

# Національна стратегія охорони здоров'я: погляд медичної спільноти

Як ми вже повідомляли, 12 грудня 2018 року у Верховній Раді України відбувся круглий стіл на тему «Партнерство в публічному управлінні охороною здоров'я для підвищення людського потенціалу нації». Захід було організовано Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я (далі — Комітет) та приурочено до Міжнародного дня Загальної доступності медичної допомоги. Круглий стіл було поділено на декілька тематичних розділів, і про перший з них, присвячений обговоренню погляду на Національну стратегію охорони здоров'я, піде мова у цій публікації.



Відкриваючи захід, **Ольга Богомолець**, народний депутат України, голова Комітету, наголосила, що до участі у ньому запрошено усіх активних, позитивно мислячих, патріотичних представників медичної спільноти, тому захід має бути результативним і наблизить побудову справедливої та гідної держави України (нагадаємо, О. Богомолець планує балотуватися в Президенти України — прим. ред.).

## Виконавча влада не чує медичну спільноту



**Олег Мусій**, народний депутат України, у своєму вітальному слові зазначив, що наразі відбувається обговорення дуже важливого питання, до якого усі присутні мають безпосередній стосунок, це управління галуззю охорони здоров'я, яке в нормальній демократичній державі, з нормальною системою охорони здоров'я мало б забезпечити найважливіше — збереження людського потенціалу і здоров'я усіх громадян України. Доводиться констатувати, що вчергове

в нашій державі виконавча влада не зацікавлена у спілкуванні з медичною спільнотою, і прикладом цього є неучасть представників Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України у цьому круглому столі. «Важко зрозуміти нам, професіоналам, тим, хто має великий досвід реформ у системі охорони здоров'я в Україні, таке ставлення до нас. Професіонали — це ініціатори круглого столу, перш за все — це Українська медична експертна спільнота (УМЕС), яка за останні 2 роки довела свою високу продуктивність». Особливо О. Мусій подякував УМЕС за ініціативу з розробки проекту закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо управління змінами в охороні здоров'я)», який вже зареєстрований у Верховній Раді України.

Далі депутат продовжив: «Ми наполягаємо, що без мети, яку має переслідувати система охорони здоров'я, дуже важко будувати майбутнє. Ми у Комітеті налаштовані на конструктивну побудову такої мети, конструктивне майбутнє. Усі ми стали свідками того, що після різних революційних подій, після здобуття Україною Гідності надзвичайно важливим є не тільки здійснити революцію, необхідно привести до влади високопрофесійних людей, на яких будуть спиратися спільноти. Наразі ми не бачимо і не відчуваємо співпраці між виконавчою гілкою влади і спільнотами. Зміна системи охорони здоров'я нас абсолютно не влаштовує. Бо глибоко переконаний був раніше, а зараз бачу це вочевидь, що без підтримки фахової медичної й управлінської спільноти нічого здійснити неможливо. Це все будуть «потьомкінські деревні», повітряні замки і мультфільми-презентації. Тому без співпраці із фаховою спільнотою і урахування її думки щодо управління системою охорони здоров'я далі рухатися важко, саме тому щиро надіюся на ваші міркування з цього приводу. Будемо абсолютно відкритими і, на відміну від виконавчої влади, яка зараз застосовує репре-

сії до інакодумців, щиро сподіваємося на те, що після зміни невідгласів при владі що в Уряді, що у МОЗ України настане час просвітлення. Адже історія показує, що завжди є злети і падіння. Сподіваюся, що ця точка падіння, пробивання вже п'ятого чи десятого дна у нас закінчиться та розпочнеться час злету та час формування і адекватної європейської системи охорони здоров'я, і збереження людського потенціалу», — зазначив О. Мусій.

## Населення України може зникнути

Далі О. Богомолець представила до уваги учасників установчу доповідь круглого столу «Збільшення тривалості продуктивного життя як ключовий критерій ефективності державної політики». Як людина, яка готова взяти на себе відповідальність за державу, доповідач зазначила, що кожна робота має бути оцінена. А для цього мають бути визначені критерії оцінки, без яких також не можна і встановити мету тієї чи іншої діяльності. І саме збільшення тривалості продуктивного життя українських громадян абсолютно чітко демонструє і оцінює як роботу усіх наших попередників, так і усіх інших поколінь державотворців.

За словами депутата, аналіз статистичних даних показує, що українська нація може зникнути через 180 років через вимирання. Області будуть вимирати по-різному, і цей процес розпочнеться зі сходу країни, де населення може вимерти вже через 70 років. Ці дані обчислені двома методами медичної статистики, не враховуючи процеси міграції, які сприяють і сприятимуть пришвидченню зникнення населення України. Таким чином, ні збільшення ВВП, ні відродження економіки, ні мобілізація на захист державних кордонів не стануть можливими. Говорити про те, що віра, мова і армія будуть у нас через 180 років ті самі, ми знову ж таки не маємо права.

В Україні сьогодні середня тривалість життя становить 71,48 року (дані станом на 2016 р.). Лише у дев'яти країнах світу очікувана тривалість життя впала нижче показників 1970-х років. Шість із них — групи країн Африки на південь від Сахари. Ще три — Білорусь, Україна та Росія, констатують в ООН. Водночас у Канаді середня тривалість життя становила 80,3 року, у Великій Британії — 80,96 року, у США — 78,69 року, у Швеції — 82,2 року, у Норвегії — 82,51 року. Чому ж виникає така різниця?

Зростання тривалості життя є наслідком економічного розвитку, наукового прогресу (насамперед у галузі медицини), зростання освітнього рівня і гігієнічної культури населення, усунення становаї та іншої апіорної, позаекономічної нерівності, ефективної та успішної державної політики.

Без зростання тривалості життя неможливо досягнути збільшення продуктивності, ефективності праці та економічного прогресу, зростання рівня освіти, наукового прогресу в широкому сенсі слова (здатність до навчання, стійкі зв'язки між поколіннями, накопичення і переробка знань), соціальної рівності, реального права вибору.

