

Медична реформа від Уряду призводить до накопичення помилок управління і зростання ризиків

У цій публікації ми завершуємо висвітлення актуальних для медичної галузі питань, які обговорювалися під час круглого столу на тему «Партнерство в публічному управлінні охороною здоров'я для підвищення людського потенціалу нації», який відбувся 12 грудня 2018 р. у Верховній Раді України. Захід було проведено за сприяння Всеукраїнського лікарського товариства, медичних асоціацій і товариств — членів Національної лікарської ради України, Української медичної експертної спільноти (УМЕС). У попередніх публікаціях ми розповідали про погляд медичної спільноти на Національну стратегію охорони здоров'я, на деталі проведення медичної реформи та на ефективний менеджмент в охороні здоров'я.

У цій публікації йдеться про ще цілу низку проблемних питань, наведено висновки учасників круглого столу та Заяву учасників круглого столу.

Роль лікарської спільноти у питаннях безперервного професійного розвитку



Ірина Мазур, доктор медичних наук, професор, президент Асоціації стоматологів України у своїй доповіді «Безперервний професійний розвиток лікарів: до національної моделі на основі партнерства академічної освіти і професійного самоврядування», зазначила, що Безперервний професійний розвиток фахівців у сфері охорони здоров'я (БПР) — це безперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та триває протягом усього періоду професійної діяльності.

Основною метою БПР є підвищення якості надання медичної допомоги шляхом підвищення професійної компетентності та неперервного вдосконалення професійних знань та вмінь.

Саме тому стратегічним завданням системи охорони здоров'я України є створення національної системи безперервної медичної освіти лікарів, що об'єднує зусилля закладів післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України (провайдери формальної освіти лікарів), лікарського самоврядування (провайдери неформальної освіти) та професійних медичних асоціацій (провайдери інформальної освіти).

Якість управління охорони здоров'я на місцевому рівні



Олександр Бурій, завідувач терапевтичного відділення Комунальної 3-ї стоматологічної поліклініки міста Львова, майор медичної служби, представив доповідь «Якість управління охорони здоров'я на місцевому рівні. Як це виглядає у Львові».

На його думку, те, що зараз відбувається у Львові, — це руйнація системи охорони здоров'я з подальшою комерціалізацією.

Як зазначив О. Бурій: «У Львові повністю знищується соціальна стоматологія. Ліквідовано всі дитячі стоматологічні кабінети в навчальних закладах міста, не проводиться планова санація та припинено реалізацію

державних програм з дитячої стоматології. І це в той час, коли Львівська область офіційно визнана ендемічним регіоном.

Катастрофічна ситуація і з комунальними стоматологічними поліклініками. Дві за ухвалами Львівської міської ради перетворено в підприємства (комунальні некомерційні — прим. ред.). Змінено організаційно-правові форми, установа з бюджетної із захищеними статтями, яка була застрахована державою від банкрутства та ліквідації, перетворилася в підприємство, яке будь-якої миті може збанкрутувати. Вже є такі прецеденти. Дві бюджетні установи, які відстоюють у судах своє право на існування, за ухвалами міської ради припиняють діяльність шляхом приєднання до цих підприємств. А це вже неприхована ліквідація медичних закладів охорони здоров'я, що заборонено Конституцією України. За словами доповідача, пункт 4 статті 104 Цивільного кодексу України забороняє таку реорганізацію, також постановою Кабінету Міністрів від жовтня 2018 р. № 910 про військово-медичну доктрину говорить про створення медичного резерву закладів охорони здоров'я, що фактично забороняє ліквідацію медичних закладів.

Попри нормативну базу, всупереч чинному законодавству та Конституції України чиновники Львівської міської ради проводять ліквідаційні дії щодо комунальних стоматологічних установ. Відбувається повна комерціалізація соціальної стоматології. Лікарі стають заробітчанами, а пацієнти — клієнтами, які можуть отримати стоматологічну допомогу лише за гроші. Ще одне ноу-хау реформи по-львівськи — навіть пільгова категорія населення без львівської реєстрації може отримати стоматологічну допомогу лише на платній основі.

Тепер про ціни. Люди, які все життя лікувалися в цих поліклініках, не зможуть лікуватися за незаконно встановленими розцінками.

Я представляю колектив Комунальної 3-ї стоматологічної поліклініки, який вже майже два роки бореться за збереження установи.

За чітку громадянську позицію щодо збереження медичного закладу в статусі бюджетної установи та відстоювання прав громади в судах переслідуються та зазнають шаленого тиску працівники нашої поліклініки.

Виникають питання: кому вигідна ліквідація комунальних закладів охорони здоров'я, що буде з приміщеннями, де вони розміщені, де будуть отримувати допомогу 85% населення, які лікуються в бюджетних закладах охорони здоров'я, чому певні політичні сили так зацікавлені в ліквідації медичних закладів і чий інтереси вони лобіюють?».

За словами доповідача, із нас намагаються зробити противників реформи. Але саме ми найбільше зацікавлені в справжньому реформуванні, яке мають здійснювати фахівці галузі, спираючись на законодавчу базу і кошти, які скеровуватимуться прицільно на зміни на краще. Окрім того, без зміни системи оподаткування не може бути й мови про будь-яку реформу.

Перспективи лікарського самоврядування в Україні



Микола Тищук, голова правління Всеукраїнського лікарського товариства, повідомив, що українські лікарі, поза сумнівом, користуються повагою своїх європейських колег, вони на рівних спілкуються з ними стосовно найскладніших медичних питань, вагомими є їхні наукові досягнення, їх охоче запрошують на роботу до цих країн. І як видно з листа, якого підготувало зібрання лікарських самоврядних організацій Центральної і Східної Європи і підписали 17 національних лікарських організацій, а також Постійний комітет європейських лікарів (CPME), вони цілковито підтримують прагнення українських лікарів до самоврядування.

