

Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025

Київ, листопад 2014 року

Цей документ був написаний Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні (СДГ з охорони здоров'я), яка була створена Наказом МОЗ № 522 від 24.07.2014 року. Скликання СДГ було результатом спільної ініціативи громадянського суспільства, Уряду України та Міжнародного фонду "Відродження". Метою спільної ініціативи було залучення висококваліфікованих національних та міжнародних експертів для надання консультативної допомоги Уряду щодо стратегії реформування галузі, оптимального використання міжнародної допомоги, консолідації зусиль донорів відносно підтримки реформ в Україні та вирішення нагальних проблем.

Після низки зустрічей та вивчення багатьох документів ця Стратегія узагальнює пропозиції, запропоновані національними і міжнародними експертами, та відображає законні прагнення українського суспільства щодо майбутньої системи охорони здоров'я.

Безперечно, Стратегія є рамковим документом, що має бути представлений на розгляд Кабінету Міністрів протягом найближчих місяців. Група наголошує на необхідності проведення процесу широкого обговорення документа. Адже ми не маємо відповідей на всі питання, беручи до уваги той факт, що інші зацікавлені сторони можуть бачити речі по-іншому. Тому пропозиції та участь в обговоренні та подальшій реалізації тільки вітаються.

Цей документ містить ситуаційний аналіз та пояснення з роз'ясненнями "що" та "як" має бути зроблено у відповідності до запропонованої стратегії (пункти 1, 2 і 3 нижче), а також попередній план дій (пункт 4) з поясненням "що необхідно виконати" у короткостроковій перспективі - в найближчі два роки - та протягом наступних років цього десятиліття. З технічної точки зору структура документа виглядає наступним чином:

- Здоров'я населення та стан системи охорони здоров'я; основні питання політики
- Зацікавлені сторони, цінності, цілі й завдання системи охорони здоров'я України
- Структура системи охорони здоров'я; стратегічні можливості для України
- Побудова нової системи охорони здоров'я, розробка концепції та план дій

СДГ з охорони здоров'я складається з Координаційної ради та Експертної групи. До складу Координаційної ради входять представники урядового сектору (МОЗ),

38 професійних організацій (ВУЛТ), пацієнтських груп (БФ "Пацієнти України") та
39 міжнародних партнерів (Світовий банк, ВООЗ та МФВ). Члени Експертної групи
40 були обрані за відкритим конкурсом. З понад 100 поданих анкет було обрано 12
41 експертів: Аїн Аавіску (Естонія), Тетяна Думенко (Україна), Антоніо Дюран
42 (Іспанія), Роман Фіщук (Україна), Андрій Гук (Україна), Олександр Квіташвілі
43 (Грузія), Володимир Курпіта (Україна), Олег Петренко (Україна), Микола Проданчук
44 (Україна), Тихомир Стрицреп (Хорватія), Ігор Яковенко (Україна), Роберт Йейтц
45 (Велика Британія).

46 Особливу подяку хочемо висловити Секретаріату СДГ: Ольга Стефанишина,
47 Павло Ковтанюк, Катерина Телегіна, Інна Бойко, Олександра Заховаєва, Марічка
48 Маковецька та Інна Голованчук.

49 Група хоче подякувати національним та міжнародним експертам, які надали
50 суттєву допомогу у роботі групи через запропоновану додаткову інформацію та
51 безпосередню участь в окремих зустрічах групи.

52 **Основі положення**

53 Поточний стан системи охорони здоров'я України (далі СОЗ) характеризується
54 високими показниками захворюваності, смертності та інвалідності, особливо від
55 неінфекційних захворювань (НІЗ), таких як рак, серцево-судинні та церебро-
56 васкулярні захворювання, хвороби обміну речовин. У поєднанні з міграцією це
57 сприяло формуванню глибокої демографічної кризи в Україні, в результаті чого
58 населення скоротилося на 7 мільйонів (з 52 до 45,3 млн. осіб) протягом двох
59 десятиліть.

60 Тривожні цифри показують, що переважна більшість українців:

- 61 • перебувають під впливом серйозних факторів ризику, таких як паління,
62 надмірне вживання алкоголю, неправильне харчування, відсутність фізичної
63 активності, забруднення повітря та води.
- 64 • не отримують ефективної та якісної допомоги на рівні цивілізованих країн.
65 Крім того, наші громадяни залишаються незахищеними від фінансового зuboжіння
66 у разі хвороби, незважаючи на те, що Україна витрачає значну кількість свого
67 бюджету на медицину.

68 Основними визначальними причинами такої ситуації є суттєві недоліки, що
69 накопичувалися в національній СОЗ в результаті тривалої відсутності модернізації,
70 нівелювання потреб населення і сучасних міжнародних тенденцій щодо зміцнення
71 систем охорони здоров'я, економічної неефективності та високого рівня корупції.

72 Для вирішення цих проблем було запропоновано розробити Національну
73 стратегію реформування охорони здоров'я, яка стане частиною національного
74 плану реформ, оголошеного Урядом України.

75 Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я (далі Стратегія) є
76 рамковим документом, який визначає зміст, бачення, принципи, пріоритети,
77 завдання та основні заходи для української СОЗ протягом наступних 10 років.
78 Термін реалізації до 2025 року був обраний тому, що він забезпечує достатньо
79 часу, необхідного для реалізації та оцінки політичних змін.

80 Стратегія повинна стати основою для розробки політики і визначення порядку
81 прийняття рішень у галузі охорони здоров'я, в тому числі рішення про наповнення
82 та розподіл бюджетних коштів для охорони здоров'я. Мета Стратегії полягає не в
83 тому, щоб розробити довжелезний перелік заходів, які будуть реалізовані для
84 досягнення цілей і завдань в кожному сегменті охорони здоров'я. Натомість,
85 стратегія надає чіткі і переконливі причини та пояснює, чому ті чи інші пропозиції
86 повинні розглядатися як пріоритет. Таким чином, це створить основу для оцінки та
87 перегляду існуючого оперативного регулювання і розвитку нових складних заходів
88 і конкретних дій в певних сегментах сектору охорони здоров'я. (Наприклад,
89 Стратегічний план розвитку людських ресурсів, Генеральний план розвитку
90 лікарень, Стратегічний план розвитку паліативної допомоги, Стратегічний план
91 розвитку громадського здоров'я).

92 Загалом Стратегія базується на трьох основоположних принципах, які
93 Міністерство та Уряд розглядають як фундаментальні. Ці принципи мають бути
94 застосовані в рамках усієї галузі та повинні бути відображені у подальших
95 документах, а саме:

- 96 • **у центрі уваги та інтересу системи повинна перебувати людина** (пацієнт).
97 Це означає наступне: (i) заходи системи повинні бути спрямовані на задоволення
98 потреб людини з урахуванням голосу пацієнтів; (ii) якість, безпека, тривалість
99 послуг, наближеність до громади, швидке реагування на зміни повинні стати
100 наріжними каменями нової СОЗ, яку ми плануємо створити; (iii) охорона здоров'я є
101 системою, яка повинна керувати відносинами між різними учасниками, включаючи
102 управлінців, надавачів послуг, отримувачів послуг та дослідників, кожний з яких
103 займає певну нішу та має чітко визначену відповідальність. Таким чином, система
104 буде базуватися на довірі, діалозі та взаємній повазі усіх учасників, і ефективність
105 усієї системи в кінцевому вигляді залежатиме від якості їх взаємодії.
- 106 • СОЗ має бути **зорієнтована на результат**, що означає: (i) очікувані результати
107 (показники здоров'я, фінансова захищеність пацієнтів, економічна ефективність та
108 задоволеність послугами) мають зумовлювати процес прийняття рішень на усіх
109 рівнях; (ii) система повинна підтримувати атмосферу, коли оцінка роботи
110 персоналу мусить базуватися на результативності наданих послуг, здійснюватися
111 регулярно та постійно удосконалюватися; (iii) системні реформи, такі як розвиток
112 приватного сектора, можуть та повинні бути започатковані у разі отримання

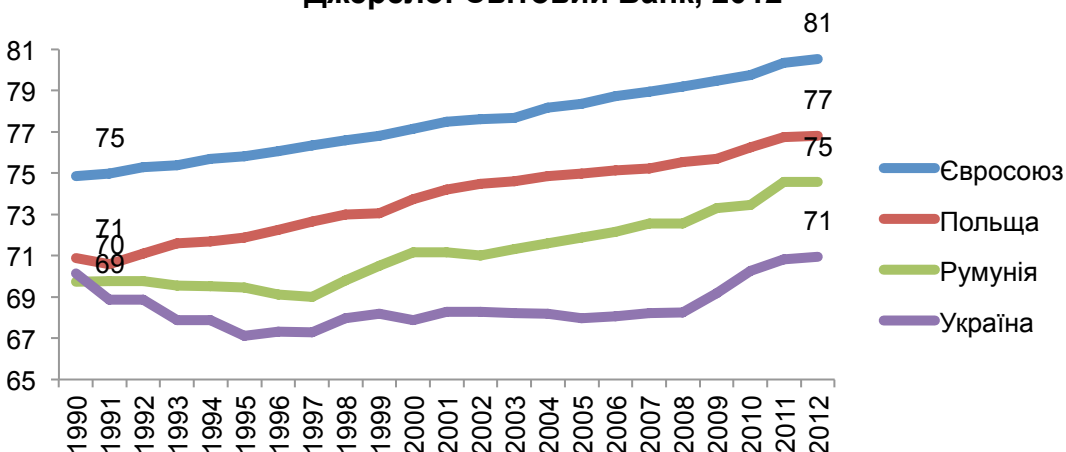
113 підтвердження, що вони призведуть до покращення очікуваних результатів,
114 наприклад, зменшення вартості послуг при збереженні відповідної їх якості. Ця
115 вимога є суттєвим пріоритетом для створення якісної та працюючої інформаційної
116 бази, за даними якої приймаються відповідні рішення. Ми маємо констатувати, що
117 наразі наявні доказові дані є неякісними та обмеженими.

118 • **зосередженість на впровадженні поставлених цілей** означає, що недостатньо
119 мати хороші ідеї, але важливо розробляти, впроваджувати та контролювати
120 виконання детальних планів реформування, які чітко визначають відповідальність,
121 часові рамки, механізми звітності. Важливо врахувати, що реформи залежать від
122 наявності фінансування, і не обіцяти ті речі, які держава не здатна виконати
123 (наприклад, безкоштовну медичну допомогу для усіх).

124 1. Здоров'я населення та стан системи охорони здоров'я; Основні 125 питання політики

126 У 2012 році очікувана середня тривалість життя при народженні в Україні складала 66,1
127 років для чоловіків і 76 років для жінок, що є низьким показником не лише порівняно з
128 середнім європейським (72,5 і 80 відповідно), але і дуже схожим на показники в Україні у
129 1990 році (65,7 для чоловіків і 75,0 для жінок). У поєднанні з міграцією, поточний стан СОЗ
130 сприяв розвитку демографічної кризи, в результаті якої населення скоротилося на 7
131 мільйонів (з 52 до 45,3 млн) протягом двох десятиліть.

