авт.).

Останнє питання, стану якого торкнувся доповідач, була профілактика: Київська міська рада вийшла перед Департаментом охорони здоров'я міста Києва з клопотанням налагодити належну профілактику хоча б у шкільних і дошкільних закладах.

«У тій системі координат у сфері охорони здоров'я, яка сьогодні існує в Україні, на жаль, відкритим залишається питання: «А хто взагалі відповідає за здоров'я населення?». Раніше це було чітко зрозуміло: район, у ньому діє Центральна районна лікарня, при ній поліклініка, на кожного пацієнта в реєстратурі заводиться одна карточка, у ній все фіксується (чим лікувався, коли відвідував лікаря, де лежав у стаціонарі тощо). А зараз (один рік договір з одним медичним центром, другий рік — з іншим) такий взаємозв'язок втрачено. І тут — вертаемося до того, з чого починали: має бути Національна стратегія системи охорони здоров'я в Україні. А коли вона буде прийнята, у ній має бути чітко прописано, хто саме в Україні відповідає за здоров'я населення», — підсумував голова зборів, закриваючи їх роботу.

**Проект****Резолюція круглого столу**

Учасники круглого столу «Про розробку Київської міської програми охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення» (Київ, 24 травня 2017 р.):

- зазначили, що стан справ у системі охорони здоров'я щодо доступності та якості медичної допомоги і пропозиції та намагання КМУ і МОЗ України щодо її реформування є критично нездовільними;
- акцентували увагу на відсутності дієвих механізмів міжсекторального міжгалузевого партнерства при підготовці, постановці та вирішенні проблем охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення м. Києва, а також на необхідності термінового реагування на пропозиції КМУ і МОЗ України щодо реформування системи охорони здоров'я;
- запропонували розробити Київську міську програму охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення шляхом створення під егідою Комісії з питань охорони здоров'я та соціального захисту Київської міської ради міжгалузевої міжсекторальної робочої групи та започаткувати в м. Києві Платформу сприяння формуванню Національної стратегії охорони здоров'я;
- домовилися про те, щоб продовжити подальше обговорення та співпрацю з актуальних питань і пропозицій щодо розроблення Київської міської програми охорони здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення не рідше як один раз на місяць у форматі Платформи сприяння формуванню Національної стратегії охорони здоров'я.

\*\*\*

**«Аналіз (моніторинг, оцінка та огляд) національних стратегій в галузі охорони здоров'я» («Monitoring, Evaluation and Review of National Health Strategies», WHO, 2011, Geneva).**

**Національна стратегія в галузі охорони здоров'я як основа для досягнення результатів і звітності:**

- цілі та завдання;
- інституційний потенціал;
- принципи, показники й механізми моніторингу й оцінки;
- національні механізми огляду результатів виконання та прийняття рішень.

**Розробка «дорожньої карти» реалізації Національної стратегії в галузі охорони здоров'я**

**Основні елементи «дорожньої карти»:**

- зміщення політичного середовища та інституційного потенціалу;
- критично важливою є участь найвищих керівників і політичних лідерів;
- посилення моніторингу результатів і відстеження ресурсів;
- зміщення прогресу та ефективності оглядів;
- механізми зміщення профілактичних та лікувальних заходів.

**Виконання «дорожньої карти» Національної стратегії охорони здоров'я передбачає:**

- щорічні оперативні плани, в яких відображається пріоритетизація діяльності та розподіл ресурсів;



- ситуаційний аналіз/оцінка, що стосується ключових ознак і характеристик моніторингу, оцінки та аналізу платформи для національної стратегії в галузі охорони здоров'я.

**Це має гарантувати:**

- що процес і зміст стратегії є придатним для потреб країни;
- що в результаті стратегія матиме широку відповідальність і зобов'язання;
- зміщення всеосяжного діалогу з питань політики і надійної національної стратегії в галузі охорони здоров'я, а також ефективні зусилля уряду на підвищення підвітності.

**Основа для прийняття урядових рішень:**

- наявність Національної стратегії охорони здоров'я як офіційного документу національного рівня;
- наявність необхідного інституційного потенціалу (в тому числі національного наукового інституту здоров'я — урядової інституції, покликаної формувати системні пропозиції щодо трансформації системи охорони здоров'я);
- дані щорічних Національних звітів з охорони здоров'я;
- дані національних рахунків охорони здоров'я.

**Висновки та пропозиції:**

- трансформація системи охорони здоров'я України має базуватися на прийнятті Верховною Радою від імені українського народу науково обґрунтованій Національній стратегії охорони здоров'я, що буде сформована з урахуванням досвіду провідних країн;
- визначальним фактором в успішній трансформації національної системи охорони здоров'я є ефективна міжсекторальна взаємодія, суспільний консенсус, довіра суспільства до влади;
- в умовах докорінної трансформації суспільно-економічних відносин в Україні функція реформування системи охорони здоров'я має належати Уряду, що підтриманий більшістю населення;
- МОЗ України і медична спільнота є підрядниками у виконанні рішень Уряду, які мають базуватися на потребах громадян і реальних економічних можливостях;
- очевидно, що в нинішніх умовах перспективи ефективної трансформації охорони здоров'я та медичного забезпечення значною мірою залежать від вмотивованості та готовності місцевих громад і влади до прийняття відповідних рішень на регіональному рівні.

\*\*\*

У наших майбутніх публікаціях буде висвітлено виступи та дозвілі, які протягом роботи круглого столу кружляли навколо стрижневого питання, включаючи сформульованого С. Ханенком — «Я розірвавши зачароване коло реформ?». Висловлені в ході дискусії думки та повідомлення стосувалися широкого кола злободенних питань охорони здоров'я: медицини праці, боротьби з професійними та інфекційними захворюваннями, профілактичної медицини, солідарного державно-приватного і міждисциплінарного партнерства в охороні здоров'я із залученням наукових кіл і підприємницько-промислового корпусу тощо — а також, звісно, пошуку найефективніших шляхів, форм, підходів та методів для оптимізації діяльності різних ланок медичної допомоги в інтересах пацієнта та медичного працівника. І все це — в контексті створення Київської міської програми охорони здоров'я працюючого населення: на перших порах полігону, — а коли-небудь, можливо, і моделі для наслідування іншими регіонами країни.

*Далі буде.*

**Пилип Снєгіров,**  
фото Сергія Бека та автора