Отже, маємо всі підстави, щоб увійти в коло європейських самоврядних організацій і отримати ті права і повноваження, які визначаються відповідним законом, а водночас і ту відповідальність, яка цим же законом покладається на самоврядну організацію лікарів. 6 квітня 2018 р. у Верховній Раді за № 8250 зареєстровано проект Закону України «Про лікарське самоврядування», який було підготовлено за участю Національної лікарської ради України і за сприяння міжнародної експертної групи. Авторами проекту закону стала велика група народних депутатів на чолі з головою профільного комітету Верховної Ради України професором Ольгою Богомолець. Тепер від волі і працездатності Верховної Ради залежить, чи цей закон буде прийнятий.

Лікарська діяльність належить до категорії регульованих, і держава визначає, хто має здійснювати регуляторні функції, що її стосуються. В авторитарних системах держава покладає таке завдання на відповідний державний інститут. В європейській традиції держава легітимізує відповідні повноваження самоврядних організацій лікарів. Маємо ще один тест щодо того, чи дійсно Україна прагне до Європейського Співтовариства.

Тому вкрай прикро, що українські лікарі не мають такої поваги певних можновладців, як від своїх пацієнтів і європейських колег. На думку декого з представників влади, лікарі ще не доросли до того, щоб мати самоврядування. Інша річ, на їх таки думку, вони цілком доросли до права адмініструвати (чи приросли?). У всякому разі, про це свідчить проект Концепції професійного

ліцензування лікарів, підготовлений МОЗ (чи для МОЗ?). М. Тищук висловив впевненість, що ще одне ліцензування, особливо під час змін умов фінансування медичної допомоги, крім шкоди, нічого не дасть. Державницьким і чесним реформаторським рішенням буде запровадження лікарського самоврядування. Відповідну Заяву Всеукраїнського лікарського товариства оприлюднено 12 липня.

Лікарське самоврядування важливе не лише для лікарів, воно є корисним для пацієнтів. Європейський і світовий досвід показує, що кращого контролю за професійною діяльністю лікарів, ніж той, який здійснюється незалежними колегами, немає. Це стосується оцінки якості медичної допомоги, лікарських помилок чи недбалства, рівня кваліфікації і безперервного професійного розвитку — усього, що пов'язано з лікарською практикою. Тому всі міжнародні організації, членом яких є Всеукраїнське лікарське товариство, надають надзвичайно велике значення професійній автономії і самоврядуванню лікарів. Це підтверджено в основоположних деклараціях Світового лікарського товариства (World Medical Association).

Стандарти і протоколи в охороні здоров'я



Алла Степаненко, професор кафедри медичного забезпечення Української військово-медичної академії Міністерства оборони України, доктор медичних наук, член УМЕС, член ПРО S VITA, у своїй доповіді «Національні медичні стандарти — 3 роки регресу. Що робити негайно, щоб відновити європейський вектор?», зазначила, що гармонізація системи охорони здоров'я України із європейськими принципами розробки клінічних протоколів на засадах доказової медицини відбулася завдяки роботі двох проектів Євросоюзу в Україні: «Support to the Development of a System of Medical Standards in Ukraine» — «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» (EUROPEAID — NICARE No. 2003/065-429), 2004–2006 pp. та «Support to Secondary Healthcare Reform in Ukraine» — «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (EuropeAid/123236/C/SER/UA), 2007–2009 pp.

Офіційне впровадження європейських принципів відбулося з прийняттям наказу МОЗ України від 28.09. 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних докумен-



тив зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

Завдяки цьому мультидисциплінарні робочі групи МОЗ України на основі наукової методикої (інструменту AGREE — Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) обирали якісні зарубіжні клінічні настанови, за міжнародною методологією (ADAPTE Collaboration) здійснювали адаптацію клінічних настанов, яка проводиться в країнах, які не розробляють клінічні настанови самостійно (таких багатьох, до них належить і Україна), здійснювали професійний переклад клінічних настанов та на їх основі розробляли уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги і (або) медичні стандарти за певною темою. Через три роки ці документи переглядалися та оновлювалися.

Цей алгоритм був зруйнований «змінами» МОЗ України у 2016 р., зокрема, наказом від 29.12.2016 р. № 1422 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 751» (далі — Наказ № 1422). З цим наказом в системі охорони здоров'я з'явився документ — «новий клінічний протокол медичної допомоги — клінічна настанова, обрана Міністерством охорони здоров'я України», виключений етап адаптації клінічних настанов (?), дозволена поява кількох нових клінічних протоколів для однієї клінічної ситуації (захворювання) на вибір лікаря (?).

Зарубіжні експерти застерігали МОЗ України: «Більшість міжнародних настанов, розроблених в країнах з високим рівнем доходів, таких як США, Великобританія і більшість європейських країн, не можуть бути просто прийняті і застосовуватися в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Це відбувається через такі фактори, як фінансові обмеження, культурні та популяційні відмінності, доступність/недоступність ліків і лікувальних процедур, очікування пацієнтів, різні правила доступу до медичного обслуговування і так далі».

Європейські методологічні засади розробки протоколів на національному рівні проголошують: «Так, в країнах із низьким рівнем ресурсів адаптація настанов високої якості є шляхом, яким треба йти. Це може бути зроблено на науковій основі з використанням методології та інструментарію ADAPTE» («Адаптація міжнародних настанов на основі доказів: процес ADAPTE». *Middle East Fertility Society Journal, Volume 18, Issue 2, June 2013*).