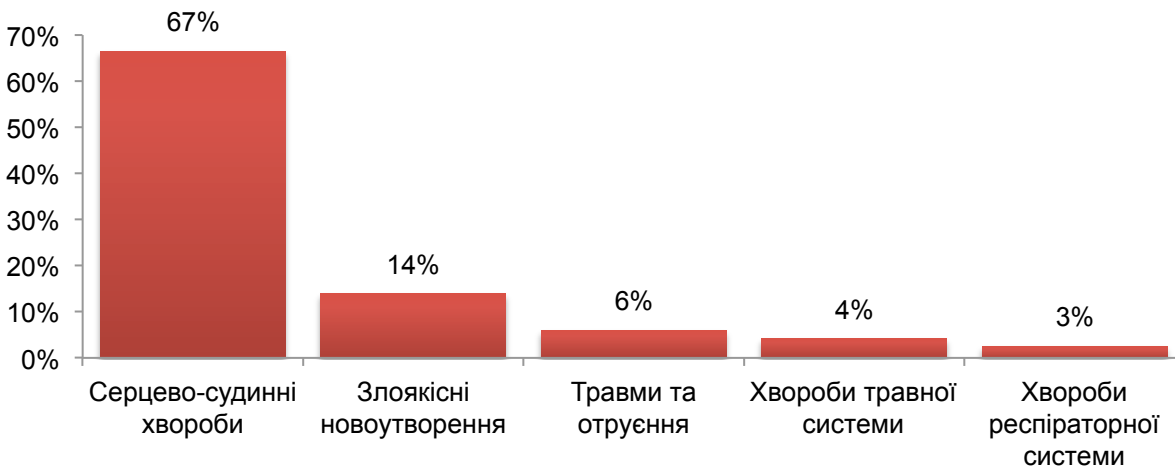
Середня очікувана тривалість життя, роки
Джерело: Світовий Банк, 2012



132
133 Україна демонструє одні з найгірших результатів охорони здоров'я в Європейському
134 регіоні, що характеризується високими показниками смертності, захворюваності та
135 інвалідності. За показниками смертності, що в період між 1991 і 2012 роками збільшилися
136 на 12,7%, Україна посідає друге місце в європейському рейтингу (у Європейському Союзі
137 показник смертності зменшився на 6,7%). Смертність працездатного населення формує
138 чверть загального показника (у чоловіків це третина від усіх смертей, з трьох-
139 чотирьохкратною вищою ймовірністю померти, аніж у жінок всіх вікових груп з 16 до 60
140 років). Переважають та в останні роки залишаються незмінними основні причини смертей,
141 такі як неінфекційні захворювання: серцево-судинні та церебро-васкулярні, онкологічні,

142 хвороби обміну речовин. У 2013 році серцево-судинні захворювання були основною
 143 причиною смерті у 66,5% випадків, далі йдуть новоутворення (13,9%) і на третьому місці
 144 (6%) - зовнішні причини (травми, отруєння тощо).

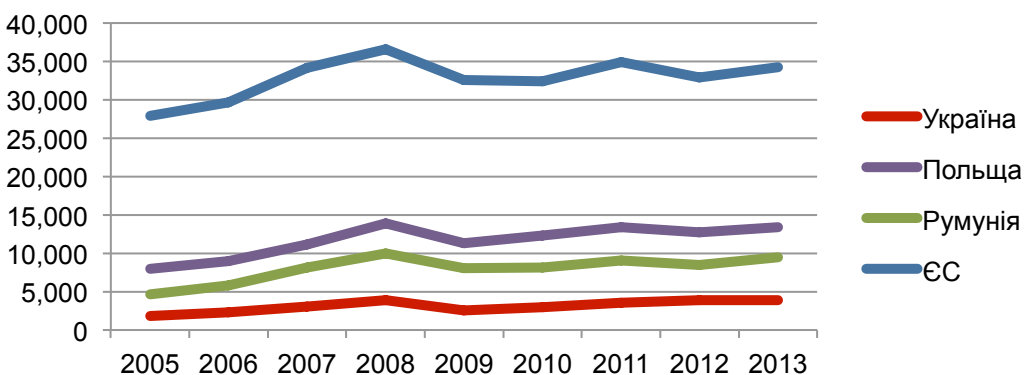
Основні причини смертності в Україні, %
Джерело: ВОЗ, 2013



145
 146 Ці тривожні цифри підтверджують, що переважна більшість українців перебуває під
 147 впливом таких факторів ризику як тютюнопаління, зловживання алкогольними напоями,
 148 нездорове харчування, відсутність фізичної активності, забруднення навколишнього
 149 середовища. Наприклад, більше половини дорослих українських чоловіків регулярно
 150 палять, у порівнянні майже з 25% у Західній Європі (міжнародний досвід показує, що 25%
 151 курців втрачають в середньому близько 20 років тривалості життя в порівнянні з
 152 некурцями).

153 Одним з ключових чинників такої ситуації є, безперечно, і погані економічні показники
 154 країни. Валовий внутрішній продукт (ВВП) України в 2013 році склав 1460 млрд. грн.
 155 (\$177,4 млрд.), що на душу населення складає значно нижче, ніж найгірші показники
 156 окремих країн Європейського Союзу. Зміни за останні роки подано на малюнку,
 157 наведеному нижче.

ВВП на душу населення, дол. США
Джерело: Світовий Банк, 2013



158

159 Інші ключові причини криються в серйозних недоліках, що були накопичені в системі
160 охорони здоров'я. Для початку чисельний, але фрагментарний набір застарілих установ
161 охорони здоров'я на національному рівні (служби, інститути, установи) не зміг забезпечити
162 ефективні заходи для впливу на соціальні детермінанти здоров'я (бідність, житлові умови,
163 зайнятість), які необхідні для процвітання України як сучасного суспільства. Незважаючи
164 на незліченну кількість офіційно дозволених, успадкованих і нових медичних установ,
165 громадське здоров'я в Україні живе в магматичному, не сфокусованому хаосі, наприклад,
166 різні регуляторні та технічні документи довільно описують сферу моніторингу стану
167 здоров'я населення.

168 Головною метою цієї Стратегії є сама СОЗ з її архаїчними механізмами, відсутністю
169 інтересу до потреб, неефективним управлінням та нездатністю системи забезпечити
170 громадян ефективними та якісними послугами. Організаційні, правові, фінансові,
171 управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні, галузеві та інші
172 фундаментальні помилки не дозволяють Україні досягнути значного приросту людського
173 капіталу. Усе це відбувається незважаючи на те, що Україна витрачає на охорону здоров'я
174 значну суму своїх доходів. У 2012 році загальні витрати на охорону здоров'я склали
175 приблизно 7,7% від ВВП. Ця частка фактично дорівнює або навіть вища, ніж в країнах, які
176 приєдналися до ЄС після 2004 року, і вища, ніж в Польщі, Румунії і Естонії, що
177 забезпечують своїх громадян кращими медичними послугами та мають кращі результати
178 в сфері охорони здоров'я. Через низький рівень ВВП на душу населення цей високий
179 відсоток у абсолютних цифрах складав у 2012 році лише 2391,7 грн. на людину на рік

Загальне фінансування охорони здоров'я за джерелами фінансування, %

Джерело: Національні рахунки охорони
здоров'я, 2012



180 (\$299,3, що значно нижче, ніж \$3340 - середньоєвропейське значення, включаючи Чехію
181 (\$1432), Польщу (\$854), Болгарію (\$516) і Румунію (\$420)). Враховуючи суттєву
182 девальвацію національної валюти у 2014 році, цей показник істотно скоротиться.

183 Гірше того, є радикальні протиріччя між тим, що держава обіцяє та що може
184 надати. Формально система охорони здоров'я заявляє, що забезпечує
185 універсальний доступ до необмеженої допомоги, яка надається безкоштовно в
186 державних та комунальних медичних установах. Але фактично протягом багатьох
187 років громадяни були незахищені від катастрофічного фінансового зубожіння
188 через витрати на охорону здоров'я у випадку хвороби. Витрати з державного

189 бюджету (4,4% ВВП) покривають 57% від загального обсягу послуг, що
190 використовуються людьми.

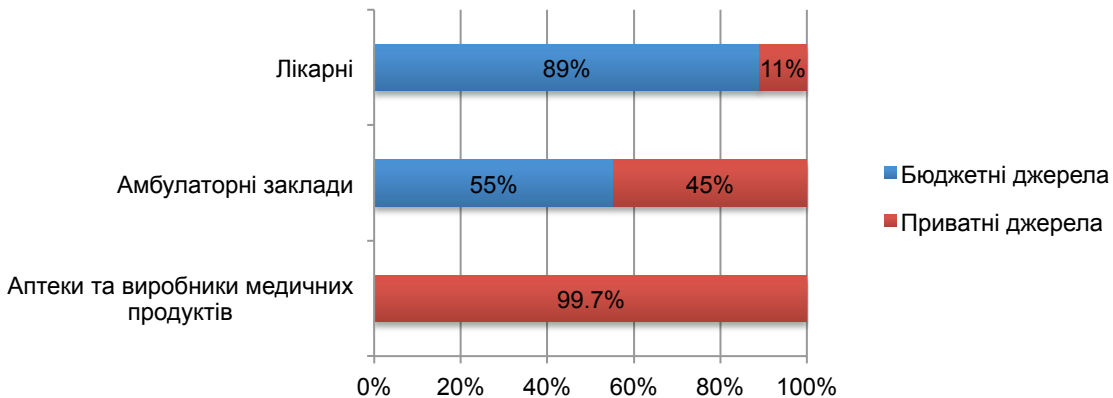
191 У той же час, витрати лікувальних закладів переважно скеровуються на захищені
192 статті (заробітна плата та капітальні видатки, наприклад, складають 71 - 74% від
193 загального обсягу витрат), майже не залишаючи місця для фактичного надання
194 послуг і лікування хворих (закупівлі медикаментів та витратних матеріалів,
195 оновлення матеріально-технічної бази). Це означає, що послуги або не надаються,
196 або у разі їх отримання громадяни змушені оплачувати основну частину витрат із
197 власної кишені - наприклад, щорічні витрати на ліки в державних установах
198 становлять всього 5 - 6% від загальної суми, і ця цифра зменшується, що змушує
199 домогосподарства платити за переважну більшість лікарських засобів та товарів
200 медичного призначення (за оцінками, 94 - 95% ліків протягом 2005-2012 рр.
201 закуповувалися домогосподарствами).



202 Приватні витрати на охорону здоров'я в Україні (у 2012 році склали 46 млрд.
203 грн., 42,3% від загальних видатків охорони здоров'я, або 3,2% ВВП) були одними з
204 найвищих в ЄС і країнах Східної Європи. Це друге місце в Європі після Болгарії,
205 але витрати були відшкодовані безпосередньо постачальникові без механізму
206 об'єднання коштів, що могло б забезпечити перехресне субсидування і спільний
207 фінансовий захист. Більш конкретно, витрати домогосподарств склали 94%
208 коштів приватного сектора і були сплачені безпосередньо з кишені пацієнтів, у той
209 час як частка приватного медичного страхування, медичного страхування від
210 роботодавця і спонсорські внески некомерційних організацій були мінімальними.

Джерела фінансування охорони здоров'я за типами закладів, %

Джерело: Держкомстат, 2012



211 Медичні установи стикаються також з іншими обмеженнями. Їх державне
212 фінансування (як частка загального доходу залежить від типу закладу: лікарня,
213 поліклініка тощо) надходить з бюджетів, що були виділені місцевими органами
214 влади (обласними, районними чи міськими/селищними радами), які в свою чергу
215 отримують асигнування, що надходять з центрального бюджету. Такий розподіл
216 ресурсів здійснюється за конкретною нормою/формулою, здебільшого на основі
217 внесків – кількість лікарів, ліжок. Формула визначається на центральному рівні і
218 переважно призначена для підтримки status quo з певною додатковою підтримкою
219 за рахунок неофіційних "тіньових" платежів.
220

221 Крім того, бюджети "розписані" відповідно до жорсткої економічної класифікації.
222 Медичні установи не мають свободи переміщати кошти з однієї лінії бюджету до
223 іншої, або асигнувати ресурси на діяльність, що підтримує надання конкретних
224 послуг (наприклад, пріоритети персоналу порівняно з комунальними послугами,
225 хірургія та внутрішня медицина або устаткування в порівнянні з витратними
226 матеріалами) без погодження із фіскальними органами. Замість цього вони
227 зобов'язані витратити усі асигновані кошти (невитрачені кошти на кінець року
228 мають бути повернуті, що в свою чергу може привести до ризику, коли фіскальні
229 органи зменшать бюджетні асигнування закладу на наступний рік на аналогічну
230 суму), що робить керування лікарнею практично неактуальним, якщо не сказати,
231 контрпродуктивним. Таким чином, для управлінців вигідно завищувати витрати на
232 інфраструктуру лікарні, а перебування в лікарні робити довшим, тому що це
233 приносить кращий зиск у порівнянні з раціональними витратами та економією або
234 перепрофілюванням структури витрат.

