

ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ У 2020 Р. І ЗАВДАННЯ НА 2021 Р.

У статті детально розглянуто основні проблеми системи охорони здоров'я України у 2020 р. і завдання, які стоять перед нею у 2021 р.

Ключові слова: система охорони здоров'я, сфера охорони здоров'я, СОЗ.

Під час підготовки матеріалів з дозволу колег — членів Української медичної експертної спільноти, Всеукраїнського Лікарського Товариства — використано також їхні думки, напрацювання, пропозиції органам влади, за що щиро їм дякую.

ПРО РЕЗУЛЬТАТИ ДІЯЛЬНОСТІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Медичний менеджмент в Україні існує досить давно, і багато чого в цій галузі вже зроблено протягом останніх 30 років. Важливо розуміти, що велика кількість процесів європеїзації почалися задовго до Майдану 2014 р. Біда в тому, що за останні 5 років практично ніхто з міністрів не звертався до попередніх напрацювань. У 2020 р. діяльність медичної галузі визначали політики з оточення Президента, які є ставлениками різних груп впливу та членами різних команд. Вони об'єктивно не могли здійснити якісний прорив у галузі. Адже немає єдиної команди і, відповідно, немає спільних напрацювань та, що ще важливіше, єдиного бачення, якою має бути сфера охорони здоров'я, якими є мета, принципи, цінності цієї сфери та її розвитку.

Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування і МОЗ діяли кожен по-своєму, водночас це була краща співпраця, ніж у минулі роки. Бо за часів попередньої каденції Верховної Ради взагалі не було ніякої взаємодії, кожна зі сторін напрацьовувала свої матеріали. Зараз певна співпраця є, але досі існують розбіжності в поглядах, командна робота не структурована, має місце протистояння в самому МОЗ, є ознаки потаємної та явної протидії у виконанні прийнятих рішень, а також зосередженість на боротьбі з COVID-19, що стало найбільшим непрогнозованим викликом.

Саме тому ми не стали свідками цілеспрямованої, системної, погодженої діяльності людей, що керують галуззю, хоча більшу частину 2020 р. у Пар-

ламенті існувала монобільшість, що цілком давало можливість ухвалювати важливі рішення.

ПРО КАДРИ

Питання кадрового забезпечення галузі, особливо висококомпетентними управліннями зі сформованими навичками управління в умовах змін та викликів, є одним із найбільш важливих.

Через недостатню увагу до питань людського активу нинішній стан кадрового забезпечення галузі в Україні характеризується:

- цілеспрямованим і невиваженим зниженням рівня забезпеченості медичними кадрами, особливо в сільській місцевості, на тлі світової кризи у цій сфері;
- зниженням престижності лікарської та сестринської спеціальностей;
- суттєвим зменшенням обсягів підготовки медичних кадрів у закладах вищої медичної освіти та закладах післядипломної освіти;
- постійним зниженням для українських громадян доступності медичної додипломної та післядипломної освіти;
- дисбалансом кількості медичних кадрів між містом та селом, між первинною, вторинною і третинною ланками надання медичної допомоги;
- неконтрольованими процесами міграції медиків з України до інших держав.

Усе це відбувається на тлі неадекватних управлінських рішень, особливо впродовж останніх 5 років, принизливої заробітної платні, відсутності реального лікарського, фармацевтичного та сестринського самоврядування, соціального захисту та страхування через хворобу, що призводить до масового залишення медиками своєї роботи та небажання розвиненої молоді присвятити себе служінню людям.

Покращити ситуацію у цих напрямках в Україні можливо за умови раціонального управління кадровими ресурсами на рівні областей та країни, по-

ліпшення соціального захисту медиків, збільшення вдвічі обсягів державного замовлення на підготовку лікарів і медичних сестер та підвищення доступності медичної освіти. Одним із негайних кроків має стати прийом на навчання за кошти бюджету до 1000 дитячих лікарів та 1000 санітарних лікарів за цільовим регіональним держзамовленням для потреб областей.

Потрібні рішучі кроки щодо навчання та підготовки майбутніх медиків, найму й розвитку робочої сили та забезпечення сталого розвитку. Щоб бути справді ефективними, ці зусилля мають бути узгоджені на державному, регіональному та місцевому рівнях.

Важливою складовою забезпечення проведення системних цілеспрямованих змін є необхідність формування когорт нових управлінців, здатних ефективно управляти в умовах невизначеності та формувати дієві результативні команди.

Потрібно, зокрема, актуалізувати програми підготовки управлінців, приділивши увагу набуттю сучасних компетенцій концептуального проектування та стратегічного планування, управління змінами та командоутворення, оцінки діяльності та оплати праці тощо.

ПРО ВПЛИВ ЗОВНІШНІХ ВИКЛИКІВ НА СФЕРУ МЕДИЦИНИ

Війна, як і досвід лікування коронавірусної хвороби, значно підвищили професійність відповідних фахівців. Ми можемо і вже ділимося своїми надбаннями із закордонними партнерами. Однак високої кваліфікації набувають не всі.