МОЗ України має усвідомлювати, що впроваджені Наказом № 1422 «нові клінічні протоколи» мають бути фінансово і ресурсно забезпечені, і саме МОЗ України відповідає за це, а не лікарі.

Важливо зауважити, що всі клінічні настанови є зарубіжними розробками і викладаються англійською або іншими іноземними мовами країн-розробників, і проблему перекладу, а по суті, доступності таких документів, МОЗ України поклато на медичні заклади і лікарів.

Наказом МОЗ декларується ситуація «одночасної наявності кількох нових клінічних протоколів медичної допомоги при одному й тому самому захворюванні». Це означає, що протоколи будуть мати відмінності і у лікаря знову не буде чіткого документа з єдиними доказовими орієнтирами.

Наказом вилучається Локальний протокол медичної допомоги як документ, що діяв у медичних закладах України, та ін.

У зв'язку з цим заклади охорони здоров'я України просто позбавлені можливості надавати ефективну допомогу, оскільки відсутні внутрішні формалізовані інструкції про порядок і терміни виконання медичних втручань, відсутні індикатори і критерії якості цієї роботи (як частина локального протоколу). Проте, як свідчить практика, медичні заклади, які раніше розробляли локальні медичні протоколи, користувалися ними і відчули їх вплив на якість роботи, продовжують це робити і далі.

Представлені у Наказі № 1422 «нововведення» видаються МОЗ України «важливим кроком на шляху реформування системи», а де-факто — це шлях назад від європейських і світових засад розробки клінічних протоколів, а значить, і від належної якості медичної допомоги.

Що робити?

Якщо МОЗ України негайно не повернеться до наукових засад європейської методикої вибору (інструмент AGREE) і адаптації клінічних настанов (методологія ADAPTE), то до цього мають залучитися професійні асоціації лікарів України за різними спеціаль-

ностями. В основу клінічних протоколів мають бути покладені науково обґрунтовані клінічні настанови, наприклад європейських асоціацій за певною спеціальністю, або інші, що відповідають вимогам AGREE. Кожна з професійних асоціацій має право рекомендувати лікарям їх використовувати. У багатьох країнах саме так і відбувається, і українська медична спільнота може просуватися таким шляхом. Оскільки клінічні протоколи — це документи виключно медичного професійного спрямування, вони у багатьох країнах затверджуються професійними медичними організаціями.

Необхідність створення дієвого управлінського органу



Іван Сорока, президент Українського медичного клубу, нагадав, що учасники круглого столу зібралися для того, щоб поговорити про партнерство в публічному управлінні охороною здоров'я. На жаль, такого партнерства на сьогодні немає, і це є дуже велика проблема. Він висловив побажання, щоб у резолюції круглого столу було написано, що слід використовувати усі можливі способи і методи для того, аби залучити в управлінський процес усі органи вла-

ди: і Комітет, і Адміністрацію Президента, і Секретаріат Кабінету Міністрів, і, безумовно, МОЗ. Адже Україна — парламентсько-президентська республіка. І Парламент має взяти на себе відповідальність та створити умови для того, щоб верховенство права, верховенство публічного управління було першочерговим. На сьогодні реалізація проєктів Світового банку проходить без участі медичної спільноти, так само відбувається реформування системи охорони здоров'я, прийняття управлінських і кадрових рішень, зміни на первинній ланці. «Пропозиція полягає в тому, що ми маємо створити дієвий управлінський орган, можливо, при Комітеті, при новообраному Президенті України, чи при Секретаріаті Кабінету Міністрів. Але це має бути дієвий орган, який розроблятиме дієві управлінські рішення. Адже та ситуація, яка є на сьогодні, неприпустима у цивілізованій державі», — зауважив І. Сорока.

Необхідність моніторингу ситуації в охороні здоров'я



Петро Клименко, голова Ради Київського відділення громадської організації «Українська асоціація сприяння охороні громадського здоров'я», кандидат медичних наук, у доповіді «Скасовуємо облік і моніторинг, чи запроваджуємо «евростатистику»?» зазначив, що будь-яка система має складові елементи, що характеризуються певними параметрами. Система охорони здоров'я не є винятком. Це підтверджується дослідженнями, викладеними в документі «Моніторинг будівництва елементів систем охорони здоров'я, керівництво за показниками і стратегії їх вимірювання», підготовленому Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), експертами ВООЗ з різних країн світу, Світовим банком та іншими в 2010 р. Прийняття рішення про зміни починається зі збору і аналізу об'єктивної інформації про ситуацію, яка характеризується певними вихідними даними.

Бажання України вступити в Євросоюз зумовило низку дій в цьому напрямі. Статтею 427 Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, ратифікованої Законом України від 16.09.2014 р. № 1678-VII, передбачено, що співробітництво між сторонами охоплює сферу інформації та знань у галузі охорони здоров'я, у тому числі з огляду на підхід «охорона здоров'я у всіх політиках держави». Крім того, в цій самій статті Угоди вказується на необхідність обміну інформацією та найкращими практиками і здійснення інших спільних заходів і поступової інтеграції України в європейські мережі охорони здоров'я.