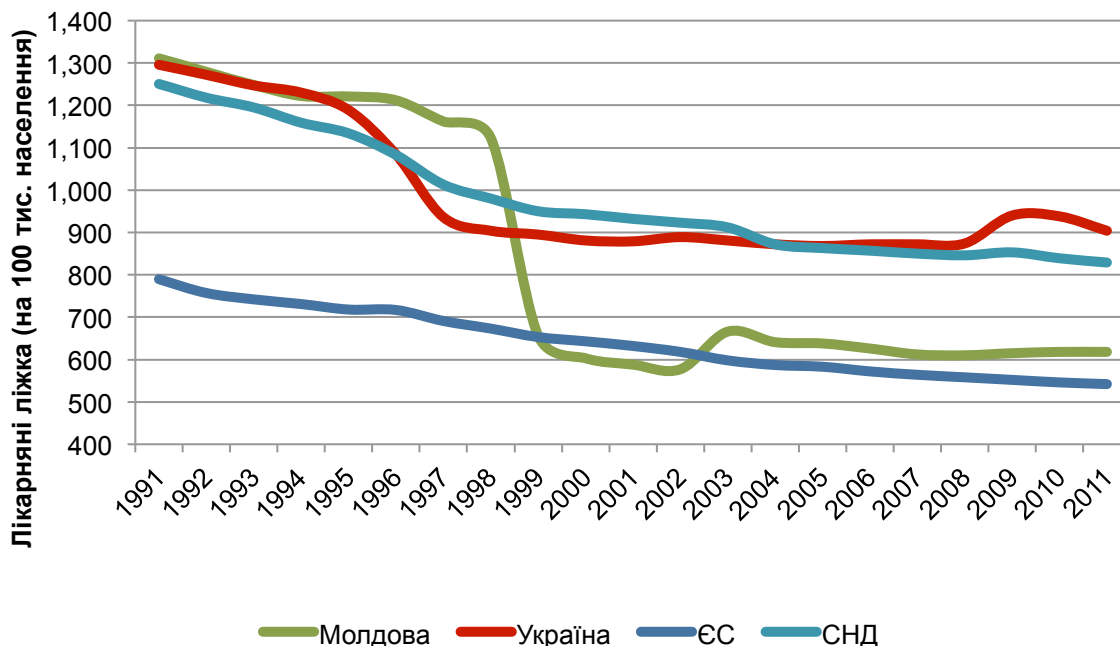
235 Неєфективна структура управління тільки погіршує ситуацію. В теорії, Міністерство
236 охорони здоров'я координує структуру медичних установ у державному секторі,
237 серед яких Міністерство фінансів і місцеві органи влади розподіляють
238 фінансування, зібране із загальних податків. Насправді 75% коштів на утримання
239 закладів та працевлаштування персоналу надається на обласному та місцевому
240 рівнях.

241 Із чверті коштів, які доступні на національному рівні, понад 40% іде на підтримку
242 відомчої медицини, якою керують інші міністерства (Міністерство оборони, МВС,
243 Міністерство транспорту, Міністерство праці та соціальної політики та інші).
244 Співробітники та пенсіонери цих відомств отримують медичну допомогу у відомчих
245 закладах, але можуть користуватися і загальними медичними закладами, що
246 формує надмірність, дублювання та втрати коштів на додачу до внутрішнього
247 нераціонального використання ресурсів, пов'язаного із утриманням паралельних
248 мереж, що обслуговують одні й ті ж потреби.

249 Все це привело до надмірної кількості лікарень (2200) і лікарняних ліжок (понад
250 400 тисяч) у державному секторі – значно більше, ніж у сусідніх країнах та в ЄС в
251 цілому. Однак 75% з тих місць мають надзвичайно низьку пропускну потужність, бо
252 вони розташовані в невеликих медичних установах (міські або районні/сільські
253 лікарні, спеціалізовані лікарні – ендокринологічні, дермато-венерологічні
254 диспансери), деякі з них знаходяться у напівзруйнованому стані. Через відсутність
255 інвестицій та інші обмеження лікарні не здатні забезпечити сучасну комплексну
256 допомогу (наприклад, послуги з кардіохірургії або лікування раку).

Скорочення лікарняних ліжок (на 100 тис. населення)

Джерело: ВОЗ, 2012



257 Крім того, бюджети "розписані" відповідно до жорсткої економічної класифікації.
258 Медичні установи не мають свободи переміщати кошти з однієї лінії бюджету до
259 іншої, або асигнувати ресурси на діяльність, що підтримує надання конкретних
260 послуг (наприклад, пріоритети персоналу порівняно з комунальними послугами,
261 хірургія та внутрішня медицина або устаткування в порівнянні з витратними
262 матеріалами) без погодження із фіскальними органами. Замість цього вони
263 зобов'язані витратити усі асигновані кошти (невитрачені кошти на кінець року
264 мають бути повернуті, що в свою чергу може привести до ризику, коли фіскальні
265

266 органи зменшать бюджетні асигнування закладу на наступний рік на аналогічну
267 суму), що робить керування лікарнею практично неактуальним, якщо не сказати,
268 контрпродуктивним. Таким чином, для управлінців вигідно завищувати витрати на
269 інфраструктуру лікарні, а перебування в лікарні робити довшим, тому що це
270 приносить кращий зиск у порівнянні з раціональними витратами та економією або
271 перепрофілюванням структури витрат.

272 Неefективна структура управління тільки погіршує ситуацію. В теорії, Міністерство
273 охорони здоров'я координує структуру медичних установ у державному секторі,
274 серед яких Міністерство фінансів і місцеві органи влади розподіляють
275 фінансування, зібране із загальних податків. Насправді 75% коштів на утримання
276 закладів та працевлаштування персоналу надається на обласному та місцевому
277 рівнях.

278 Із чверті коштів, які доступні на національному рівні, понад 40% іде на підтримку
279 відомчої медицини, якою керують інші міністерства (Міністерство оборони, МВС,
280 Міністерство транспорту, Міністерство праці та соціальної політики та інші).
281 Співробітники та пенсіонери цих відомств отримують медичну допомогу у відомчих
282 закладах, але можуть користуватися і загальними медичними закладами, що
283 формує надмірність, дублювання та втрати коштів на додачу до внутрішнього
284 нераціонального використання ресурсів, пов'язаного із утриманням паралельних
285 мереж, що обслуговують одні й ті ж потреби.

286 Все це привело до надмірної кількості лікарень (2200) і лікарняних ліжок (понад
287 400 тисяч) у державному секторі – значно більше, ніж у сусідніх країнах та в ЄС в
288 цілому. Однак 75% з тих місць мають надзвичайно низьку пропускну потужність, бо
289 вони розташовані в невеликих медичних установах (міські або районні/сільські
290 лікарні, спеціалізовані лікарні – ендокринологічні, дермато-венерологічні
291 диспансери), деякі з них знаходяться у напівзруйнованому стані. Через відсутність
292 інвестицій та інші обмеження лікарні не здатні забезпечити сучасну комплексну
293 допомогу (наприклад, послуги з кардіохірургії або лікування раку).

294 Крім того, Україна має масивну мережу різних типів фахівців, таких як кардіологи,
295 хірурги-ортопеди, офтальмологи, урологи, які задіяні в 8300 поліклініках, що
296 знаходяться в районах і великих містах/міських лікарнях та спеціалізованих
297 диспансерах (туберкульоз, ВІЛ/СНІД). Передбачалося, що вони будуть працювати
298 спеціалістами, до яких приходять із направленням від дільничних лікарів, що
299 закріплені за певним районом або сільською лікарнею, надають медичні послуги
300 первинного рівня й об'єднані в центри первинної медико-санітарної допомоги, що
301 обслуговують населення певної території. Фактично центри ПМСД (первинної
302 медико-санітарної допомоги), які укомплектовані лікарем і медсестрою (або ФАПи),
303 надають обмежені послуги з використанням застарілих технологій та без стимулів
304 для підвищення якості, що тільки погіршувало їх професійну компетентність
305 протягом багатьох років. Як наслідок, більшість пацієнтів намагалися уникати
306 первинного рівня, тому зверталися безпосередньо до лікаря-фахівця, який в свою
307 чергу дійсно готовий був надати допомогу в обмін на певну офіційну або
308 неофіційну платню.

309 Догоспітальна допомога та послуги швидкої медичної допомоги вважаються ще
310 однією підсистемою, що не відповідає однорідним вимогам якості, доступності,
311 ефективності та укомплектованості обладнанням. Зловживання ресурсами є
312 скоріше правилом, ніж винятком у цьому контексті.

313 У 2011-2014 роках пілотна ініціатива в Дніпропетровській, Донецькій та Вінницькій
314 областях та місті Києві не запровадила усі пілотні фінансові механізми, зокрема не
315 запроваджено укладання договорів з постачальниками медичних послуг, систему
316 компенсації та стимулювання праці, механізми направлення та доступу до
317 вторинної і третинної допомоги. Одна з причин, чому пілотні заходи 2011-2014 рр.
318 не були належно оцінені, полягає у відсутності відповідної оцінки якості надання
319 послуг, ефективності рівня покриття населення послугами; жодної оцінки вихідного
320 рівня не було проведено, також не проводилися заходи з моніторингу та оцінки з
321 метою визначення, чи покращилася в цілому система надання допомоги після
322 реалізації пілотних проектів чи ні.

323 Ця тривожна картина доповнюється швидким старінням і зниженням кількості
324 лікарів (часто неправильно тлумачать тенденцію, конвертуючи кількість лікарів на
325 душу населення, не беручи до уваги фактор скорочення чисельності населення) і
326 швидшими темпами - медсестер та іншого кваліфікованого медичного персоналу.
327 Низька заробітна плата, незалежно від обсягу і якості роботи, що надається в
328 технологічно і професійно зношеному середовищі, а також жорсткі робочі правила
329 вкупі з незрозумілими рішеннями політично призначених начальників мають вплив
330 на етику, мораль і соціальну привабливість професії медичного працівника.

331 Приватний сектор дуже малий – у ньому практично немає великих приватних
332 страхових компаній і лікарень. Він складається здебільшого з аптек, медичних
333 установ (переважно амбулаторних) і лікарів приватної практики. Вони отримують
334 фінансування в основному за рахунок прямих платежів від населення –
335 скерування (особливо коштів) з державних медичних установ практично не існує.

336 Таким чином, політичне керівництво і виконавча, а також законодавча гілки
337 української влади зберегли в незмінному стані систему охорони здоров'я, що була
338 успадкована з радянського періоду, а саме комплексну модель Семашка, що
339 належала і фінансувалась державою, була спрямована на утримання лікарень, з
340 надзвичайно фрагментованим управлінням та послугами, які були зосереджені на
341 лікуванні окремих нетяжких гострих станів, та фактичною відсутністю
342 профілактики. Система ігнорувала потреби здорового населення та не могла
343 відповісти на зростаючий тягар неінфекційних захворювань. Система була
344 розроблена після Другої світової війни для боротьби з інфекційними
345 захворюваннями і травмами, які в цілому є наслідком зовнішніх причин, а не
346 визначаються особистісною поведінкою, система опікувалась питаннями здоров'я
347 матері і дитини, але в цілому то був час, коли комунікації були ускладненими, а
348 медичні технології недорогими. Система також ігнорувала міжнародні тенденції
349 модернізації та зміцнення СОЗ (наприклад, не надавалося місце та можливості
350 для розвитку приватного сектора), система не змогла забезпечити формування
351 політики в таких вкрай важливих областях як інформаційні технології. Існує багато

352 доказів того, що система продовжує культивувати значні осередки неефективності
353 та корупції.