Також надзвичайно важливо, щоб життя було продуктивним. Продуктивність в особистісному зростанні — це здатність людини створювати за певний проміжок часу певну кількість чогось або реалізувати певну кількість дій.

Що ж стоїть на заваді збільшенню тривалості продуктивного життя? Часто це конфлікт між тими факторами, які зменшують тривалість життя, і водночас є інколи складовими неадекватної

державної політики. Адже державна політика — це сфера діяльності на межі політичної та управлінської. У ній відбувається вироблення та узгодження з основними політичними суб'єктами системи цілей державного управління, а також доведення цієї системи цілей до суб'єктів, які здійснюють державне управління.

Якщо держаний бюджет наповнюється з податків, які сплачуються з продажу алкоголю, тютюну, нафтопродуктів, то однією рукою наповнюється бюджет, іншою — забираються життя. Якщо держава не розвиває ті напрямки економіки, які не вступають в конфлікт із збільшенням тривалості життя населення, у цієї держави не буде майбутнього.

О. Богомолець також нагадала, що серед факторів, які впливають на тривалість життя, система охорони здоров'я відіграє максимум 15%, а у країнах зі сталою економікою — 10%, все інше — це: 20% — генетика та спадковість, 20% — навколишнє середовище, 50% — умови і спосіб життя та харчування. Також на тривалість і якість життя впливають соціальні (освіта, поведінка в суспільстві, наявність роботи та сім'ї) та духовні чинники (релігія, література, мистецтво, благодійність).

Далі доповідач розповіла про успішний досвід інших країн і України щодо запровадження кейсів із подовження тривалості життя. На її переконання, для вирішення питання збільшення тривалості життя необхідні зміни на загальнодержавному рівні. Так, країни, які досягли значних позитивних результатів, змінили стандарти споживання солі і жирів, ведуть боротьбу із тютюнопалінням, запровадили індивідуальний моніторинг для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, проводять освітню роботу щодо необхідності самостереження з метою виявлення меланом на ранніх стадіях тощо.

Голова Комітету поінформувала, що в Україні працює програма «День меланоми», і це вже дає свої результати. Проте комплексна програма 80+, яка була внесена у Коаліційну угоду, на жаль, досі не виконується. За її словами, у нашій країні найбільшими проблемами залишаються серцево-судинні захворювання і онкологічні патології.

«На жаль, у бюджеті закладено лише 30% від потреби на лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями. На моє переконання, держава має гарантувати медичну допомогу всім хворим з онкологічними патологіями і хворобами серцево-судинної системи», — підкреслила О. Богомолець.

Аналізуючи ситуацію в Україні із захворюваннями на новоутворення, вона зазначила: «В деяких областях захворюваність на злоякісні утворення має порівняно невисокі показники, але реєструється висока смертність від цих захворювань. Це свідчить про пізні діагностування. У нормі реєстрація має перевищувати смертність і між зазначеними показниками має бути різниця 70%».

Незважаючи на вищевикладене, голова Комітету підсумувала, що налаштована оптимістично: «Є можливість і економічні, і міжнародні для збільшення людського потенціалу України».

## Якою має бути система охорони здоров'я в Україні



**Олександр Толстанов**, проректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор, презентував концепцію розвитку системи охорони здоров'я України, напрацьовану за всі роки незалежності країни. У своїй доповіді «Концептуальне бачення майбутньої національної системи охорони здоров'я — цілеспрямований рух замість хаосу» він наголосив на тому, що сьогодні необхідно чітко визначити шляхи розвитку саме системи охорони здоров'я України, а не тільки системи медичної допомоги. Бо без цього неможливо досягти мети — збільшення тривалості і покращення якості життя українського народу, збільшення людського потенціалу.

Презентація — колективна думка, бачення і уособлення тих проєктів, які реалізувалися на території України протягом цих років за допомогою європейської спільноти і наших фахівців. Усе, що було прийнято на колегії МОЗ України 16.07.2016 р. і погоджено представниками усіх фракцій Верховної Ради України — чле-

нами Комітету та усією медичною і науковою спільнотою. І наразі вже час для втілення у життя усіх цих напрацювань.

Зазначено, що за визначенням Світового банку, здоров'я населення — це один з найважливіших факторів розвитку економіки та благополуччя населення будь-якої країни. За словами Маргарет Чен, генерального директора (04.01.2007 р. — 30.08.2017 р.) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), відомо, що ні гроші, ні оснащення, ні найкращі наміри не зможуть забезпечити достатній прогрес в охороні здоров'я, якщо відсутні системи, здатні надавати своєчасну і адекватну медичну допомогу тим, хто найбільше її потребує.

За визначенням ВООЗ, система охорони здоров'я — це сукупність всіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я.

Для функціонування системи охорони здоров'я необхідні:

- фінанси;
- кадрові ресурси;
- загальне управління і керівництво;
- обладнання, матеріали та транспорт;
- інформація;
- комунікації.

У рамках системи охорони здоров'я повинні надаватися послуги, що:

- чутливо реагують на потреби;
- справедливі з фінансової точки зору;
- демонструють поважне ставлення до людей.

До 1991 р. охорона здоров'я України була виключно державною (базувалася на моделі академіка М.О. Семашка).

З 1991 р. реформи в соціально-економічній сфері, становлення ринкових засад, суспільні трансформації зумовили виникнення низки проблем:

- дефіцит бюджету;
- неможливість утримання інфраструктури;
- неможливість забезпечення технологічного процесу;
- неможливість надання медичної допомоги відповідно до потреб населення.

На сьогодні Україна переважно за рахунок бюджету утримує заклади охорони здоров'я, натомість увесь світ сплачує за результати — надані послуги з урахуванням їх якості.