Також з 1 січня 2016 р. вступив в силу «Порядок денний досягнення цілей сталого розвитку» ООН. Хоча цілі сталого розвитку не є юридично обов'язковими, планується, що уряди повинні взяти на себе відповідальність і створити національні програми для досягнення 17 цілей. Країни несуть відповідальність за подальшу діяльність і прогрес в реалізації цілей, які потребують якісного, доступного та своєчасного збору даних. ВООЗ розроблено 21 медичний індикатор показників діяльності системи охорони здоров'я, за якими буде проводитися моніторинг і аналіз зусиль Уряду в досягненні цілей сталого розвитку:

- материнська смертність;
- смертність новонароджених і дитяча смертність;
- інфекційні хвороби;
- неінфекційні захворювання та психічне здоров'я;
- зловживання алкоголем або наркотиками;
- травми при дорожньо-транспортних пригодах;
- сексуальне та репродуктивне здоров'я;
- фінансування охорони здоров'я;
- контроль за тютюном;
- допомога в цілях розвитку та охоплення щепленнями/імунізація;
- працівники охорони здоров'я;
- санітарія та гігієна;
- мобілізація ресурсів;
- неповноцінне харчування дітей;
- питна вода;
- національні та глобальні ризики для здоров'я;
- чиста побутова енергія;
- чисті міста;
- стихійні лиха;
- запобігання насильству;
- реєстрація смерті.

Для прийняття відповідальних рішень виникає необхідність дослідити вихідні дані і стан системи охорони здоров'я, обов'язково враховуючи кількісні економічні показники зазнаних збитків від хвороб, травм, факторів ризику, що прийняті в усьому світі. У доповіді ВООЗ про стан охорони здоров'я в світі (2013 р.) «Роль наукових досліджень для забезпечення загального охоплення медико-санітарними послугами» переконливо показано, що загальне охоплення медико-санітарними послугами — з повним доступом до високоякісних послуг в сфері профілактики, лікування і захисту від фінансового ризику — не може бути забезпечено без фактичних даних, що одержуються в результаті наукових досліджень. Аналогічна думка висловлена в доповіді про стан охорони здоров'я в Європі (2015 р.) «Цільові орієнтири і більш широкі перспективи — нові рубежі в роботі з фактичними даними», де прямо пов'язується прогрес в реалізації політики «Здоров'я-2020» з проблемами в галузі вимірювання і звітності. Важливою метою Третьої Програми дій Європейського Союзу в галузі охорони здоров'я (2014–2020 рр.) та Стратегічного плану (2016–2020 рр.) Генерального директорату Європейської Комісії з питань охорони здоров'я та безпеки харчових продуктів визначено «забезпечення прийняття політичних рішень в охороні здоров'я на основі фактичних даних», передбачається розробка інструментів моніторингу ситуації в охороні здоров'я та індикаторів ступеня досягнення політичних цілей для своєчасного їх коригування, зміни термінів виконання поставлених завдань, а також перегляду обсягів фінансування. У 2015 р. ВООЗ розроблено «Глобальний довідковий список 100 основних показників охорони здоров'я».

Фармацевтична опіка як невід'ємна складова системи охорони здоров'я



Віталій Усенко, консультант з медичних питань ПАТ «Фармак», лікар-анестезіолог, представив доповідь «Фармацевтичне обслуговування в Україні. Що треба робити».

Зазначено, що реформа охорони здоров'я в Україні оминула таку важливу ланку системи охорони здоров'я, як долікарняна фармацевтична допомога. У контексті реформи охорони здоров'я провізор і фармацевт можуть стати відмінними помічниками і союзниками сі-

мейного лікаря. Наприклад, спрямування провізором пацієнта до сімейного лікаря може прискорити процес укладання контрактів між споживачами медичних послуг і сімейними лікарями і таким чином сприяти збільшенню охоплення населення первинною медичною допомогою. Адже провізора або фармацевта пацієнт бачить частіше, ніж лікаря, так чому б не використовувати цей додатковий ресурс?

Що стосується європейських країн, то кожна з них взяла власне визначення поняття «фармацевтична допомога» і перелік послуг, які надаються в її рамках, відповідно до національної культури, традицій і системи охорони здоров'я. Тобто в Європейському Союзі поняття «фармацевтична допомога» враховує національну специфіку. Фармацевтична допомога в багатьох країнах Європейського Союзу регулюється в рамках національних законів «Про лікарські засоби».

В Україні, по-перше, треба дати чітке визначення таких термінів як «фармацевтична допомога», «фармацевтична послуга», «аптека», «належна аптечна практика», «фармацевтична безпека лікарського засобу». Це розглядалося на засіданні Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я.

Треба знов повернутися до проекту Закону України «Про лікарські засоби» № 2162-д, який вже розглядався на Комітеті, однак не був прийнятий.

Законопроект № 2162 доопрацьований 13.07.2018 р. і внесений на розгляд Верховної Ради народними депутатами України О.В. Богомолець, А.Ф. Шипком, Т.Д. Бахтеєвою, О.М. Біловолом, О.С. Мусієм, Т.А. Донець, І.М. Шурмою, С.І. Березенком, І.В. Сиоєнком, К.В. Яринічем, О.В. Колгановою, О.М. Кириченком.

Цей законопроект містить визначення «фармацевтична послуга», «аптека», «належна аптечна практика», «фармацевтична безпека лікарського засобу».

На виконання цього закону необхідно буде прийняти відповідні підзаконні акти Кабінету Міністрів України та МОЗ.

Для створення ланки долікарняної фармацевтичної допомоги необхідно підзаконними актами впроваджувати **правила належної аптечної практики**, взявши за основу «Joint FIP/WHO Guidelines on Good Pharmacy Practice: Standards for Quality of Pharmacy Services. WHO Technical Report Series, No. 961, 2011, Annex 8» та адаптувавши ці правила до України.

Правила належної аптечної практики на цьому етапі, на відміну від належної виробничої практики та належної практики дистрибуції, повинні бути добровільним галузевим стандартом, який узгоджується з професійними організаціями самоврядування фармацевтичної діяльності та визначається Центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я. Професійні організації самоврядування фармацевтичної діяльності можуть бути ініціаторами впровадження цих добровільних стандартів у вигляді добровільної акредитації і не бути пов'язані з ліцензійними умовами для аптек.