354 **II. Партнери, цінності, цілі та завдання майбутньої Системи охорони** 355 **здоров'я України**

356 Нова політична ситуація сама по собі наочно показує, як Україна змінилася. І з цієї
357 причини громадяни не будуть приймати систему охорони здоров'я, яка не служить
358 їх потребам і не може задовольнити їх прагнення в таких нагальних сферах як
359 здоров'я, захворювання та інвалідність. Збереження існуючих механізмів
360 управління, фінансування, кадрового забезпечення тощо призведе тільки до
361 погіршення здоров'я населення, подальшого невдоволення населення медичним
362 обслуговуванням та державною політикою, поглибить проблеми з використанням
363 фінансових ресурсів, збільшить нерівність у доступі до медичної допомоги для
364 вразливих груп населення. Незначна модернізація первинної та невідкладної
365 медичної допомоги, як це відбувалося у пілотних регіонах, без змін в інших
366 областях системи не принесе значних змін і нічим не буде відрізнятися від
367 попередньої системи. **Єдиний прийнятний курс дій - це кардинальне, глибоке,**
368 **але контрольоване реформування існуючої системи.**

369 Серед багатьох інших завдань українці хочуть мати сильну СОЗ, яка забезпечить
370 гідний рівень медичного обслуговування для всіх на рівні розвинутих європейських
371 країн завдяки профілактиці захворювань, а в разі необхідності, за рахунок
372 ефективного лікування.

373
374 Молоді і старі громадяни, з міста чи села, заможні і бідні відчувають потребу у
375 кращому рівні лікування; вони зневажають занадто бюрократичні системи з
376 корумпованим управлінням, які не в змозі своєчасно відреагувати на персональні і
377 суспільні потреби, не враховують факторів ризику і не використовують усіх
378 можливих ресурсів. Населення хоче, щоби система відповідала їх очікуванням та
379 запитам.

380 Бізнес, промисловці і вчені вважають, що поточна система обтяжена підтримкою
381 неефективного функціонування медичних закладів, які не зацікавлені у
382 продуктивності чи результативних показниках. Вони хочуть мати систему, що буде
383 базуватися на принципах доказової медицини, яка допомагатиме у щоденній
384 економічній і соціальній діяльності. Україна асигнує кошти на охорону здоров'я в
385 пропорціях, порівнянних з європейськими, але витрати країни вкрай помилкові;
386 бізнес хоче бачити систему рентабельною.

387 Міжнародний досвід підтверджує, що функціональна система, яка спроможна
388 використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, здатна
389 забезпечити ефективне універсальне покриття та захистити громадян від
390 катастрофічного зuboжіння через хвороби. Це вимагає більш тісного зв'язку між

391 здоров'ям нації і розвитком національної економіки та добробуту громадян в
392 контексті свободи і плюралізму.

393 Модернізація реформованої системи охорони здоров'я України має бути головною
394 метою і завданням, що здатне втілити суспільні цінності та прагнення в кращих
395 традиціях сучасної демократичної Європи, право людини на здоров'я повинно бути
396 сумісним з економічним і соціальним розвитком і політичною стабільністю та
397 спрямоване на запобігання зайвих витрат та корупції. Україна повинна побудувати
398 міцний правовий, фінансово-економічний, структурний, управлінський,
399 організаційний, інформаційний та комунікаційний фундамент для досягнення
400 найкращих результатів для поліпшення здоров'я (у контексті рівня медичної
401 допомоги і справедливості), фінансовий захист, задоволення вимог та очікувань
402 громадян, та врешті-решт економічної ефективності.

403 Цілі реформи охорони здоров'я України можуть бути згруповані в чотири пункти:

- 404 • Підвищення особистої відповідальності за власне здоров'я громадян;
- 405 • Забезпечення вільного вибору постачальників послуг;
- 406 • Створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я;
- 407 • Надання адресної допомоги найбільш знедоленим частинам населення.

408 ***Відповідальність***

409 Система повинна сприяти формуванню відповідальності громадянина за всі
410 аспекти свого життя, в тому числі за право на підтримку здоров'я та отримання
411 медичної допомоги. Наприклад, офіційні спільні платежі в багатьох випадках
412 стають необхідною частиною державних субсидій, кількість яких повинна залежати
413 від критеріїв добробуту, встановлених Урядом для користувачів послуг охорони
414 здоров'я. Така політика гарантує, що Уряд надає більше допомоги знедоленим і
415 менше заможній частині населення.

416 ***Свобода вибору***

417 Свобода вибору є основною рушійною силою в рамках вільної ринкової
418 конкуренції. Без конкуренції було б неможливо створити здорові економічні
419 стимули серед сервіс-провайдерів та інших учасників ринку охорони здоров'я.
420 Пацієнти повинні мати право обирати своїх постачальників послуг на основі їх
421 географічного розташування, якості медичної допомоги, професіоналізму
422 медичного персоналу та наявності широкого спектра послуг.

423 ***Бізнес середовище***

424 Послуги, що надаються бізнесом, повинні відповідати потребам споживачів і
425 конкурувати одна з одною, щоб поліпшити якість обслуговування при мінімальних
426 затратах. Сьогодні ніхто не сперечається про необхідність реструктуризації
427 надання послуг. Бізнес повинен мати право здійснювати необхідні зміни, а уряд -
428 зняти штучні бар'єри. У більш вільному середовищі, де вибір постачальника
429 знаходиться в руках пацієнта, медичні заклади зосереджені на наданні допомоги

430 високої якості, використовують сучасні технології та управління, щоби залучити
431 більше пацієнтів, тим самим збільшуючи свої прибутки. Концепція, що охорона
432 здоров'я не може бути і не повинна бути орієнтованою на отримання доходу, не є
433 правильною. Послуги повинні бути дофінансовані за рахунок державного
434 фінансування, але мережа постачальників послуг не може бути збитковою і
435 залежати тільки від державних субсидій.

436 ***Державне фінансування***

437 Під ефективним використанням державних коштів ми маємо на увазі спрямування
438 державних ресурсів для найбільш нужденної частини населення. У зв'язку з цим,
439 Уряд має широкий спектр можливостей, щоб перейняти досвід багатьох країн, які
440 використовують різні цільові моделі. Наприклад, більш забезпечену частину
441 населення слід заохочувати, щоб вона піклувалася про своє власне здоров'я, в
442 той час як необхідно потурбуватися про соціально незахищені верстви населення,
443 яким потрібно надати субсидії відповідно до їх потреб, наскільки це можливо в
444 рамках бюджету.

445

446 Створення пацієнто-центричної СОЗ, що орієнтована на потреби людини.
447 Поліпшення здоров'я населення чи збільшення тривалості життя буде важко
448 досягти тільки шляхом перерахування високих цілей. Це вимагає розробки
449 проміжних результатів для створення доступу і подальшого користування якісними
450 медичними послугами, забезпечення вибору, безперервності обслуговування,
451 безпеки, інституціональної продуктивності. І після того, як бажані цілі і завдання
452 будуть викладені відповідно до зазначеного вище, Україна має зробити свій вибір і
453 визначитися з рішеннями, які функції візьме на себе СОЗ, наприклад:

- 454 ✓ Контроль як інфекційних, так і неінфекційних захворювань потребує доступу і
455 використання якісних профілактичних, діагностичних, терапевтичних,
456 реабілітаційних та лікувальних технологій (у тому числі забезпечення ліками),
457 які повинні бути визначені відповідно до конкретних можливостей наявної
458 мережі закладів, безперервності та безпечності допомоги;
- 459 ✓ Надавати послуги може державний сектор, або вони можуть закуповуватися у
460 приватного сектора, пропонуючи вибір громадянам відповідно до їх уподобань.
461 Повинна бути визначена роль приватного сектора та його основні параметри
462 (розмір, регулювання, відносини);
463
- 464 ✓ Кадрова політика, яка не забезпечує адекватного відновлення та збереження
465 людського капіталу в якісному і кількісному вираженні, без зміни буде
466 продовжувати сприяти втраті коштів, для її зміни потрібні добре продумані
467 критерії і терміни;
- 468 ✓ Система закупівель та управління поставками є марнотратною, неефективною,
469 корумпованою і не гарантує, що обладнання, лікарські засоби та необхідні

- 470 вакцини є доступними за розумною ціною чи у потрібний час, але робота не
471 може бути просто зупинена без альтернативних систем;
- 472 ✓ Неefективні механізми міжсекторальної координації та взаємодії для
473 зміцнення здоров'я будуть тільки підтримувати інституційно і функціонально
474 недорозвинену систему громадського здоров'я, але координація займає багато
475 часу для отримання результатів;
- 476 ✓ Обмін інформацією, що ґрунтується на паперових носіях, неперсоніфіковані
477 медичні записи та звіти унеможливають комплексний моніторинг та оцінку
478 ресурсів, необхідних для ефективного оперативного управління і стратегічного
479 планування, але інформаційні технології коштують дорого;
- 480 ✓ Надання інформації і комунікація з громадськістю, що здійснюються у
481 непрофесійній або грубій формі, аж ніяк не поліпшать здоров'я населення,
482 проте прозорість легше проголосити, ніж її досягти.

483 Український Уряд отримав мандат на проведення реформ у багатьох сферах і
484 унікальне політичне вікно можливостей, щоб цього досягнути. Рішення має
485 полягати у розумінні, як ця СОЗ впливатиме на життя людей і економіку країни
486 протягом багатьох років. До того ж, основний вибір на початку процесу буде важко
487 змінити пізніше, і це покладає особливі зобов'язання на Уряд. З цих причин,
488 пропоновані зміни повинні будуть:

- 489 • Мінімізувати страждання, яких можна уникнути;
- 490 • Бути чистими та прозоро впроваджуватися.

491 Іншими словами, різнопланові стратегічні рішення потрібно буде прийняти в
492 найближчі місяці. В контексті наступного розділу пояснюються основні цілі, яких
493 потрібно досягнути.

494 **III. ПОБУДОВА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. СТРАТЕГІЧНІ МОЖЛИВОСТІ** 495 **ДЛЯ УКРАЇНИ**

496 Немає сумнівів, що майбутня СОЗ в Україні має бути приведена у відповідність з
497 прагненнями вступу до європейської спільноти, що тягне за собою реформування
498 пострадянської системи Семашка у відповідності до світових стандартів
499 обслуговування, практики та досвіду, що базується на засадах науково-доказової
500 медицини, надавши відповіді:

- 501 • Які індивідуальні та колективні послуги необхідно розробити для населення,
502 як, де, ким?;
- 503 • Як можливо зібрати достатньо фінансування, об'єднати і розподілити його, з
504 яких джерел?;
- 505 • Яким чином буде керуватися система (в контексті планування, регуляції),
506 щоб отримати бажані результати найпрозорішим і найефективнішим способом;

507 • Які ресурси необхідні для змін (людські ресурси, технології, інформація)?

508 В Європейському союзі існує широкий спектр опцій і "моделей" для кожної з
509 вказаних вище функцій СОЗ: деякі країни використовують переважно первинну
510 медико-санітарну ланку, тоді як інші більш схильні покладатися на лікарні; деякі
511 розвивають державну та комунальну медицину, тоді як інші використовують
512 приватну медицину; деякі покладаються на програми страхування, тоді як інші
513 використовують бюджетне фінансування; деякі країни мають жорсткі правила у
514 сферах, які в інших країнах не є предметом особливої уваги.
515 Стратегічна дорадча група рекомендує НАПРЯМКИ реформування, що повинні
516 виключати різні функціональні можливості. Переваги та недоліки кожного з
517 варіантів повинні бути ретельно проаналізовані перед запровадженням.