Далі О. Толстанов нагадав, що після проведення декількох пілотних експериментів в Україні у 2015 р. була сформована національна модель системи охорони здоров'я, в якій чітко прописали усі фактори, які треба враховувати, а саме:

- модель управління системи охорони здоров'я повинна бути державно-громадська, бюджетно-страхова;
- необхідне застосування нових фінансових механізмів оплати медичних послуг;
- багатоканальність фінансування — бюджети різних рівнів, кошти соціального та добровільного медичного страхування, співплата пацієнтом та ін.;
- об'єднання коштів громад регіону на охорону здоров'я у **фінансові пули на регіональному рівні** (система єдиного замовника первинної, вторинної та екстреної медичної допомоги);
- чітке визначення структур, функцій та пропорцій фінансування за видами медичної допомоги;
- запровадження договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг;
- економічне стимулювання праці;
- встановлення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги;
- інтегроване надання первинної медичної допомоги лікарем загальної практики;
- **оптимізація мережі закладів охорони здоров'я** з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні;
- висока інтеграція діяльності закладів, що надають різні види медичної допомоги, при провідній координуючій ролі первинної медичної допомоги;
- усунення дискримінації між державними та недержавними закладами охорони здоров'я;
- формування сучасної системи громадської охорони здоров'я;
- система безперервного поліпшення якості медичної допомоги;



- застосування сучасних механізмів забезпечення доступності та якості лікарських засобів.

Завершуючи виступ, О. Толстанов наголосив, що розбудова нової національної моделі охорони здоров'я України розпочнеться тільки після прийняття відповідних законів, затвердження її загальної Концепції та прийняття Стратегії.

## Подолання кризи доступності та якості медичної допомоги



**Тетяна Бутківська** — голова комітету з питань медичного страхування Ліги страхових організацій України, голоуючий співголова Координаційної ради Платформи Національної стратегії охорони здоров'я України — представила доповідь «Стратегічні підходи до подолання кризи доступності і якості медичних послуг в умовах глибокої тінізації економіки охорони здоров'я (на основі Зasad Національної стратегії охорони здоров'я України)». Зазначено, що від-

повідно до порівняльного методу визначення ефективності охорони здоров'я, який проводиться рейтинговим агентством Bloomberg, в рейтингу країн за ефективністю медичного обслуговування з 2010 р. України нема.

Причина — низькі показники ефективності охорони здоров'я, за якими здійснюється оцінка. Показники щодо України виглядають таким чином:

- середня очікувана тривалість життя при народженні — 71,9 року;
- державні витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП на душу населення — менше 1%;
- вартість медичних послуг у перерахунку на душу населення — 166,9 дол. США.

Стан ресурсного забезпечення в частині фінансування охорони здоров'я в Україні для гарантування доступності і якості медичних послуг населення виглядає катастрофічно.

Національні рахунки України за 2016 р.:

- загальний обсяг фінансування (загальні витрати на охорону здоров'я) — 181 549,9 млн грн. (7,62% ВВП).

Розподіл загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування наступний:

- державні витрати — 44,8% (81 354,5 млн грн.), що становить 3,41% від ВВП;
- витрати домогосподарств — 52,8% (95 882,1 млн грн.);
- приватні фірми — 1,7% (3 087,1 млн грн.);
- донори — 0,7% (1 271,1 млн грн.).

У 2017 р. загальний обсяг фінансування — 180 269 млн грн. (6,9% ВВП) з наступним розподілом за джерелами:

- державні витрати — 87 497 млн грн. (3,37% ВВП);
- витрати домогосподарств — 92 838,5 млн грн. (3,6% ВВП).

**Невтішний висновок** — обсяг державних витрат на охорону здоров'я зменшується, а обсяг приватних ресурсів — збільшується — з 7727,96 млн грн. у 2003 р. до 98 969,22 млн грн. у 2016 р. — у 12,8 раза.

Наведені факти фінансування охорони здоров'я України свідчать про катастрофічний дефіцит ресурсного забезпечення охорони здоров'я за рахунок бюджету з перекладанням основного тягара на домогосподарства (недоступність медичних послуг) і потребує невідкладного прийняття рішення у вигляді об'єднання фінансів (публічних, приватних і інших) для забезпечення системи охорони здоров'я і універсального доступу громадян до отримання медичних послуг.

Левову частку витрат домогосподарств необхідно перевести в легалізовану форму джерел фінансування за рахунок роботодавців та бюджетних механізмів — обов'язкове медичне страхування.

Мова йде не про страхову медицину, а про медичне страхування, в основі якого організація, оплата і контроль медичної послуги (маршрутизація, стандарти, інформаційні технології, контроль якості та вартості, продуктивність, захист пацієнтів — застрахованих осіб тощо).

Зробити це можна за допомогою системного формування джерел фінансування охорони здоров'я, в основі якої є державно-

приватне партнерство і бюджетно- страхова структура фінансування охорони здоров'я (бюджети, обов'язкове та добровільне медичне страхування, інші джерела).

Фрагментарна трансформація системи фінансування охорони здоров'я призводить, як можна бачити, до згубних наслідків та її руйнування.

Система охорони здоров'я потребує комплексного стратегічного підходу до змін всіх її компонентів за чітко розробленою та затвердженою на законодавчому рівні Національною стратегією охорони здоров'я України як основи практичної реалізації трансформації системи охорони здоров'я та її поступального розвитку.

Платформою Національної стратегії охорони здоров'я, яка об'єднала половину учасників соціального діалогу в державі і є відкритою для приєднання інших сторін, затверджено як офіційний документ Засади Національної стратегії охорони здоров'я України, які були розроблені за ініціативи Київського відділення Громадської організації (ГО) «Українська асоціація сприяння охорони здоров'я населення».

Платформа, яку започаткували Український союз промисловців і підприємців, Національна академія медичних наук (НАМН) України, Київське відділення ГО «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення», Ліга страхових організацій України, є відкритим майданчиком соціального діалогу всіх сторін для спільної співпраці партнерів щодо формування й реалізації Національної стратегії охорони здоров'я України.