У рамках належної аптечної практики можуть використовуватися протоколи долікарняної допомоги та протоколи фармацевтичної допомоги. Наразі існують Протоколи провізора (фармацевта), затверджені Наказом МОЗ України від 11.10.2013 р. № 875, які розміщені в реєстрі медико-технологічних документів МОЗ України. Необхідно їх актуалізувати для потреб реформування системи охорони здоров'я. Це можливо тільки в разі, якщо буде чітке визначення фармацевтичної допомоги та фармацевтичної послуги в Законі України «Про лікарські засоби».

Це може перетворити аптеки з суто закладів роздрібною торгівлі у заклади охорони здоров'я та впровадити ланку долікарняної фармацевтичної допомоги в Україні, яка досі не охоплена реформами охорони здоров'я.

Також необхідно визначитися з підходом до стандартів та протоколів лікування в Україні.

Стандарти та протоколи лікування і обіг лікарських засобів

Наказом МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422 скасовано подальшу розробку локальних клінічних протоколів. Подібний підхід може спричинити хаос. Без національної адаптації стандартів та протоколів не обійтися. Вже понад рік це обговорюється, але здається, що розуміння не змінилося. Між країнами може бути

суттєва різниця в підходах, різні можливості, обладнання, лікарські засоби тощо. Пряме використання іноземних протоколів і стандартів не спрацює і не може бути впроваджено, якщо просто їх перекласти. Також неможливо буде підрахувати вартість медичних та фармацевтичних послуг.

Вихід, на думку УМЕС, — це вибрати одні стандарти (чи то NICE плюс рекомендації європейських професійних асоціацій), а не з усіх країн разом, перекласти їх українською мовою, адаптувати до українських реалій та можливостей, перетворивши в єдині національні стандарти. Можуть розроблятися і локальні стандарти (з урахуванням можливостей, інфраструктури регіону), але вони не повинні суперечити національним.

Ті стандарти, які не охоплені (це може бути, оскільки моделі систем охорони здоров'я відрізняються), розробити самим. Щодо національного формуляра слід застосовувати подібний підхід. Як приклад можна розглянути Британський національний формуляр, який пов'язаний зі стандартами медичної допомоги від NICE, адаптувати його до українських реалій та можливостей. Таким чином, адаптовані протоколи та формуляр будуть пов'язані один з одним (зараз такого зв'язку нема).

Роботу з перекладу та адаптації стандартів та протоколів NICE та рекомендацій європейських лікарських асоціацій може виконувати Українське агентство з оцінки технологій охорони здоров'я.

Ті методи лікування та препарати, що є в Україні, але не зазначені в стандартах NICE та Британському національному формулярі, можуть пройти оцінку з боку Українського агентства з оцінки технологій охорони здоров'я на предмет того, чи є результатом їх застосування для включення в національні стандарти та формуляр. Так робилося в декількох країнах з обмеженими ресурсами. Щоб повністю з нуля розробити всі національні стандарти — ні ресурсів, ні кадрів не вистачить.

Методи лікування або препарати, які не потрапляють у ці стандарти, можуть залишатися на ринку (реєстрація, у випадку лікарських засобів — мінімальні вимоги для ефективності (ефісєнсу), безпеки та якості для допуску на ринок), але не будуть мати шансу на відшкодування або закупівлю за бюджетні кошти та за рахунок страхових компаній, якщо їх застосування не є результативним (effective). Інформація про рівень їх доказовості повинна бути доступною для споживачів, лікарів, провізорів.

У рамках цих підходів УМЕС висловлює експертну думку і співпрацює з міжнародними проектами. Наприклад, були надані пропозиції в проект USAID Safemed «Безпечні, доступні та ефективні ліки для українців» стосовно підходів до генеричних лікарських засобів та імпортозаміщення для забезпечення українців доступними ліками. Багато пропозицій в ході цього співробітництва були враховані.

Мотивація праці в охороні здоров'я



Олексій Орлов, головний лікар медичного центру «Клініцист», координатор УМЕС, розповів про актуальні аспекти мотивації праці у сфері охорони здоров'я України.

Він зазначив, що для більшості робітників сфери охорони здоров'я фінансове стимулювання не є основним мотивом трудової діяльності. Цим соціальним явищем користуються управлінці при будь-якій владі та приватний сектор. Слід зауважити, що саморозвиток, постійна освіта, власне здоров'я для медичного працівника має більш ніж велике значення в повсякденній роботі задля ефективного лікування. Для цього держава повинна забезпечити надійність робочого місця, економічну стабільність та розвиток програм додаткових благ.

Домінуючими мотивами зайнятості в сфері охорони здоров'я є:

- гарантія постійної роботи;
- захищеність;
- регулярність оплати праці;
- фінансове зростання;
- можливість реалізувати себе в професійній діяльності;
- перспективи кар'єрного росту;
- визнання трудової діяльності колективом та керівництвом;
- повага в суспільстві.

На сьогодні в Україні медичні працівники не відчувають базових стимулів для роботи в своїй країні та в сфері охорони здоров'я.

Політика МОЗ має демотиваційний та принижувальний для медичного працівника характер, що пов'язано із запровадженням принципу «абсолютної монетизації стосунків».

Жоден медичний працівник не має відчуття:

- стабільності;
- захищеності;
- фінансового благополуччя;
- реалізації себе в професії в своїй країні;
- поваги в суспільстві.

Власний досвід доповідача як керівника приватного закладу чітко свідчить, що залучення компетентних і головне етичних спеціалістів стає з кожним днем все більшою проблемою.