518 **Забезпечення та надання послуг**

519 *Надійна мережа державних та приватних постачальників послуг*

520

521 Сектор забезпечення послугами в Україні буде реформований відповідно до
522 принципів доступності, універсальності, безперервності і комплексного підходу, що
523 поєднує первинну і спеціалізовану допомогу. Механізми забезпечення послугами
524 повинні бути вільні від надмірних бюрократичних регулювань і заохочувати
525 приватні інвестиції в систему, а також розширення свободи вибору для споживачів
526 як рушійної сили реформи. Постачальники послуг всіх організаційно-правових
527 форм власності повинні мати можливість вільно виходити на ринок і конкурувати
528 на паритетних засадах за отримання державного фінансування, в тому разі, якщо
529 їх послуги відповідають належним вимогам безпеки і якості.

530 Багато медичних послуг є вкрай важливими для конкретних осіб (індивідуальні
531 послуги) або груп людей (колективні послуги або послуги громадського здоров'я).
532 Таким чином, мережа державних і приватних медичних установ (у тому числі
533 лікарень, медичних закладів ПМСД, денних стаціонарів, центрів інтегрованих
534 послуг) задовольнятиме потреби у багатьох видах медичної допомоги. Створення
535 мережі закладів повинне бути організовано з урахуванням *циклу захворювання*
536 (профілактичні, лікувальні, реабілітаційні заклади); *спеціалізації персоналу*
537 (первинний, вторинний та третинний рівень допомоги); *застосування технології*
538 (хірургічна, лабораторна, інструментальна); *необхідних професійних навичок*
539 (лікарі, медсестри); *інтенсивності надання допомоги* (звичайний, інтенсивний,
540 швидкої медичної допомоги); *основних цільових одержувачів послуг* (педіатричних,
541 геріатричних).

542 Медичні заклади (мережі, корпорації) повинні користуватися управлінською
543 автономією для забезпечення ефективного надання послуг (Див. Нижче
544 "Автономія надавача послуг" у розділі з управління). У всьому світі СОЗ в
545 державному та приватному секторі дотримуються єдиних підходів до управління.
546 Такі професійні заходи стимулюватимуть необхідність досягнення якісних та
547 кількісних результатів (продуктивності), запровадження ініціатив, розумного
548 використання економічних ресурсів, сприяння роботи в команді.

549 *Зміцнення первинної медико-санітарної допомоги.*

550 Поточна ситуація і пострадянські традиції розподілу людських ресурсів (відсутність
551 сімейних лікарів, закореніла система поліклінік), в короткостроковій перспективі не
552 дадуть жодної можливості відмовитися від нинішнього поєднання сімейної
553 медицини, педіатрії, акушерства і гінекології для первинної допомоги. Проте,
554 держава буде продовжувати чіткі ініціативи щодо посилення ролі та місця
555 первинної ланки із започаткуванням нової ролі лікарів загальної практики, що
556 працюють за принципом приватного підприємства/приватних підприємців (на
557 прикладі Великобританії, Нідерландів, Данії), особливо в сільських районах; з цією
558 метою буде продовжено поступову перепідготовку лікарів ПМСД і переоснащення
559 ПМСД-установ.

560 Принцип вільного вибору (реєстрації у одного "обраного лікаря" на умовах
561 конкуренції) повинен застосовуватися, щоб використати найважливішу перевагу
562 ПМСД, коли лікарі опікуються декількома пацієнтами, особами, родинами, які
563 живуть та/або працюють поблизу і чие життя взаємопов'язане. Лікарі, таким чином,

564 розуміють соціальні детермінанти здоров'я, що є значущою складовою сімейної
565 медицини.

566 Пацієнти, у свою чергу, зможуть скористатися лікарем ПМСД для направлення по
567 складній СОЗ, оскільки саме лікареві ПМСД буде надано виняткове право
568 направлення до спеціаліста ("гейткіпінг"), що у свою чергу, може знизити рівень
569 самонаправлень пацієнтів. Але систему направлень не просто реалізувати, її
570 необхідно ретельно обговорити (для створення збалансованої системи первинної
571 медико-санітарної допомоги потрібні роки). Формула, що пропонує виняткове
572 право лікарю ПМСД скеровувати пацієнтів, буде значно кращим варіантом, ніж
573 повна заборона самозвернень, яку неможливо буде реалізувати.

574 Гібридна система оплати має стати зручним способом переходу від оплат
575 бюджетними ставками до оплати за результат. Розумним підходом в даній ситуації
576 може бути застосування комбінації 1) подушних виплат з урахуванням ризиків,
577 враховуючи витрати на надання медичних послуг окремим особам або групам
578 (чиста подушна оплата враховує фіксовану плату за одного пацієнта, незалежно
579 від віку, статі та стану здоров'я); 2) плати за послуги (стимул для лікарів, щоб
580 надавати більше послуг лікування); та 3) оплати за результат (стимулювання
581 якості та ефективності на основі клінічних та економічних результатів). Новий
582 механізм оплати повинен бути запроваджений негайно, принаймні, у пілотних
583 проектах.

584 *Реформування мережі лікарень*

585 Кількість і структура лікарень в Україні потребує термінової оптимізації,
586 перепрофілювання тих ліжок і лікарень, на які використовують бюджетні кошти,
587 але які є малоефективними та малопродуктивними як для пацієнтів, так і для
588 суспільства. В контексті єдиної лікарняної мережі усі медичні установи повинні
589 надавати доступ до своїх послуг пацієнтам і виконувати загальні правила, в
590 рамках контракту з агенцією закупівлі послуг (див. нижче в розділі фінансування).
591 Пропонується сформувати три рівні лікарень, що увійдуть до єдиної мережі:
592 місцеві лікарні, регіональні лікарні (географічні регіони, а не адміністративні) та
593 національні референтні центри.

594 Спеціалізовані, вузькопрофільні медичні заклади повинні бути об'єднані в
595 багатофункціональні медичні центри, щоб забезпечити широкий спектр послуг -
596 навіть якщо деякі з них залишаться протягом певного часу не такими. "Паралельні
597 системи охорони здоров'я" з часом повинні припинити своє існування, а лікарні, що
598 працюють під різними міністерствами, зрівняються з іншими медичними закладами
599 та працюватимуть за контрактом із закупівельним агентством на паритетних
600 підставах. Враховуючи поточну ситуацію, військово-медичні заклади можуть
601 залишатися недоторканими.

602 Україні необхідно переглянути визначення інтенсивного та планового лікування.
603 Інтенсивне лікування буде застосовуватися для **важких медичних станів**,
604 проводиться лікарем, який має спеціалізацію інтенсивна терапія та/або
605 реаніматологія, до моменту виписки хворого для відновлення; Планове лікування

606 на відміну від інтенсивної терапії, як правило, необхідне людям, чиї хронічні
607 фізичні стани або психічні розлади ускладнюють задоволення власних потреб,
608 потребуючи допомоги медсестри або іншого медичного працівника у себе вдома
609 або в медичному закладі.

610 Передбачається створення Генерального плану лікарень (ймовірно, він буде
611 підготовлений на підставі регіональних генеральних планів), план має враховувати
612 наявні ресурси і потреби та включати пропозиції щодо оптимізації мережі,
613 заснованої на забезпеченні доступу та фінансовій ефективності. План(и)
614 дозволять уряду визначити, які лікарні можуть виконувати функцію постачальників
615 послуг у державному секторі (зливаючись або не зливаючись), які з них можуть
616 бути приватизовані, які з них повинні розвиватися як заклади інтенсивної терапії, а
617 які повинні бути перепрофільовані у лікарні планового або хронічного лікування.

618 Уряду буде значно легше здійснювати наступні кроки (використовувати
619 революційний або еволюційний підхід) залежно від реакції представників
620 зацікавлених сторін після розробки плану (Див. Нижче "Автономія надавача
621 послуг" у розділі управління). Діагностичні послуги або немедичні послуги
622 (харчування, прання) повинні розглядатися як потенційні кандидати для
623 формування державно-приватного партнерства. Крім того, ІГС (інституції
624 громадянського суспільства), які себе добре зарекомендували у профілактиці та
625 догляді у галузі ВІЛ/СНІДу, могли б продовжити роботу в цій сфері навіть після
626 завершення роботи Глобального фонду, хоча це питання потребує соціального
627 обговорення.

628 *Громадське здоров'я*

629 Система та заходи громадського здоров'я будуть раціоналізовані, законодавство
630 модернізоване для посилення заходів щодо зміцнення здоров'я, врахування
631 соціальних детермінант і підготовки до надзвичайних ситуацій у випадку
632 виникнення загроз для здоров'я. Існуючі послуги населення і обов'язки будуть
633 розширені на інфекційні, неінфекційні хвороби та оцінку соціальних детермінант
634 здоров'я. Інформаційно-просвітницькі ініціативи щодо скорочення основних
635 факторів ризику, наприклад, створення середовища, вільного від тютюну,
636 скорочення використання трансжирів, використання захисних шоломів на
637 транспортних засобах зміцнюватимуться.

638 Національний центр контролю за захворюваннями та громадського здоров'я буде
639 створено шляхом об'єднання закладів, які виконують ключові функції у сфері
640 громадського здоров'я з метою покращення стратегічного планування та реалізації
641 політики. Реструктуризація може включати створення регіональних підрозділів
642 громадського здоров'я і лабораторій, які повинні використати лабораторну мережу
643 установ та закладів, що працюють в цій галузі. Потужна національна
644 інфраструктура громадського здоров'я (включаючи ПМСД, центри контролю за
645 захворюваннями та центри здоров'я) може зіграти ключову роль у досягненні
646 короткострокових задач шляхом вибіркового вирішення "першочергових проблем"
647 (наприклад, скринінг раку, надмірне вживання солі, фізична активність)

648 *Швидка(невідкладна) медична допомога*

649 Питання реструктуризації швидкої медичної допомоги може бути раціонально

650 вирішене тільки після запровадження змін у загальній системі охорони здоров'я
651 (ПМСД та лікарні). Пропозиції щодо створення Національного інституту медицини
652 катастроф як головної організації з надання невідкладної допомоги (не кажучи вже
653 про обласні інститути екстреної медицини, обласні кол-центри з телемедициною;
654 спеціалізацію лікарів з невідкладної медицини, обладнання, протоколи та
655 алгоритми допомоги тощо) слід розглядати у віддаленій перспективі.

656 **Фінансування охорони здоров'я**

657 *Загальне оподаткування як основне джерело фінансування, в тому числі цільове* 658 *оподаткування*

659 Не викликає сумнівів те, що збільшення державних витрат без реструктуризації
660 інфраструктури буде тимчасовим рішенням. Необхідні зусилля, щоб
661 перерозподілити наявні ресурси і підвищити продуктивність системи (подолати
662 прірву між державними зобов'язаннями, фінансовими і людськими ресурсами та
663 інфраструктурою, яку потрібно фінансувати та утримувати, яка щороку вимагає
664 збільшення видатків). Насправді, радикальні заходи зі скорочення видатків є
665 неминучими у короткостроковій перспективі в рамках урядових реформ, але вони
666 можуть бути прийняті лише після визначення результативності та ефективності
667 державних витрат з урахуванням існуючого економічного потенціалу і бюджетних
668 ресурсів. Іншими словами, зміни, запропоновані в стратегії, повинні бути
669 фінансово обґрунтованими.

670 Реформа фінансування охорони здоров'я, таким чином, зосередиться передусім
671 на підвищенні ефективності витрат, зокрема, через реформування сектору
672 закупівель. Додаткові джерела фінансування і нові організаційні моделі, що
673 об'єднують фінансування (наприклад, державні чи приватні системи страхування)
674 обов'язково розглядатимуться в установленому порядку, але тільки після того, як
675 процес реформування буде налагоджено. Враховуючи поточну ситуацію в Україні
676 з великим сектором неформальних платежів, рекомендується в короткостроковій
677 перспективі, щоб основна частина державного фінансування надходила з
678 загальних податків з метою скорочення неформальних витрат домогосподарств.
679 Цільові податки на алкоголь/тютюн повинні слугувати додатковим (скоріш за все,
680 скромним) джерелом надходження коштів, виділених, в першу чергу, на
681 відшкодування ліків та первинну медичну допомогу – ті сегменти галузі, де
682 державні інвестиції найбільш затребувані.