## Електронне здоров'я: панацея чи небезпека?

**Рустам Сунгатов**, експерт з організації охорони здоров'я eHealth, доктор економічних наук, автор книги «Нова охорона здоров'я» (Прага), представив доповідь «Цифрова економіка і нова охорона здоров'я». Він зазначив, що для забезпечення гарного здоров'я необхідна якісна і доступна медицина — причому медицина не тільки «разова-ремонтна» — клінічна, але й, перш за все, профілактична, включаючи здоровий спосіб життя. Тобто, кажучи про охорону здоров'я, її мета — підвищення якості та доступності медичної допомоги для всього населення.

У «старій» системі охорони здоров'я не виходить стати провайдером якісної і доступної медицини — необхідна «нова» система охорона здоров'я — пацієнт-орієнтована і економічно стійка, яку можна запровадити на етапі входження людства у ЦИФРОВУ ЕКОНОМІКУ, яка є новим технологічним укладом.

При цьому управлінці часто припускають дві типові помилки:

1. Передові технології цифрової економіки автоматично призведуть до підвищення ефективності медицини, а значить, поліпшення надання медичної допомоги.
2. Економіка стає цифровою, а отже, мета охорони здоров'я — цифровізація, щоб «вписатися».

Насправді ж — передові технології не означають автоматично, що медицина стане доступнішою. Більш сильний мотор не означає, що тепер машина поїде куди треба. **Застосування нових технологій за невірної моделі охорони здоров'я може тільки погіршити нерівність у наданні медичної допомоги — за верствами населення, територіями, нозологічними одиницями.**

Мета охорони здоров'я як системи — така сама, як і у будь-якої іншої соціальної системи, — відтворення себе, бажано, розширене. Заради цього система буде готова на що завгодно. Завдання ж суспільства має бути спрямовано на те, щоб охорона здоров'я забезпечила якомога більше якісну і доступну медицину — при цьому, в заданому ресурсному наповненні.

І в цьому дискурсі цифрова економіка та цифрова охорона здоров'я мають не субординовані і не причинно-наслідкові зв'язки. Вони існують паралельно, але їх максимальна взаємодія має бути спрямована на благо кожної системи, а значить, і всього суспільства — і прямо, і опосередковано. Це гуманітарний і соціальний аспекти.

Але є аспект і економічний, і технологічний.

Економіка складається з організації, технологій і ресурсів. У міру розвитку все більшого значення набував ресурс саме людський. І так було до сьогоднішнього дня, коли для нового технологічного укладу — цифрової економіки — вже потрібен не просто людський ресурс, потрібний людський капітал.

Тут суть відмінності полягає в тому, що ресурс — це те, що треба витратити і відновлювати, а капітал — треба зберігати і примножувати.

«Стара» система охорони здоров'я вирішувала завдання відновлення людського ресурсу.

«Нова» система охорони здоров'я — покликана примножувати людський капітал.

Тобто стара система охорони здоров'я гарно виправдовувала себе при всіх попередніх технологічних укладах. Новий уклад вимагає ставлення до людини як до людського капіталу. Нова система охорони здоров'я має вирішувати саме це завдання. Примножувати — через підтримку зміни ставлення до здоров'я як всього суспільства, так і кожного громадянина. І розв'язувати цю проблему в тому числі через цифровізацію охорони здоров'я, інструментом для цього є електронна система охорони здоров'я.

Тобто цифрова економіка і цифрова система охорони здоров'я — це стан об'єктів.

Електронна система охорони здоров'я — інструмент.

А нова система охорони здоров'я — це нова система, яка тотально трансформована, покликана забезпечити якісну і доступну медицину для всіх, вирішуючи при цьому завдання примноження людського капіталу, такого потрібного державі і суспільству в сьогodнішніх реаліях.

Для реалізації цього амбітного плану потрібна цілісна комплексна концепція, далі — стратегія і дорожня карта, потім — функціональні системи і проекти. Починати з проектів будь-якої величини — марно. І хоча технології сьогodні дозволяють здійснювати найскладніші проекти, але вони повинні мати відповідне ресурсне забезпечення.

Доповідач також наголосив, що в охорону здоров'я не можна механічно переносити рішення, навіть успішні, з інших галузей. В охороні здоров'я спроба створити середовище комерційного фінансування, боротьби за ресурси призводить до яких завгодно видів конкуренції, але не до конкуренції за якістю.

## Несистемні управлінські рішення, що несуть ризики



**Ігор Шкробанець** — начальник лікувально-організаційного управління НАМН України, доктор медичних наук, професор, член УМЕС, представив доповідь «Політики охорони здоров'я за напрямками: медичне обслуговування, кадрова політика, інформатизація. Що відбувається і що потребує негайної корекції. Погляд менеджера». Спікер зазначив, що ВООЗ, здійснюючи моніторинг будівництва елементів систем охорони здоров'я країн світу, визначає наявність в 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.

На жаль, в Україні немає створеного за програмно-цільовим методом, науково обґрунтованого документа, легалізованого на національному рівні, що визначав би національну політику та стратегію в галузі охорони здоров'я та відображав загальнодержавні потреби і пріоритети. Цей документ повинен містити реальну оцінку наявних ресурсів, визначати бачення майбутнього системи охорони здоров'я, цілі та завдання незалежно від фракційних, політичних і фінансових інтересів.

Наслідком відсутності зазначеного документа є прийняття МОЗ України несистемних управлінських рішень, що несуть ризики.

Для прикладу, Наказом МОЗ України від 19 березня 2018 р. № 504 затверджено Порядок надання первинної медичної допомоги: виникає проблема із забезпеченням доступності первинної медичної допомоги для громадян, адже наявні лікарі не можуть укладати декларації з пацієнтами понад запропонований наказом МОЗ України орієнтовний норматив у 1,8–2 тис. пацієнтів.