Для того щоб комерційний сектор охорони здоров'я дійсно зростав якісно, йому вкрай необхідний державний, загальнодоступний сектор, де лікарі і медсестри отримують вишкіл, загартовуються як особистості-професіонали. Через те що загальнодоступна медицина занепадає, замість того, щоб вибирати кращих з кращих, нам скоро доведеться вибирати кращих з гірших.

Кращі й найперспективніші сьогодні просто покидають країну через злидні і неповагу з боку держави.

«Це конкретна загроза для мого бізнесу, моїх особистих перспектив і перспектив всіх, хто працює в приватному комерційному секторі. Та й для тих, хто хоче отримати послуги кращої якості.

Тому я:

- ЗА зміцнення загальнодоступної медицини;
- ЗА високий рівень забезпеченості лікарськими кадрами всієї української медицини;
- ЗА піднесення престижу лікарської професії (та й інших медичних професій).

Такі мої погляди поділяють мої колеги з УМЕС. Саме така позиція відображена в наших документах, про які вже говорилося, — Концепції, законопроектах та ін.

Через партнерство з іншими спільнотами ми готові до узгодження та реалізації цих напрацювань», — наголосив О. Орлов.

Що потрібно зробити:

- забезпечити впевненість на кожен день;
- надати соціально-економічний пакет (страхування життя та ризиків роботи, особливі умови кредитування, соціальне житло та інше);
- законодавчо затвердити мінімальну заробітну плату медичного працівника вище за середній рівень заробітної плати в Україні;
- забезпечити матеріально-технічне оснащення лікарень та можливість постійного професійного розвитку;
- створити інформаційне поле про можливості української медицини та досягнення українських лікарів.

Доповідач наголосив, що тільки в умовах стабільності та впевненості в завтрашньому дні медичний працівник може ефективно виконувати свої функції.



Олександр Волосовець, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, професор Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, розповів про проблему медичної освіти і кадрового забезпечення в охороні здоров'я. Він зазначив, що світ змінюється, відбувається конвергенція цілої низки наук — нано-, біо-, IT-технологій. І діти, народжені з геном стабільності щодо захворювання на СНІД, — це вже реалії нашого життя.

Основні світові тренди розвитку медицини (2020–2050 рр.)

Найближчим часом (2020–2050 рр.) на медицину чекають суттєві зміни.

Це поява вакцин від ВІЛ/СНІДу, меланоми, ліків від ожиріння, лікування хвороби Альцгеймера, біоелектроніка для лікування артриту, лікування хвороби Паркінсона на основі стовбурових клітин, перемога над деменцією.

Також на черзі трансплантація органів, вирощених зі стовбурових клітин, біонічне око, масовий 3D-друк людських органів,

технології регенерації серця, імплантація штучної сітківки, штучні органи для трансплантації зі зразків ДНК, нові технології збереження тканин (штучна гіпотермія), штучні м'язи із нанотрубок, регенерація зубів, імпланти і протези, які імітують біологічні функції, імпланти, які вбудовуються у мозок для лікування провалів у пам'яті, протези, що «приєднуються» до нервової системи, нанотрубки для синтетичних нейронів та нейроімплантів.

Буде запроваджена доставка ліків з використанням молекулярного розпізнання, імплантуватимуться прилади для моніторингу стану здоров'я, з'явиться повністю персоналізована медицина, відбуватиметься тестування ліків на «організми-на-чипах». Буде розшифровано 1 млрд людських геномів, запроваджено персоналізовану мікробіотну терапію, відбудеться перше клонування людини та легалізація генного інжинірингу.

Усіма цими питаннями повинні займатися знаючі і серйозно підготовлені люди. І вже зараз необхідно формувати умови для підготовки таких кадрів з активною участю лікарської спільноти.

Проблеми медичної освіти і кадрового забезпечення

О. Волосовець розповів, що він провів опитування серед студентів 10 груп 6-го курсу Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, і виявилось, що тільки $\frac{2}{3}$ майбутніх випускників хочуть бути лікарями. Жоден не хоче бути педіатром чи сімейним лікарем. І третина вже зараз бачить своє майбутнє за кордоном, навіть не проходячи в Україні інтернатуру. Ті зміни, які відбуваються зараз в системі охорони здоров'я, не викликають у молоді жодного ентузіазму.

Далі доповідач зазначив, що жодна країна світу не може точно визначити, скільки їй потрібні лікарів, так само цього не може визначити і ВООЗ. За словами Маргарет Чен, Генерального директора ВООЗ у 2006–2017 рр., чим більше країна може дозволити собі лікарів, тим це вигідніше для населення, тим краща доступність медичної допомоги.

За інформацією Державної служби статистики України, у 2017–2018 рр. в університетах МОЗ України навчалися 74 133 особи — громадянина України, в університетах іншого підпорядкування (медична освіта) — 20 568 осіб. У коледжах МОЗ України медичну освіту здобували 11 864 особи, у коледжах іншого підпорядкування — 46 949.

Минулого року вперше підвищили прохідний бал із зовнішнього незалежного оцінювання на спеціальності «Медицина», «Стоматологія» та «Педіатрія». Кожен, хто хоче стати лікарем, мав показати результат не гірший за 150 балів саме з профільних предметів. Внаслідок цього кількість тих, хто вступив, зменшилася за спеціальностями: «Медицина» — на 28%, «Педіатрія» — на 37%, «Стоматологія» — на 45%.

Також доповідач повідомив, що щороку зі сфери охорони здоров'я вибуває більше 5,7 тис. лікарів та 12,1 тис. молодших медичних працівників, що не компенсується щорічним обсягом випускників закладів вищої медичної освіти усіх рівнів акредитації.