683 *Розподіл між покупцем на постачальником; Закупівельне агентство*

684 Стратегічним підходом України до підвищення ефективності витрачання
685 коштів у короткостроковій перспективі для держави буде дистанціювання від
686 фінансування безпосередньо медичних закладів, за механізмом укладання
687 договору з виконавцем послуг на основі узгоджених схем відшкодування.
688 Корупція під час тендерів є надзвичайно чутливим питанням, яке шкодить
689 репутації системи охорони здоров'я та влади. На практиці, наприклад,
690 одним з відомих швидких способів вирішення серйозних проблем,
691 пов'язаних з корупцією при закупівлі більшості фармацевтичних засобів, є

692 аутсорсинг міжнародних організацій, що займаються таким видом діяльності
693 від імені країни. Це рішення приносить і економічні переваги у зв'язку з
694 обсягом закупівель, що проводять міжнародні організації (наприклад,
695 ЮНІСЕФ є найбільшим у світі покупцем вакцин, а ВООЗ може забезпечити
696 пільгові ціни на конкретні препарати).

697 Напівавтономне але все ж державне Національне агентство з фінансування
698 охорони здоров'я (необхідно визначитися з точною назвою) буде створене для
699 вирішення централізованих закупівель (послуг) і пов'язаних з ними переговорів під
700 керівництвом МОЗ. Таке агентство може в установленому порядку укласти
701 контракти з приватною страховою компанією. Але це нереально зробити в
702 короткостроковій перспективі через відсутність відповідних кандидатів.

703 *Об'єднання ресурсів на регіональному рівні з обмеженнями*

704 Враховуючи, що основний обсяг державного фінансування охорони здоров'я
705 надходить з джерел загального оподаткування, початкове об'єднання ресурсів
706 здійснюється на центральному рівні. З метою підвищення ефективності та
707 відповідно до принципів децентралізації, основна частина центрального бюджету
708 буде передана до регіонів (закупівельне агентство регіонального рівня) з
709 урахуванням зваженої подушної формули (території з вищими потребами повинні
710 отримувати більше державного фінансування).

711 Таким чином, необхідно знайти баланс між неминучою консолідацією фінансів на
712 центральному рівні для фінансування окремих національних лікарень та програм і
713 можливістю економії на обсягах при закупівлі ліків та медичного обладнання, при
714 цьому не забираючи кошти з місцевого бюджету. Закупівля медичних послуг за
715 державні кошти повинна проходити, в першу чергу, на місцевому рівні в рамках
716 встановлених нормативних умов. Важко передбачити, яке рішення може бути
717 збалансованим, але багаторівневе агентство з закупівель з істотною автономією
718 на обласному рівні та можливістю укласти договори на підставі результатів (від
719 ПМСД до спеціалізованих лікарень третього рівня) може бути реальною
720 альтернативою.

721 *Перехід від постатейного фінансування до системи купівлі медичних послуг*

722 Для підвищення ефективності система повинна відмовитися від постатейного
723 фінансування. Планується запровадити механізми оплати, що забезпечать стимул
724 для медичних працівників реагувати на потреби пацієнтів, при цьому досягаючи
725 ефективності та економії витрат і не залишаючи жодного пацієнта без відповідної
726 допомоги. Цілком ймовірно, що Україна захоче наслідувати досвід інших країн у
727 використанні різноманітних платіжних механізмів. Наприклад, хорошим варіантом
728 для оплати послуг на первинному рівні є зважені подушні платежі з поправкою на
729 послуги і продуктивність (більш точно подушна оплата з урахуванням ризиків,
730 тобто подушна змішана оплата + оплата за послуги + оплата за результат).

731 В рамках вторинної та третинної допомоги "гроші повинні слідувати за пацієнтом".
732 Першим кроком в реформі платіжної системи на перехідний період є
733 запровадження загального бюджету для лікарень з подальшим переходом до
734 системи оплат за послуги, великою перевагою введення спочатку загального
735 бюджету є також отримання достовірної базової інформації про видатки. Лікарням

736 необхідно надати дозвіл самостійно використовувати свої заощадження,
737 перепрофільовуючи їх для інших цілей або переносячи на наступні роки.
738 Запровадження системи оплати за випадок у платіжну систему стимулюватиме
739 лікарні до підвищення ефективності лікування медичних станів і хвороб, оскільки
740 лікарня буде отримувати відшкодування у межах розрахунків, необхідних для
741 лікування конкретної хвороби (що унеможлиблює надання лікарнями непотрібних
742 послуг або заохочення пацієнтів до тривалої госпіталізації). За умов чіткого
743 нагляду використання таких інструментів як діагностично-споріднені групи (ДРГ),
744 дозволяє порівняти продуктивність лікарень – клініки будуть фінансово мотивовані
745 використовувати доказові (ефективні) методи лікування, видаляти непотрібні
746 процедури, що в остаточному рахунку вирішить проблему з надмірною кількістю
747 ліжок, розміром будівлі та/або кількістю відділень.
748 Підтримка приватного сектора у сфері добровільного (приватного) медичного
749 страхування і як приватного постачальника медичних послуг є важливим кроком
750 (Див. також розділ "Управління"). Тим не менше, під час першої фази реформи
751 охорони здоров'я, група не рекомендує вдаватися до радикальних "змін" у сфері
752 збору коштів або принципів їх об'єднання (наприклад, запровадження соціального
753 медичного страхування).

754

755 *Запровадження медичного страхування*

756 Вкрай важливо підтримати розвиток медичного страхування у довгостроковій
757 перспективі, у тому числі приватного. Для розвитку медичного страхування перехід
758 від використання роботодавцями оподаткованого прибутку до системи внесків з
759 видаткової частини бюджету є суттєвим і важливим першим кроком. Необхідно
760 запровадити відповідне нормативне урегулювання та систему моніторингу, щоб не
761 створювати іншу схему ухилення від оподаткування та не запровадити систему
762 страхування з недосконалим або неповним охопленням. З часом, прибутки,
763 отримані від приватних страхових компаній, повинні поліпшити фінансове
764 становище СОЗ та зменшити навантаження на бюджетні державні видатки.

765 Протягом кількох років, коли необхідно зосередитися на реформуванні принципів
766 та механізмів розподілу ресурсів і реформі платіжних систем (Див. вище), група
767 рекомендує суттєво не змінювати джерела фінансування. Для запровадження
768 медичного страхування протягом цього періоду часу необхідно створити два різні
769 пакети послуг, які можуть фінансуватися за рахунок державних коштів.

770 • "Універсальний нестраховий пакет" (УНП) включає медичний захист та
771 медичну допомогу, яка фінансується державою, а населення забезпечує
772 мінімальну доплату, незалежно від місця проживання чи фінансової спроможності.
773 Універсальні незастраховані послуги будуть включати в себе ряд медичних послуг,
774 які історично фінансувалися державою, галузь громадського здоров'я, випадки
775 хронічних захворювань, що не покриваються страховим полісом, а також ризики,
776 пов'язані з катастрофічними витратами. Покриття пакету може включати:

777 • Громадське здоров'я (щеплення, ТБ, ВІЛ);

778 • Психічне здоров'я;

- 779 • Рідкісні захворювання;
 - 780 • Ургентне лікування незастрахованої частини населення;
 - 781 • Спільне покриття катастрофічних витрат на охорону здоров'я, що
 - 782 перевищують певний поріг;
 - 783 • "Державний страховий пакет". Держава забезпечує преміум-платежі
 - 784 медичного страхування для вразливих верств населення, в рамках наявних
 - 785 ресурсів.
- 786 На першому етапі міністерство розробить розрахунки для УНП:
- 787 • Список послуг, що фінансуються державою;
 - 788 • Визначить ринкову ціну УНП;
 - 789 • Визначить суму спільних платежів, враховуючи соціально-економічний
 - 790 статус реципієнтів (наприклад, пенсіонери, тимчасово безробітні, особи з
 - 791 особливими потребами).
- 792 Після розрахунку бюджету УНП наступним кроком буде асигнування бюджетних
- 793 коштів на закупівлю пакетів з медичними страховими послугами для вразливих
- 794 груп населення. Бенефіціари будуть мати можливість вільно вибирати страхові
- 795 компанії, що беруть участь у державній програмі. Уряд і страхова галузь повинні
- 796 домовитися про мінімальні умови, які потрібно виконати, щоб отримати послуги.

797 **Управління.**

798 *Реформування Міністерства охорони здоров'я*

799 Відповідно до європейських прагнень України, роль держави в системі охорони

800 здоров'я буде значно обмежено. Міністерство охорони здоров'я повинно бути

801 позбавлене управлінських функцій (закупівлі, управління лікарнями,

802 обслуговування та ремонт лікарень), зосередившись на прийнятті політичних

803 рішень. МОЗ має зберегти три основні функції:

- 804 ✓ • Управління СОЗ через політичне лідерство та розробку стратегій,
- 805 створення і координація розробки Генерального плану, визначення
- 806 пріоритетності програм в галузі охорони здоров'я та обговорення пріоритетів
- 807 з основними зацікавленими сторонами. У деяких країнах, наприклад,
- 808 створені агентства з управління програмами охорони здоров'я та служби
- 809 посередників, що вирішують конфлікти між постачальниками послуг,
- 810 пацієнтами і державним покупцем;
- 811 ✓ • Регуляторний нагляд всіх видів діяльності, що пов'язані з СОЗ,
- 812 включаючи закупівлі. Цю функцію можна виконувати через представництво
- 813 МОЗ у правлінні відповідного закупівельного агентства та інших незалежних
- 814 організацій, таких як агентство з ліцензування та акредитації медичних
- 815 закладів, фармацевтичне агентство, що відповідає за реєстрацію та

816 ліцензування фармацевтичної продукції, а також Фармаконагляд; Агентство
817 оцінки технологій охорони здоров'я;

818 ✓ • Забезпечення інформації в СОЗ, прозорості та підзвітності,
819 нагляду/екстреного реагування буде здійснюватися мережею лабораторій
820 та управлінь Національного центру контролю захворювань і громадського
821 здоров'я, який забезпечуватиме епідеміологічний нагляд, а Департамент
822 надзвичайних ситуацій повинен займатися розробкою національного плану
823 у випадку виникнення або прогнозування таких ситуацій. В усіх випадках
824 МОЗ має забезпечити доступну, достовірну, правдиву, своєчасну і прозору
825 інформацію стосовно охорони здоров'я для всіх громадян. Так само МОЗ
826 гарантуватиме нагляд і політичний захист скарг пацієнтів в медичних
827 установах; має оприлюднювати дані про порівняльну ефективність та
828 результативність. Крім того, міністерство повинно показати себе (так само
829 як і заклади охорони здоров'я) відповідальним за результати, а це основний
830 принцип більшості країн ЄС.

831 *Інституційні перепрофілювання*

832 Склад МОЗ і його структура повинні в майбутньому відображати нові задачі
833 (зважаючи на ризик надмірного спрощення). Міністерство повинно
834 укомплектуватися спеціалістами з аналізу та комунікацій, а не управлінцями і
835 бухгалтерами ("мозок повинен переважати над м'язами"). За визначенням, будучи
836 складовою виконавчої влади, МОЗ має підтримувати відкритість у процесі
837 формування політики, зосередитися на внутрішніх регламентах і аудиті,
838 створювати нові канали відкритого діалогу з громадськістю. Одним з варіантів
839 створення ефективнішої нормативної бази і вдосконалення управління буде
840 створення спеціального підрозділу з чіткою програмою і повноваженнями для
841 запровадження стандартів національної обов'язкової інформації та електронної
842 системи охорони здоров'я, інтеграції та обміну даними - на основі міжнародних
843 стандартів: HL7/CDA та IHE.