Дефіцит кадрів у системі охорони здоров'я на сьогodні становить близько 40 тис. лікарів та понад 20 тис. середнього медичного персоналу. Тільки на первинній ланці бракує понад 7 тис. лікарів. Крім того, на сьогodні у сфері охорони здоров'я

працюють 27% лікарів та 13% медичних сестер пенсійного віку, які продовжують трудову діяльність лише через неможливість прожити на мізерні пенсії. Особливо гостро питання кадрового забезпечення стоїть у сільській місцевості, де кількість населення, що припадає на одного лікаря, часом у декілька разів перевищує встановлений МОЗ України орієнтовний норматив навантаження у 2 тис. осіб, а радіус обслуговування сягає 15–20 км.

При затвердженні тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта на рівні первинної медичної допомоги не враховано об'єктивних відмінностей у видатках на медичне обслуговування у селах порівняно з містами.

У більшості регіонів стан матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, не відповідає tabelю оснащення, затвердженому наказом МОЗ України від 26.01.2018 р., зокрема щодо технічного забезпечення транспортними засобами, комп'ютерним обладнанням. Відповідно до визначених нормативів на сьогodні оснащено медичними інструментами/інвентарем близько 30% амбулаторій, комп'ютерним устаткуванням/оргтехнікою — 40% амбулаторій, понад 30% амбулаторій не забезпечено автотранспортом.

До прикладів несистемного прийняття управлінських рішень можна додати таке: МОЗ України не надано жодних рекомендацій закладам охорони здоров'я щодо встановлення розміру оплати праці лікарів первинної ланки у зв'язку із запровадженою зміною механізму фінансування. Також незрозуміло, чи застосовуються для лікарів первинної ланки встановлені законодавством доплати і надбавки, зокрема допомога на оздоровлення під час основної щорічної відпустки (постанова Кабінету Міністрів України від 11.05.2011 р. № 524), надбавка за вислугу років (постанова Кабінету Міністрів України від 29.12.2009 р. № 1418), за тривалість безперервної роботи, роботу з дезінфікуючими засобами, чергування вдома тощо (спільний наказ Мінсоцполітики України та МОЗ України від 05.10.2005 р. № 308/519). Крім того, неясно, яким чином буде здійснюватися оплата праці лікарів-інтернів, які проходять навчання на базі центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Безсистемність прийняття управлінських рішень МОЗ України має багато реальних підтверджень, але особливо небезпечними є необґрунтовані рішення щодо реформування служби екстреної (швидкої) медичної допомоги. Серйозне занепокоєння викликає оприлюднений МОЗ України 2 січня 2018 р. для громадського обговорення проект Постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 року № 1114 «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги» (далі — Проект). Цим Проектом пропонується запровадити «парамедичні» бригади екстреної допомоги в Україні. У разі впровадження норм цього Проекту після закінчення перехідного періоду (1 січня 2023 р.) лікарські та фельдшерські бригади екстреної медичної допомоги припинять своє існування.

Запропоновані Проектом правові засади діяльності реформи екстреної (швидкої) медичної допомоги не відповідають вимогам законодавства України: у статті 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я чітко визначено, що екстрена медична допомога — це саме медична допомога, тобто її надають медичні працівники, а не парамедики. Правові, організаційні та інші засади надання екстреної медичної допомоги також визначаються законом, тож інші нормативно-правові акти, зокрема постанови уряду, спрямовані на реформування цієї служби, не мають суперечити нормам закону, які мають вищу юридичну силу. На виконання положень Основ законодавства України про охорону здоров'я прийнято Закон України «Про екстрену медичну допомогу», а також низку підзаконних нормативних актів (постанови Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1114-1121, № 1218 та ін., узгоджені між собою). Зокрема, Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1117 «Про затвердження Типового положення про станцію екстреної (швидкої) медичної допомоги» передбачає наявність винятково двох видів бригад у її структурі — лікарських і фельдшерських.

Відтак, Проект, спрямований на впровадження парамедичних підходів до надання екстреної медичної допомоги, суперечить



засадам зазначених правових актів. Прийняття Проекту становить загрозу відпливу кваліфікованих лікарів, які не погодяться перейти на посаду парамедика, та фельдшерів, які не отримали кваліфікацію парамедика та не навчилися керувати спеціальним транспортним засобом, медичних сестер і водіїв, які не отримали кваліфікацію медичного техніка. Недооцінена роль лікаря на догоспітальному етапі. Як свідчать статистичні дані, досвідчені лікарі вміють рятувати життя хворих у найскладніших ситуаціях. У таких випадках величезну роль відіграє не лише час прибуття на виклик, а й кваліфікація медиків, їхні досвід, уміння, здатність невідкладно приймати рішення, що рятують здоров'я та життя людей.

Отже, запропоновані зміни потребують додаткового обговорення та фінансово-економічного обґрунтування, зокрема зіставлення економії бюджетних коштів за рахунок скорочення кадрового потенціалу та економічних втрат внаслідок фінансування професійної підготовки кваліфікованих медичних працівників, які втрачають роботу, та інвалідизації населення внаслідок неотримання своєчасної екстреної висококваліфікованої медичної допомоги.

Пілотне впровадження змін механізму надання медичної допомоги у чотирьох установах НАМН (Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова, Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска, Інститут нейрохірургії імені А.П. Ромоданова, Національний інститут хірургії і трансплантології імені О.О. Шалімова), що здійснюється на виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 14 червня 2017 р. № 425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги у окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук України», може стати дуже корисним досвідом та не допустити управлінських помилок на етапах модернізації вторинної та третинної медичної допомоги в усіх регіонах України. Проте, на жаль, МОЗ не проявляє ознак конструктивного інтересу до процесу реалізації зазначеного пілоту. Введення нових механізмів фінансування закладів в пілотному режимі засвідчує, зокрема, необхідність використання сучасних електронних технологій обліку, аналізу і комунікацій в організації забезпечення статутної діяльності лікувальних закладів, що функціонують на засадах підприємства.