Державний розподіл щодо них скасовано відповідно до нової редакції Закону України «Про вищу освіту» з 1 січня 2017 р.

В Україні у містах працює 57 477 лікарів, у той час як у сільських адміністративних районах — 47 634 лікарів (співвідношення становить 1:1,2). Особи пенсійного віку серед лікарів становлять 24,5%.

У містах працює 282 810 молодших медичних спеціалістів з медичною освітою, у той час як у сільській місцевості — лише 49 073 особи (співвідношення — 1:5,76). Особи пенсійного віку серед молодших медичних спеціалістів становлять 12,9%.

Серед шляхів поліпшення кадрового потенціалу галузі визначено:

- поліпшення соціального захисту лікарів та медичних працівників (роль об'єднаних територіальних громад, житло, пільги, транспорт, земля), перш за все у селах;
- чітка відповідність між обсягами підготовки медичних кадрів та потребами галузі;

ЗАЯВА

учасників круглого столу «Партнерство в публічному управлінні охороною здоров'я для підвищення людського потенціалу нації»

Учасники круглого столу вважають, що сьогоднішня доба розвитку національної системи охорони здоров'я характеризується невизначеністю майбутнього для самої системи і для кожного українця. Це несе колосальні ризики для української нації і державності. Ми повинні зупинити сценарій зникнення української нації і етносу, який споконвіку живе на цій землі. Це наша місія, відповідальність перед нашими пращурями і дітьми. Це наша відповідальність перед усім людством, адже культурно-генетичне розмаїття є основою перспектив людства.

Шлях подолання та побудови нової національної системи охорони здоров'я має починатися з чіткого визначення мети і цілей політики охорони здоров'я, які повинні бути публічними і вимірюваними.

Подальший рух, втілення тих чи інших змін повинні здійснюватися виключно задля досягнення збільшення тривалості здорового життя через справедливий доступ до охорони здоров'я і чутливість до потреб українців у цій сфері.

Зміни в системі охорони здоров'я мають бути пов'язаними з попередніми напрацюваннями, ґрунтуватися на доказах доцільності і ефективності та враховувати національний контекст.

Ми кажемо категоричне «Ні»:

- волонтаризму і вклонінню перед будь-якими ідолами, не властивими нашій культурі й зверхніми до нашої історії;
- нівелюванню конституційних гарантій у сфері охорони здоров'я;
- перекладанню всієї відповідальності за здоров'я нації, його захист на самих громадян і громади.

Ми кажемо «Так» розкриттю потенціалу усіх суспільних рухів і груп в спільній синергетичній дії на благо і розквіт української нації.

На чільне місце у питаннях охорони здоров'я ми ставимо науковців і професіоналів охорони здоров'я, передусім лікарів, які засвідчують відданість ідеалам, закріпленим у Женевській декларації Всесвітньої медичної асоціації (ВМА).

Ми поділяємо цілі тисячоліття, проголошені ООН, і готові долучитися до їх реалізації.

Учасники Круглого столу вважають необхідним:

1. Прийняти Закони України:

- «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо управління змінами в охороні здоров'я» (реєстр. № 9377);
- «Про лікарське самоврядування» (реєстр. № 8250).

2. Закликаємо усі зацікавлені сторони: профспілки, організації роботодавців, наукові, експертні, професійні спільноти у сфері охорони здоров'я (лікарі, медсестри, провізори), пацієнтські організації, бізнесові кола, органи державної влади, місцеве самоврядування та інших, — долучитися до співпраці щодо актуалізації бачення — Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України та наступної роботи з розробки Стратегії побудови нової національної системи охорони здоров'я України.

Головним прагненням кожного політика, державного службовця, бізнесмена, громадянина має бути те, щоб українців ставало більше й ми були здоровіші й жили довше!

Завдання держави — скоординувати дії усіх на реалізацію такого прагнення, забезпечити його необхідними ресурсами в пріоритетному порядку.

Народ України захищає свою суверенність дорогою ціною заради життя сьогоднішнього і майбутніх поколінь українців.

Слава Україні!

- ліквідація існуючого дисбалансу лікарських кадрів (село — місто) та диспропорції у лікарських спеціальностях;
- рівномірний розподіл лікарських кадрів між первинною, вторинною та третинною допомогою.

Підсумки

Учасники круглого столу зазначали, що сьогодні для досягнення мети і цілей національної політики охорони здоров'я необхідно визначити стратегію подальшого розвитку галузі та основні засади сучасної системи управління нею, оскільки нецільеспрямованість змін в національній системі охорони здоров'я та їх хаотичність і відсутність чітко визначеної комплексної стратегії **призвели останнім часом до накопичення помилок управління і зростання ризиків.**

Така ситуація зумовлює необхідність удосконалення законодавства та стратегічного планування для забезпечення розвитку галузі і негайного вжиття невідкладних тактичних заходів щодо корекції курсу медичної реформи. Зокрема, невідкладного коригування потребує система стандартизації послуг та їх тарифікації, кадрова політика (в якісному і кількісному аспектах), на часі налагодження ефективних комунікацій та координація місцевої політики охорони здоров'я.

Відзначалося, що на особливу увагу заслуговує надання за європейським прикладом професіоналам галузі самовряду-

вання, повноважень і відповідальності у питаннях, які не можуть бути професійно вирішені чиновниками: якість медичного обслуговування, професійна компетентність, безперервний професійний розвиток тощо.