844 З тієї ж причини, інші установи (центральні і регіональні, місцеві органи влади,
845 покупці) пройдуть процес інституціонального розвитку за напрямками розробки
846 політики, оцінки результатів із застосуванням сучасних інформаційних і
847 комунікаційних технологій, підзвітності та використання медичної інформації,
848 забезпечення якості співпраці з пацієнтами та залучення до управління
849 громадянського суспільства. Буде підтримуватися і розвиватися професійне
850 самоврядування. Повинні розвиватися партнерські відносини з приватним
851 сектором галузі високотехнологічних послуг вторинного і третинного рівня (де
852 високий прибуток), але також там, де приватний сектор має порівняльну перевагу,
853 оскільки може стати найбільш економічно вигідним. В цілому, розвиток державно-
854 приватного партнерства повинен керуватися прагматичним підходом, що
855 базується на доказовій медицині, без протистояння між державним і приватним
856 секторами.

857

858 *Автономність постачальника послуг*

859 У більшості розвинених країн фінансування і прибуток постачальників послуг
860 залежать від обсягу та якості послуг, що надаються споживачам, переважно на
861 основі вільного вибору останніх, а не на підставі бюрократичних уподобань.
862 Водночас, лікарні та медичні працівники повинні мати управлінські і фіскальні
863 повноваження реінвестувати в інфраструктурні або технологічні зміни, при цьому
864 за ними повинна залишитися відповідальність за витрати державних грошей.
865 Важливо також, що вони зможуть диверсифікувати свої джерела прибутків, на
866 додачу до державних виплат і випадкових доплат (наприклад, завдяки новим
867 медичним послугам, таким як пластична хірургія, приватне страхування).

868 Автономію медичних закладів потрібно збільшити в трьох основних сферах:
869 фінансове управління, персональна делегація і планування розвитку послуг.
870 Необхідно зробити багато кроків у цьому напрямку, в тому числі: визначити ступінь
871 делегування повноважень; розробити законодавство; переглянути систему
872 фінансового управління; створити систему контракування та оцінки результатів;
873 визначити кадрову політику і перехідні угоди; провести відбір і підготовку
874 управлінців. Успіх потребує командного підходу, що передбачає участь партнерів
875 та бенефіціарів (пацієнтів).

876 З політичної точки зору, темпи змін та перетворень у лікарнях є чутливим
877 питанням, тому захисники "радикальних змін" аргументують рішучі кроки, щоб
878 скоротити тривалість періоду невизначеності. Очевидно, немає стандартного
879 вирішення такої дилеми, але міжнародний досвід (особливо у світлі європейських
880 реформ) більше схиляється до пропозицій поступових перетворень, для
881 можливості уникнення незворотних заходів та відчуження потенційних союзників.
882 **Проміжним прийнятним рішенням буде розширення прав і можливостей**
883 **контрольованої кількості "незалежних" менеджерів, що очолять групи з**
884 **реформування лікарень, об'єднавши їх в невеликі мережі під єдиним**
885 **управлінням. Менеджери повинні мати свободу для запровадження**
886 **інновацій і прийняття рішень стосовно оптимізації послуг з чітким**
887 **принципом підзвітності та можливості використання методу проб і помилок,**
888 **в цей час зацікавлені визначаться зі своїми позиціями, а МОЗ матиме час**
889 **для прийняття рішення.**

890 Регулююча роль держави в первинній медико-санітарній допомозі, стаціонарному
891 лікуванні та спеціалізованій медичній допомозі буде обмежена встановленням
892 певних вимог до інфраструктури та мінімального стандарту якості послуг.
893 Задоволення встановлених норм буде гарантією для входження і діяльності на
894 ринку. Враховуючи європейські прагнення України, Уряд збереже поточні
895 нормативні вимоги, визнаючи вимоги всіх держав-членів ЄС щодо лікарень та
896 інших медичних установ. Будь-який з цих стандартів (європейський чи український)
897 повинен визнаватися для надання дозволу на провадження медичної діяльності.

898 **Важливі внески в систему охорони здоров'я**

899 *Контракування персоналу*

900 Головним внеском у будь-яку систему є люди. Щоб відновити мотивацію
901 медичного персоналу і встановити справедливу винагороду в медичному секторі,
902 потрібно реалізувати загальний процес реформ, у напрямі відповідності
903 європейським стандартам (у тому числі, систему до та післядипломної освіти
904 лікарів, медичних сестер та іншого персоналу). Це були б перші кроки з
905 реструктуризації людського ресурсу і відповідно до економічних реалій та
906 реальних потреб громадян за допомогою спільних програм навчання з іншими
907 країнами (наприклад, використовуючи Болонську систему освіти в рамках ЄС).

908 В українській СОЗ необхідно чітко розмежувати процес отримання диплому та
909 структуру кадрів, яка може бути створена на основі можливості надання послуг. У
910 такому процесі вирішальне значення матимуть доступне фінансування, автономія
911 лікарень і конкурентоспроможність кадрів.

912 Необхідно припинити фінансування Академії медичних наук як бюджетної
913 організації, а вищі навчальні заклади повинні працювати під егідою Міністерства
914 освіти, враховуючи, що закон "Про вищу освіту та університетську автономію"
915 набрав силу; зарахування до учбового закладу повинно ґрунтуватися на загальних
916 критеріях вступу: зовнішнє незалежне оцінювання з відповідними гарантіями
917 прозорості, справедливості та неупередженості.

918 Єдиним методом вирішення питання кількості, компетенції та структури лікарів,
919 медсестер, клінічних провізорів, менеджерів охорони здоров'я є переговори з
920 відповідними професійними об'єднаннями. Проведення адміністративних
921 скорочень зверху вниз або запровадження радикальних механізмів конкуренції
922 можуть бути неприйнятними з різних причин, але не можна не робити нічого.
923 Тільки залучення професійних лідерів до надання послуг та фінансова реформа
924 дозволять в перспективі побачити всі доступні варіанти.

925 *Навчання та підвищення кваліфікації*

926 Кар'єрний розвиток має бути конкурентоспроможним, прозорим та базуватися на
927 результатах, що вплине на зменшення кількості медичних спеціальностей, для
928 яких професійна саморегуляція буде відігравати важливу роль. Відправною точкою
929 має бути вільна, відкрита веб-реєстрація активних лікарів. Окрім того, медичні
930 працівники будуть укладати контракти з певною установою (а не з державою), для
931 якої конкурентоспроможна процедура, орієнтована на результат, повинна бути
932 ключовою. Протягом перехідного періоду, що пов'язаний з реформуванням сфери
933 надання послуг (Див. вище), рівень заробітної платні буде залежати від
934 домовленостей між державою, медичними закладами і професійними
935 об'єднаннями, але рівень зарплати повинен визначатися ринком, як тільки це
936 стане можливим.

937 Узагальнений попит на управлінський персонал буде вирішено на конкурсній
938 основі, підкресливши професійну компетентність менеджменту. Управлінцям, що
939 працюють в СОЗ, будуть запропоновані єдині магістерські програми в
940 університетах та курси підвищення кваліфікації, буде забезпечений доступ до
941 дистанційного навчання, яке набирає популярності в країнах ЄС.

942 *Фармацевтичний сектор*

943 Мета фармацевтичної реформи полягає в тому, щоб зробити ліки безпечними,
944 доступними та ефективними. Виконання і контроль за дотриманням стандартів,
945 правил і норм відповідно до принципів належної виробничої практики (GMP),
946 належної клінічної практики (GCP), належної практики дистрибуції (GDP), належної
947 фармацевтичної практики (GPP) та інших належних практик стає обов'язковим
948 правилом ЄС. Підписання документа про Асоціацію з ЄС дозволяє запровадження
949 ряду важливих змін, які будуть розпочаті в Україні.

950 Враховуючи високий рівень експертних робіт, що проводяться суворими
951 регуляторними агенціями США, Швейцарії, Японії, Австралії, Канади або
952 Європейського Союзу, буде запроваджено механізм визнання результатів
953 експертизи реєстраційних матеріалів лікарських засобів, що пройшли процедуру
954 реєстрації у зазначених вище регуляторних агентствах. Такий захід дозволить
955 підвищити фізичну доступність лікарських засобів за рахунок спрощення
956 зазначеної дозвільної процедури.

957 У країнах ЄС взаємне визнання та угоди про паралельний імпорт широко
958 використовуються на фармацевтичному ринку. Ціни на ліки суттєво відрізняються
959 в країнах ОЕСР, оптовики просто шукають найдешевші ціни на імпорт серед
960 наявних.

961 Орган центральної влади, уповноважений стосовно ліцензування суб'єктів
962 господарювання ринку, сприятиме розширенню мережі оптових та роздрібних
963 аптек, зменшенню кількості бюрократичних та законодавчих бар'єрів, що
964 стримують входження нових компаній на ринок. При цьому Сертифікація GMP
965 повинна бути спрощена, чому сприяє членство України в PIC/S.

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

972 Ці заходи дозволять реалізувати вільну конкуренцію на відкритому ринку з
973 достатньою безпечністю. В результаті запровадження механізму лібералізації
974 ринку, контроль за цінами на ліки виглядатиме як надлишковий політичний
975 інструмент; беручи до уваги економічні проблеми і важливість вітчизняного
976 виробництва (найбільше в колишньому СРСР). При цьому, на перехідний період
977 може залишитися механізм державного регулювання цін на лікарські засоби
978 Національного переліку ОЛЗ, який повинен удосконалюватися протягом
979 впровадження реформи шляхом:

- 980 • запровадження процедури реєстрації ціни відповідно до процедур ЄС;
- 981 • зовнішнього реферування цін – для оригінальних лікарських засобів;
- 982 ціноутворення, що базується на генеричності препарату – для генериків;

983 • встановлення ціни відшкодування шляхом внутрішнього реферування цін;
984 • моніторингу наявності та доступності лікарських засобів для населення
985 України.

986 Національні виробники лікарських засобів будуть заохочуватися до виробництва
987 препаратів, які мають важливе державне значення та входять до оновленого
988 Національного переліку життєво необхідних препаратів.

989 З часом електронні тендери, система закупівель і відкриті можливості для торгів
990 стануть можливими для міжнародних (нерезидентів України) компаній за тими ж
991 принципами, що працюють на фармацевтичному ринку.

992 Для зменшення витрат на лікарські засоби держава буде підтримувати непрямі
993 механізми впливу:

994 • на рівні лікарів (шляхом запровадження та удосконалення протоколів
995 медичної допомоги та формулярів; моніторинг споживання ліків, призначених
996 лікарями; формування бюджету для відшкодування);

997 • на рівні фармацевтів та провізорів (через підтримку генеричної та
998 терапевтичної заміни; здешевлення за рахунок паралельного імпорту;
999 необмеженість щодо поставника ліків суб'єктами однієї (своєї) країни);

1000 • на рівні пацієнтів (позитивні та негативні переліки ліків для реімбурсації та
1001 гарантовані "кошики" послуг; співплатіж за лікування, ліки та медичні послуги;
1002 медичне страхування, у тому числі, додаткове медичне страхування).

1003

1004 Для амбулаторного сектора (запровадження спільних платежів за принципом
1005 механізму реімбурсації стане стандартом у відповідності до вимог Європейського
1006 Союзу).

1007 Національна політика щодо лікарських засобів буде ґрунтуватися на концепції
1008 основних (життєво необхідних) лікарських засобів. Ціноутворення та
1009 відшкодування (реімбурсація) повинна обмежуватися переліком основних
1010 лікарських засобів. В умовах недостатнього фінансування Національний перелік
1011 ОЛЗ повинен бути тотожним переліку ОЛЗ, рекомендованому ВООЗ.

1012 *Поліпшення медичної інформації; інформатизація охорони здоров'я*

1013 Інформація є важливою частиною вдосконалення управлінських заходів.
1014 Зміцнення потужності та використання інформаційних технологій підвищує якість
1015 даних, обмін, використання та поширення знань та інформації. Це, в свою чергу,
1016 сприятиме підвищенню прозорості, підзвітності та економічної ефективності
1017 надання послуг, посилюючи роль зацікавлених сторін. Нові ІТ-послуги на рівні
1018 МОЗ значно б зміцнили потенціал у сфері планування, реалізації і моніторингу
1019 програм в галузі охорони здоров'я, особливо у сфері профілактики та боротьби з
1020 НІЗ, враховуючи їх епідеміологічну перевагу. Будуть розроблені технічні та
1021 архітектурні характеристики для інтеграції даних охорони здоров'я на різних
1022 рівнях, що пов'язані із загальною стратегією реформи охорони здоров'я.