І знову МОЗ приймає не зовсім коректні та виважені управлінські рішення щодо запровадження електронної системи охорони здоров'я: викликає занепокоєння той факт, що в умовах вільного вибору закладами охорони здоров'я медичних інформаційних систем для роботи з eHealth постає питання щодо термінової уніфікації для забезпечення їх інтеграції між собою, оскільки наразі використання даних між різними системами неможливе навіть у межах госпітального округу, не кажучи про установи НАМН України. Окрім того, електронна система охорони здоров'я (eHealth) запущена без створення системи захисту інформації центральної бази даних, що передбачено Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», якою затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я. Новими нормативно-правовими актами Кабінету Міністрів України передбачено покладення повної відповідальності за забез-

печення захисту персональних даних пацієнтів на надавачів послуг. Така ситуація породжує значні ризики сьогодні та в майбутньому і формує недовіру до реформи у медичного персоналу і громадян.

І на останок, реформа системи охорони здоров'я передбачає усунення корупційних схем під час проведення тендерних закупівель у системі охорони здоров'я, передачу функції державних закупівель від МОЗ України до міжнародних організацій шляхом закупівлі медичних препаратів через міжнародні організації системи ООН, інші міжнародні організації та фонди. Але населення України третій рік поспіль не має гарантованих державою ліків. Тривалі затримки поставок вже закуплених лікарських засобів та медичних виробів унеможливають отримання медичної допомоги за бюджетні кошти, зокрема, у разі захворювання на серцево-судинні, судинно-мозкові та онкологічні недуги, які є основними причинами смерті населення України.

**Висновок:** вимагаємо створення та прийняття на національному рівні програмно-цільового науково обґрунтованого документа, що визначає національну політику та стратегію в галузі охорони здоров'я та відображає загальнодержавні потреби і пріоритети на тривалий період та є завданням для законодавчої, виконавчої влади та медичної професійної громадськості.

### Неефективність застарілих форм управління



**Костянтин Надутий** — координатор УМЕС, заступник голови Правління Всеукраїнського лікарського товариства, член Правління Української асоціації сімейної медицини, експерт Української асоціації районних і обласних рад, член Координаційної ради Платформи Національної стратегії охорони здоров'я, представив доповідь «Управління охороною здоров'я: гегемонія і домінація чи використання суспільних потенціалів?». Він нагадав, що ще в 2014 р., починаючи розробку бачення майбутнього — Концепції нової національної системи охорони здоров'я України, — її розробники одразу окреслили інший формат моделі управління. Означено таку модель як «державно-громадська».

### Що це означає?

Це означає слідування новій парадигмі управління. Криза ресурсів, інформатизація, зіткнення «лівих», соціальних поглядів з «ліберальними» — все це зумовлює неадекватність, архаїчність домінуючих стосунків, необхідність максимального розкриття суспільних потенціалів.

Якщо прагнемо стати частиною світу, що розвивається все динамічніше, формули «Я начальник — ти дурень» та «Начальник завжди правий!» мають назавжди відійти у минуле разом з домінацією у всіх її проявах.

Натомість сьогоднішня реформа, на жаль, демонструє абсолютну протилежний вектор. Навіть перший суттєвий крок — створення закупівельної агенції — Національної служби здоров'я України яскраво свідчить про прагнення абсолютної домінації в поєднанні з ігноруванням, забуттям або навіть скасуванням важливих складових цілісної системи управління галузю.

Такий собі мішок з грошима, який управляється за класичним «Сам п'ю, сам гуляю, сам стелюся, сам лягаю!». Все сам!

Модель управління, яка формується зараз, радше нагадує тоталітаризм, ніж погляд в майбутнє. Якщо забути про адекватне фінансове і матеріально-технічне забезпечення, Національна служба здоров'я України крутіша за Держплан (якщо хтось пам'ятає).

### Що заважає нам піти правильним шляхом?

Україна має бачення і документи, в яких це бачення детально прописано.

Звертаємо увагу — проекти документів для реформи суттєво старші за нинішню реформу. Отже, нічого закидати на критиканство — це відвертий наклеп, пропагандистський виверт.



Уряд і нинішня каденція очільництва МОЗ об'явили всіх, хто має іншу думку, ворогами реформи. Натомість нинішні впровадження — це ні що інше ніж шахрайськи поцуплені та ще й створені фрагменти більш ранніх національних напрацювань.

Отже, відповідь на питання, хто ворог реформ і народу України, ще попереду.

Українське лікарство прагне доєднатися до європейської сім'ї лікарських вільних спільнот. Європейський суд ще у 2001 р. визначив 41 ліберальну професію, серед яких лікарі, медсестри, провізори. Це професії, де чиновникам робити нічого. Не може чиновник, та й навіть юрист, розсудити питання, які потребують професійної оцінки.

Натомість, що нам пропонує МОЗ і його лобісти? Зміцнення чиновницької диктатури, впровадження інструментів керованої МОЗ фільтрації рядів професіоналістів!

Ця нечесна гра з наївними насувається під гаслами «звільнення від рабства». Уряд України єдиний в світі, який вважає, що українцям лікарів забагато. Отже, треба зменшувати! От і тиснуть у всякий спосіб.

В Європейському Союзі в середньому 32–33 лікаря на 100 тис. населення. У нас вже 28!

Ситуація стрімко погіршується.

Чому так? Найрозумніші, найперспективніші добре розуміють — умови для звільнення від рабства, для розкриття потенціалу сьогодні існують лише за межами України.

Наша відповідь на волюнтаризм, антиукраїнську кадрову політику в охороні здоров'я — лікарське самоврядування.

Комусь рік тому важко було зорієнтуватися з оцінкою цілеспрямування закону «Про фінансові гарантії медичного обслуговування», але те, що відбувається тут і сьогодні в кадровій політиці, вже, як кажуть, «шибає в ніс».