Для визначення основних шляхів забезпечення сталого розвитку галузі охорони здоров'я обговорення у колі професійної медичної спільноти потребує низка нагальних питань, зокрема щодо: формування державно-громадської моделі управління охороною здоров'я через запровадження лікарського самоврядування; удосконалення процедур надання і припинення права на професійну діяльність; безперервного професійного розвитку лікарів; сучасних аспектів системного менеджменту і досконалості управління; стандартизації, оцінки технологій охорони здоров'я, доказового менеджменту як джерела впевнених клінічних і управлінських рішень; співвідношення національного контексту і кращих світових практик в охороні здоров'я; місця фармацевтичного обслуговування і стоматологічної медичної допомоги; місцевих аспектів політики охорони здоров'я.

За результатами обговорення винесених на розгляд питань учасниками круглого столу буде ухвалено резолюцію з відповідними рекомендаціями усім зацікавленим сторонам процесу реформи вітчизняної системи охорони здоров'я.

**Олександр Устінюв,
фото Сергія Бека**

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Неспецифічний виразковий коліт: 5 речей, які потрібно знати

Неспецифічний виразковий коліт: важливі факти про сучасний стан захворювання

Неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона є двома основними типами запальних захворювань кишечника (inflammatory bowel disease — IBD). У наш час досягнуто певних успіхів у менеджменті неспецифічного виразкового коліту, проте є і значні невдачі.

Так, з кожним роком у всьому світі спостерігається зростання поширеності неспецифічного виразкового коліту, а пацієнти стають все вразливішими до інфекцій та інших серйозних ускладнень захворювання.

Разом з тим досягнуто значних успіхів у лікуванні пацієнтів із неспецифічним випадковим колітом. У цій публікації висвітлено 5 основних факторів щодо сучасного стану неспецифічного виразкового коліту. Матеріал написано на основі публікації «Ulcerative Colitis: 5 Things to Know» у Medscape 23 січня 2019 р.

Перше: неспецифічний виразковий коліт стає глобальною проблемою

Незважаючи на те що неспецифічний виразковий коліт більшості людей відомий як «хвороба Заходу», у наш час спостерігається стрімке зростання поширеності й захворюваності на Сході та в Південній Америці. Також повідомляється про зростання захворюваності в Кореї, Японії, Індії та Китаї (хоча раніше вважалося, що у країнах Азії неспецифічний виразковий коліт трапляється рідко). Загалом географічно виразковий коліт більш поширений у Західній і Північній півкулях.

Серед найважливіших епідеміологічних факторів розвитку неспецифічного виразкового коліту найбільше значення має, безперечно, стан навколишнього середовища, а не генетична схильність популяції.

Відомі дані, що тривале грудне вигодовування — захисний фактор щодо розвитку запальних захворювань кишечника. Цікаво, що ризик розвитку неспецифічного виразкового коліту зростає у людей після того, як вони кидають палити.

Друге: з'являються нові можливості лікування пацієнтів із виразковим колітом

Американська гастроентерологічна асоціація (American Gastroenterological Association — AGA) розробила шлях (але не гайдлайн) лікування пацієнтів із середньотяжким і тяжким перебігом неспецифічного виразкового коліту. Менеджмент середньотяжкого і тяжкого неспецифічного виразкового коліту включає застосування короткого курсу глюкокортикостероїдів із подальшою підтримкою тіопуринами,

біологічним фактором некрозу пухлини (анти-TNF) з/без імуносупресивного агента, або новим антиінтегринним препаратом ведолізу-мабом з/без імуносупресивного агента. Нещодавно для терапії середньотяжкого і тяжкого виразкового коліту схвалено новий препарат — тофацитиніб, який є інгібітором Янус-кінази. Ймовірно, цей препарат буде включений до нових рекомендацій щодо менеджменту неспецифічного виразкового коліту найближчим часом.

Станом на січень 2019 р. для лікування пацієнтів із середньотяжким і тяжким неспецифічним виразковим колітом схвалено три інгібітори TNF: інфліксімаб, адалімумаб і голімумаб, а також два біосиміляри інфліксімабу.

Третє: зростає роль Clostridium difficile у перебігу виразкового коліту

В останнє десятиліття зростає роль інфекції Clostridium difficile у розвитку ускладнень неспецифічного виразкового коліту. Зокрема, Clostridium difficile може негативно впливати на перебіг основного захворювання, підвищувати частоту госпіталізацій та колектомії.

У пацієнтів із неспецифічним виразковим колітом відзначають підвищений ризик розвитку рецидивної клостридіальної інфекції. Факторами, що можуть спричиняти розвиток інфекції Clostridium difficile, є застосування антибіотиків та імуномодуляторів (зокрема біорепаратів).

Четверте: нові можливості регенерації слизової оболонки при виразковому коліті

Поява ефективнішої терапії неспецифічного виразкового коліту дала можливість індукувати гістологічну регенерацію ураженої слизової оболонки кишечника (а не лише ендоскопічне відновлення картини слизової оболонки). Однак немає єдиних рекомендацій щодо цільових значень регенерації слизової оболонки при запальних захворюваннях кишечника.

П'яте: нові діагностичні підходи знижують ризик розвитку малігнізації

Пацієнти з неспецифічним виразковим колітом, які досягли ендоскопічної та гістологічної ремісії та здійснюють регулярну діагностику стану слизової оболонки кишечника, сьогодні мають такий же ризик розвитку малігнізації, як і особи без виразкового коліту взагалі. Наведені дані можуть сприяти тому, що у майбутніх рекомендаціях щодо менеджменту пацієнтів із неспецифічним виразковим колітом інтервал між діагностичними обстеженнями буде збільшений. Це дозволить покращити якість життя пацієнтів із неспецифічним виразковим колітом.

Hanauer S.B. (2019) Ulcerative Colitis: 5 Things to Know. Medscape, Jan. 23.

Анастасія Козловська