1023 Хоча МОЗ не буде безпосередньо займатися комп'ютеризацією медичних
1024 закладів, що працюють як автономні одиниці, він може створити сприятливе
1025 середовище (наприклад, шляхом організації ІТ-освіти для лікарів і встановлення
1026 стандартів у сфері інформатизації охорони здоров'я). Центральні референтні
1027 реєстри також дозволять спільне використання базових кодів і даних, визначених
1028 відповідними нормами і правилами. Реєстри включатимуть:

- 1029 • Довідники медичних даних;
- 1030 • Реєстр постачальників медичних послуг;
- 1031 • Реєстр медичних працівників;
- 1032 • Реєстр медичних послуг;
- 1033 • Системи кодів діагнозів (ICD-10, ICD-10-AM) та процедур (АСНІ).

1034 На рівні постачальника, сприяння комп'ютеризації і підключення до Інтернету є
1035 однією з головних вимог, починаючи з рівня ПМСД. З часом, МОЗ визначить
1036 вимоги використання інформатизації охорони здоров'я для всіх постачальників, а
1037 відповідно до ширших цілей реформи стандарт розвитку місцевої інформаційної
1038 системи, а також розробить поетапну стратегію для його запровадження,
1039 починаючи з введення управлінського обліку та контролю хронічних захворювань,
1040 здоров'я матері і дитини і пріоритетні інфекційні захворювання.

1041 Якщо дозволять ресурси, система унікальної ідентифікації пацієнта (UPID) і послуг
1042 буде також мати велике значення в підтримці організаційної реформи, що включає
1043 механізм платежів, а також у поліпшенні планування на різних рівнях і формах
1044 допомоги. Нові послуги інтегративної електронної охорони здоров'я (наприклад,
1045 ePrescription, PACS, eConsultation, профілактичний моніторинг, ведення хронічних
1046 хворих) може також підвищити доступність та якість медичних послуг для
1047 громадян, підтримати більш ефективний процес обслуговування для
1048 постачальників послуг і поліпшить розподіл ресурсів та якість обслуговування для
1049 МОЗ. Створення безпечного центрального обміну даними та інтеграції послуг
1050 дозволить поєднати різні інформаційні системи, які можуть працювати через різні
1051 протоколи, в тому числі, системи, що надаються приватними компаніями, які
1052 залежать від вимог сумісності.

1053 **IV. Побудова нової системи охорони здоров'я; розробка концепції та** 1054 **план дій**

1055 Стратегія має стати фундаментом для створення детального плану дій
1056 реформування СОЗ з пропозиціями на короткострокову, середньострокову і
1057 довгострокову перспективу. Зміни будуть досягнуті шляхом:

- 1058 • Реалізації невідкладних заходів протягом 2015-2016 років;
- 1059 • Періоду адаптації, що триватиме до кінця десятиріччя.

1060 Пропозиції щодо реалізації детальних заходів у демократичному суспільстві
1061 повинні зі зрозумілих причин бути прозоро представлені та обговорені з
1062 населенням. Потрібен внесок кожного; політичні партії, громадянське суспільство,
1063 професійні асоціації, засоби масової інформації повинні мати можливість
1064 дізнатися і обговорити все, що запропоновано. Фрагментарне реформування
1065 неефективної роботи медичних установ - це питання, яке не можна швидко
1066 вирішити, але різні партнери по-різному оцінюють ступінь терміновості
1067 реформування.

1068 Стратегія також повинна вказувати на послідовність реформ (деякі речі мають
1069 закінчитися, перш ніж розпочнуться інші), а окремі програми з переліку
1070 обов'язкових заходів, підкріпленого планованими витратами, мусять
1071 конкретизувати загальні стратегічні напрямки. Зміцнення функції закупівель послуг
1072 на обласному рівні є таким прикладом; медичні заклади повинні продовжувати
1073 перебувати у власності місцевих органів влади, які повинні забезпечувати
1074 наглядову функцію через участь у наглядовій раді, як це передбачено в (новому)
1075 законопроекті про лікувально-профілактичні заклади. Управлінці повинні в свою
1076 чергу нести відповідальність за повсякденне управління медичних закладів,
1077 визначати найбільш ефективний спосіб організації надання медичних послуг. Їх
1078 фінансування може бути консолідоване на обласному рівні, щоб тільки один рівень
1079 влади міг планувати систему надання послуг, і оптимізувати його можна буде
1080 протягом довгого часу, поки не будуть прийняті конкретніші рішення .

1081 Тільки завдяки цьому підходу буде досягнуто консенсусу і забезпечено стійкий
1082 розвиток після проведення необхідних комплексних реформ в найближчі кілька
1083 місяців і років. План дій, описаний нижче, слід розглядати тільки як можливий
1084 попередній список для сприяння політичному діалогу всередині Уряду і в
1085 суспільстві в цілому. Уряд і ключові зацікавлені сторони повинні його затвердити,
1086 використавши раціональний, добре зважений процес обговорення та прийняття
1087 рішень. У будь-якому випадку, як тільки ухвалюються рішення, обрані концепції
1088 повинні бути реалізовані на основі детального плану, який має включати наступні
1089 розділи:

- 1090 • Розробка цілей: основні цілі повинні бути розділені на нижчі, проміжні та
1091 очікувані результати;
- 1092 • Визначення продукту: досягнення цілей потребує певних продуктів і
1093 результатів;
- 1094 • Визначення заходів та завдань: досягнення цілей вимагає детального
1095 визначення заходів та завдань, які будуть впроваджуватися;
- 1096 • Організаційні завдання: кожне завдання (група завдань) повинне бути
1097 закріплене за відповідальною особою або закладом;
- 1098 • Необхідні ресурси: потрібно визначити фінансові та інші ресурси;
- 1099 • Терміни: необхідно мати послідовність та графік заходів;

- 1100 • Механізми моніторингу та оцінки: які показники будуть використовуватися
1101 для оцінки прогресу? Коли це буде зроблено?
- 1102 Нижче наведено наступні пропозиції
- 1103 *Короткострокові (2015-2016) заходи*
-
- 1104 Під керівництвом МОЗ та в тісній координації з Президентом України і Верховною
1105 Радою створити механізм для полегшення прийняття термінових, скоординованих
1106 дій на національному рівні за участі всіх наявних ресурсів. Запровадити
1107 координацію донорської допомоги.
- 1108 Прискорити законодавчі зміни, спрямовані на розв'язання необхідних термінових
1109 заходів:
- 1110 • Постанова Кабінету Міністрів України № 776 від 18 вересня 2013 року "Про
1111 затвердження Концепції розвитку системи фінансування охорони здоров'я"
1112 повинна бути скасована;
- 1113 • Наказ № 33 від 23 лютого 2000 року "Про штатні нормативи та типові штати
1114 закладів охорони здоров'я" має бути скасовано;
- 1115 Тимчасові рішення мають бути знайдені стосовно статті 49 Конституції України,
1116 чие буквальне тлумачення виключає будь-які намагання реформувати СОЗ.
- 1117 Створення Національного агентства з фінансування охорони здоров'я, яке буде
1118 відповідальним за закупівлю медичних послуг, а також виконувати наглядову
1119 функцію за проведенням закупівель фармацевтичних препаратів у країні;
- 1120 Проведення техніко-економічного обґрунтування для введення цільових податків
1121 на алкоголь і тютюн.
- 1122 Розробка "екстреної" кампанії з профілактики та боротьби з НІЗ, починаючи з
1123 серцево-судинних і онкологічних захворювань; формування СОЗ на основі
1124 відповідного законодавства.
- 1125 Розробка концепції з екстреного забезпечення пільгами малозабезпечених і
1126 хронічних хворих. Створення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги.
1127 Після цього можна уповноважити лікарів та лікарні утримувати плату за надання
1128 медичних послуг; переглянути законодавство, що регламентує платні послуги.
1129 Розширити масштаби практики відшкодування лікування в амбулаторних умовах.
- 1130 Розпочати реструктуризацію об'єктів для чіткої делімітації вторинної та третинної
1131 допомоги відповідно до інтенсивності лікування. Усунути дублювання і скоротити
1132 потребу в ліжкомісцях відповідно до існуючих норм.
- 1133 Розпочати пілотування нових механізмів оплати в трьох медичних закладах ПМСД
1134 і двадцяти лікарнях.
- 1135 Проведення детальних заходів з моніторингу та оцінки. МОЗ має бути готовий до
1136 постійного коригування дій, тому що реформи - це не одноетапний процес, і
1137 перешкоди, що зустрінуться на цьому шляху, потрібно буде постійно коригувати.

1138 Підготувати рішення стосовно заходів, що планується затвердити протягом 2017 –
1139 2020 років (Див. нижче).

1140 *Середньострокові (2017-2020) заходи*

1141 Провести функціональну реструктуризацію центральних і регіональних органів
1142 управління охорони здоров'я, підвищити кваліфікаційний рівень персоналу,
1143 поліпшити рівень продуктивності в нових умовах.

1144 Підтримати якісні зміни в системі ПМСД шляхом закупівлі додаткового
1145 обладнання, перегляду основних правил, запровадження системи стимулювання
1146 працівників за результатами роботи, підвищити мотивацію. Продовжити навчання
1147 персоналу та підтримку професійного розвитку.

1148 Поліпшити механізми та інструменти прозорості і підзвітності, що пов'язані з
1149 автономією медичних закладів. Запровадження конкурентного найму на роботу
1150 управлінців.

1151 Використовувати нові механізми фінансування відшкодування медичних послуг на
1152 всій території країни, шляхом запровадження договірних відносин між медичними
1153 установами і покупцем, а оплату медичного персоналу проводити з урахуванням
1154 обсягів і якості їх роботи.

1155 Продовжити розробку нових стандартів, що базуються на засадах науково-
1156 доказової медицини, уніфікованих клінічних протоколів та маршрутів пацієнта.
1157 Розширити систему обліку та звітності шляхом поступового переходу до
1158 електронного документообігу через модернізацію управлінської інформації.

1159 Переглянути норми, що стосуються гарантованого обсягу медичної допомоги
1160 шляхом запровадження програмного бюджетування та фінансування медичних
1161 установ; розпочати реалізацію системи фінансування, що базується на ДРГ в
1162 ключових лікарнях;

1163 Розробити нову нормативно-правову базу для державно-приватного партнерства в
1164 галузі охорони здоров'я.

1165 Створити інституціональні основи для самоврядування лікарів та Національний
1166 науково-дослідницький інститут здоров'я.

1167 *Довгострокові (2018 та на майбутнє) заходи*

- 1168 Прийняти закони України "Про медичні установи та медичне обслуговування",
1169 "Про самоврядування лікарів", "Про обов'язкове медичне страхування" та
1170 розробити необхідність нової редакції статті 49 Конституції України.
- 1171 Затвердити закон про систему управління якістю медичної допомоги, беручи до
1172 уваги норми ЄС. Розробка повного спектру законодавчих актів щодо стандартів,
1173 правил і норм системи для забезпечення якості та доступності лікарських засобів
1174 відповідно до норм ЄС.
1175
- 1176 Запровадити систему ліцензування діяльності лікарів та укладання контрактів з
1177 лікарями. Проведення автономізації всіх медичних установ нового типу та
1178 укладення контрактів з їх керівниками.
- 1179 Розпочати реалізацію системи ДСГ на основі фінансування медичних закладів
1180 вторинного рівня.
- 1181 Продовжити розвиток системи медичної освіти та системи безперервної медичної
1182 освіти.