Попередні доповідачі розкрили частину елементів в основному нового для нашого суспільства інституту. Важливо зрозуміти, його відсутність може дорого обійтися кожному пацієнту і державі, а не тільки лікарям. Там, де між лікарями і пацієнтами стали юристи, їх «пиклування» оплатають обидві сторони. Уже з високих трибун звучать ідеї «лікар повинен боятися пацієнта».

Уявіть собі такі стосунки!

Потенціал лікарської спільноти як складової системи управління охорони здоров'я ще не розкритий. Однак, якщо ми обрали європейський вектор, — до цього треба цілеспрямовано йти. Сьогодні чути багато нарікань, мовляв, Майдан нічого не дав.

Так, у нас у всіх є претензії до нашого особистого вибору, який ми тоді зробили на п'яній хвилі свободи. Але ніщо не марно! Сьогодні значно краще усвідомлюємо, хто є хто і ким є ми самі. Ми маємо можливість про це відкрито говорити, вимагати того, чого дійсно прагнемо.

## Необхідність формувати свою модель охорони здоров'я



Проблемну доповідь «Національний контекст України і найкращі світові практики: копіювати й наздоганяти чи робити своє?» представив **Андрій Гук**, лікар-нейрохірург, завідувач відділення ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова НАМН України», кандидат медичних наук, член Координаційної ради УМЕС, член ПРО SVITA, член правління Всеукраїнського лікарського товариства, член Київського відділення ГО «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення», голова ради ГО «Асоціація медиків Революції гідності».

За його словами, реформа системи охорони здоров'я в Україні є актуальною від самого початку незалежності України у 1991 р. Усі президенти і уряди України приділяли певну увагу питанню реформування охорони здоров'я, проте найвищим пріоритетом їх діяльності це так і не стало. Тому тягар невирішених проблем в охороні здоров'я з року в рік тільки збільшувався і досягнув свого апогею саме у час підписання Угоди про асоціацію України з Європейським Союзом у 2014 р.

Попередні спроби реформувати систему охорони здоров'я України не мали сталості і наступності та були спрямовані, як правило, на адаптацію «однієї із успішних моделей західних країн», без урахування національного контексту і реального стану економіки України.

На жаль, навіть після подій Революції гідності і підписання Угоди про асоціацію України з Європейським Союзом, вже другий поспіль Уряд України не наважується визнати неможливість проведення реформи без запровадження системних, визначених концептуально і стратегічно та погоджених у часі заходів з відпо-відним їх фінансуванням.

Затвердження Урядом «Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я», «Концепції розвитку системи громадського здоров'я», прийняття Верховною Радою Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» не вирішують питань поліпшення доступності і якості надання медичної допомоги і подальшого функціонування закладів охорони здоров'я при неадекватному ресурсному забезпеченні, катастрофічному дефіциті медичних кадрів, неможливості залучення приватних інвестицій.

За оцінкою Європейського регіонального бюро ВООЗ, сучасний стан здоров'я української нації характеризується низьким рівнем тривалості життя, вкрай високими показниками захворюваності та смертності, відсутністю можливості отримувати громадянами України належну медичну допомогу.

Організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні та інші фундаментальні помилки заважають Україні отримувати вигоду від власного людського капіталу та перешкоджають проведенню комплексу економічних і соціальних заходів, які прямо або опосередковано сприяють досягненню найвищого рівня здоров'я українців і збільшенню тривалості їх якісного життя.

Єдиний шлях розв'язання системних проблем у сфері охорони здоров'я — це стратегічно орієнтована державна політика, основним завданням якої є визначення здоров'я громадянина (людини) одним з основних пріоритетів держави, створення, розвиток та забезпечення функціонування новітньої національної системи охорони здоров'я.

Новітня національна система охорони здоров'я має базуватися на засадничих принципах, котрі є фундаментальними і такими, що мають застосовуватися в усіх секторах охорони здоров'я та мають бути відображеними на кожному наступному етапі побудови та розвитку системи охорони здоров'я, а саме: системний комплексний розвиток та інтегрованість, децентралізація, безпека, доступність, публічність, якість, превентивність.

Формування й реалізація Національної стратегії розвитку (трансформації) охорони здоров'я України на зазначених принципах має здійснюватися згідно з шістьма компонентами, визначеними ВООЗ: надання медичних послуг, трудові ресурси охорони здоров'я, інформаційні системи охорони здоров'я, фінансування, доступ до основних лікарських засобів і медичних виробів, лідерство/управління.

## Пропозиції

- Завершення роботи з доопрацювання узгодженої з представниками громадських організацій, експертного середовища, роботодавців, страховиків і пацієнтів Концепції і Стратегії трансформації системи охорони здоров'я України, яка відповідає сучасним вимогам та перспективним потребам України, та затвердження їх відповідними рішеннями Уряду.
- Законодавче визначення та впровадження лікарського самоврядування шляхом прийняття відповідного закону.
- Запровадження повноцінної системи державного обов'язкового медичного страхування і системи сприяння розвитку добровільного медичного страхування шляхом прийняття відповідного закону.
- Розробка та прийняття відповідного комплексного закону, який врегульовує систему функціонування системи охорони здоров'я, включаючи надання медичної допомоги, фінансування і управління медичним обслуговуванням («Закон про охорону здоров'я України», «Кодекс законів про охорону здоров'я України»).



## Порушення прав людини в ході медичної реформи від Уряду



**Олеся Дацко**, член громадської ради при Львівській обласній державній адміністрації, представниця ГО «Центр суспільних інновацій», доповіла про те, у що громадянам України обходиться медична реформа за відсутності національної політики охорони здоров'я. Вона спробувала також дати відповідь на питання, що ж відбувається в Україні — реформа чи псевдореформа охорони здоров'я.

Доповідач нагадала, що відповідно до статті 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я та збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Відповідно до статті 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

**Тож держава гарантує кожному право саме на медичну допомогу, а не на медичну послугу.**

Наразі в Україні наявна катастрофічна демографічна криза. За даними Державної служби статистики України (Держстат), кількість населення України у 1992 р. становила трохи більше 52 млн людей, а у 2017 р. — вже трохи більше ніж 42,5 млн. За прогнозами ООН, до 2050 р. населення України зменшиться на 18% і становитиме близько 36 млн. Також фіксується катастрофічний рівень захворюваності — за даними Держстату, у 2017 р. захворюваність на усі хвороби становила більше 26 млн.

До того ж реформа охорони здоров'я здійснюється в умовах, коли не визначено зміст базового права на медичну допомогу і охорону здоров'я. Також незрозуміло, хто несе персональну відповідальність за реалізацію медичної реформи, — більше 2 років Уляна Супрун залишається в.о. міністра охорони здоров'я України. Таке тривале виконання обов'язків без призначення на посаду не передбачене чинним законодавством.

Проаналізувавши національні рахунки у сфері охорони здоров'я за 2016 р. (дані Держстату), можна зробити висновки, що держава фактично переключила витрати на охорону здоров'я на населення: понад половину усіх витрат (52,29%) забезпечують домогосподарства. При цьому при розподілі домогосподарств за найбільшими для них цінностями здоров'я поставили на перше місце 76,5% домогосподарств. Частка осіб, які зверталися за медичною допомогою у 2017 р., становить 82,8%. При цьому майже 30% не могли отримати медичну допомогу.

Слід зазначити, що відповідно до статті 22 Конституції України ніхто не може скасувати чи звузити право на безоплатну медичну допомогу. Адже в ній зазначено, що права і свободи людини і громадянина, закріплені цією Конституцією, не є вичерпними. Конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані. При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод.

Тож слід усвідомити, що держава надає медичну допомогу, а не ринкову послугу.

Бо турбота про громадян — це обов'язок держави, визначений Конституцією, яка декларує життя і здоров'я громадян як найвищу соціальну цінність.

Здоров'я людей не може бути об'єктом ринкових відносин, бо це запорука існування держави.

До того ж тотальна зміна організаційно-правових форм закладів охорони здоров'я на комунальні підприємства ставить їх під загрозу банкрутства і ліквідації принаймні частини публічної мережі закладів охорони здоров'я! Така зміна є необґрунтованою, бо свідчить про перетворення системи охорони здоров'я на ринок послуг, а не на соціальну систему держави, яка забезпечує її життєву функцію — самовідтворення народу, наголосила О. Дацко.

*Олександр Устїнов,  
фото Сергія Бека*

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Рання реабілітація після інсульту: не навреди!

Биологическое обоснование ранней мобилизации у пациентов с инсультом базируется на трех аргументах: имеются доказательства того, что постельный режим замедляет выздоровление; некоторые из наиболее распространенных и серьезных осложнений инсульта связаны с ограничением подвижности; современные концепции биологического восстановления после черепно-мозговой травмы предполагают узкое окно для нейропластичности и восстановления мозга. Однако существуют опасения относительно потенциального вреда ранней мобилизации, особенно в первые 24 ч после начала инсульта. Хотя очень ранняя мобилизация (ОРМ) рекомендована в ряде клинических руководств по острому инсульту, в настоящее время лишь косвенные данные подтверждают эти рекомендации.

Ученые из Великобритании провели систематический обзор исследований с целью определения, действительно ли ОРМ (начатая не позднее чем через 48 ч после появления симптомов) у людей с острым инсультом улучшает восстановление по сравнению с обычным лечением. Проанализированы исследования, в которых изучали влияние ОРМ в течение 48 ч с момента появления симптомов инсульта по сравнению с более отсроченной мобилизацией (3–7-й день). Термин «очень ранняя мобилизация» определили как любое увеличение объема физической активности вне постели (например ходьба в туалет, сидение в постели, стояние). Проведен поиск в Реестре клинических испытаний Кокрановской группы, включено 9 рандомизированных клинических исследований с 2958 участниками.

ОРМ сопряжена с аналогичной или чуть большей летальностью и инвалидизацией по сравнению с отсроченной мобилизацией

( $p=0,36$ ; 8 испытаний; доказательства среднего качества). Летальность составила 7% у участников, получивших отсроченную мобилизацию, и 8,5% — участников группы ОРМ ( $p=0,11$ ; 8 испытаний, 2570 участников; доказательства среднего качества). Получен более высокий средний балл по оценке повседневной активности с использованием индекса Бартела в группе ОРМ, по сравнению с контрольной группой ( $p=0,001$ ; доказательства низкого качества). Не выявлено существенных различий по результатам шкалы субъективной оценки качества жизни между группами ( $p=0,42$ ; 68 участников). Средняя продолжительность пребывания в стационаре была короче в группе ОРМ, по сравнению с обычным уходом ( $p=0,0008$ ; 8 испытаний, 2532/2618 участников; доказательства низкого качества). Не было статистически значимой разницы в риске возникновения осложнений у участников группы ОРМ (287/1436, 20,0%) по сравнению с контрольной группой (301/1342, 22,4%) в конце планового наблюдения (доказательства низкого качества).

Таким образом, ОРМ, включавшая первую мобилизацию в течение 24 ч после начала инсульта, не влияла на оценку качества жизни и риск возникновения осложнений. ОРМ, возможно, сократила продолжительность пребывания в больнице примерно на один день, но данные были основаны на доказательствах низкого качества. Анализ чувствительности повысил вероятность полученных данных относительно более высокого риска смерти в конце наблюдения. Таким образом, применение ОРМ не является оправданным.

Langhorne P., Collier J.M., Bate P.J. et al. (2018) Very early versus delayed mobilisation after stroke. Cochrane Database Syst Rev., 10: CD006187.

*Маргарита Марчук*