Система безперервного професійного розвитку (БПР) теж потребує кардинальних змін. У розвинених країнах БПР є компетенцією професійних самоврядних організацій. На жаль, у нас влада іде іншим шляхом. Позірне (для «галочки») залучення громадськості до обговорення проекту закону про самоврядування медичних професій, ігнорування напрацювань, які підтримує європейська медична спільнота, небажання залучити до реальної дискусії з цього важливого питання фахівців, які мають іншу точку зору, є свідченням того, що влада не бажає передавати БПР реальному професійному медичному самоврядуванню. Навпаки, простежується прагнення до створення системи поборів з лікарів за проведення післядипломної медичної освіти в інтересах лобістських бізнесових структур.

У лікарнях практично протягом усього року мало місце відсторонення професорів і доцентів від лікування хворих через неможливість їх реєстрації в електронній лікарській базі Національної служби здоров'я України. Це призводило до порушення загальновідомого освітнього принципу, що сповідується у світі: «Лікар повинен вчитися біля ліжка хворого», що неминуче погіршить умови підготовки майбутніх лікарів та, відповідно, якість медичної допомоги населенню.

Ситуацію погіршує невизначеність майбутньої долі клінічних кафедр медичних закладів вищої освіти МОЗ України та медичних факультетів у закладах освіти Міністерства освіти і науки України у зв'язку з трансформацією закладів охорони у рамках реформи в комунальні неприбуткові підприємства та вимаганням обласних і місцевих рад сплати багатомільйонної оренди та комунальних видатків, на що у вищів немає коштів.

ПРО ПЕРВИННУ ЛАНКУ МЕДИЦИНИ У ЦИФРАХ

Станом на цей час укладено загалом 1696 договорів з надання первинної медичної допомоги (ПМД) з НСЗУ, з них 1007 (65,2%) — комунальними закладами, 388 — фізичними особами — підприємцями (ФОП) (22,9%), 201 — приватними (12,9%) без статусу ФОП. Тобто, дещо більше, ніж третина (35,8%) надавачів послуг ПМД, законтрактованих НСЗУ, є приватними. Приватних лікарів у країні 7%, обслуговують вони 3,5% з приписаних громадян. Усього оформлено 30 906 118 декларацій із 1750 надавачами послуг, у яких допомогу надають 23 474 лікарі із середнім навантаженням 1317 осіб на одного медика.

Абсолютна більшість лікарів ПМД (92,9%) працюють у комунальних закладах ПМД, в яких отримують допомогу 96,7% громадян. Через 3,5 роки реформи лише 3,3% громадян отримують ПМД, що надається закладами приватної форми власності та ФОП. Ставка на приватну ініціативу щодо забезпечення населення ПМД не виправдалася.

Водночас за підсумками 2019 р. (до епідемії COVID-19) порівняно з дореформенним 2016 р. спостерігається негативна динаміка щодо кількості госпіталізації (+2,9%) і викликів екстреної медичної допомоги до хронічно хворих (+17,1%). Це вказує на відсутність вирішення та навіть поглиблення системних проблем в аспекті ефективності ПМД, що вкрай важливо для успіху реформи госпітального сектора.

ПРО РИНОК ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Суттєвого зростання кількості приватних медичних закладів в Україні у 2020 р. не спостерігалось. Збільшення ринку відбулося переважно за рахунок залучення нових клієнтів і підвищення цін на обслуговування, особливо в час збільшення кількості хворих із середніми і тяжкими формами COVID-19.

У структурі цього ринку й далі переважають приватні лікарні та діагностичні центри. Далі за обсягом — стоматологічні послуги, що надаються переважно приватними лікарями в невеликих кабінетах.

У динаміці фінансові результати великих та малих підприємств, що надають послуги у сферах охорони здоров'я та соціальної допомоги, збільшилися більш ніж у 2 рази (сальдо до оподаткування у мільйонах гривень: 2020 р. — 835,9; 2019 р. — 378,6), од-

нак зменшилася кількість тих, хто отримав прибуток (з 77,4% до 67,4%).

Як і впродовж останніх років, має місце залежність ринку надання приватних послуг від динаміки зростання рівня доходів українців, що в основному і гальмує збільшення інвестицій у цей сегмент економіки.

Сегмент потенційних споживачів комерційних медичних послуг, до якого належать люди з доходами понад середній рівень, є дуже незначним — 5,7%. Натомість майже третина громадян знаходяться за межею бідності.

І далі основна частка приватної медицини припадає на великі міські конгломерації з найбільшою середньою зарплатою жителів, зокрема на київський регіон — 27%. Розширення цивілізованого ринку приватних медичних послуг у нашій країні та прозоре державно-приватне партнерство могли б бути динамічнішими й ефективнішими в інтересах суспільства за умови вдосконалення нормативної бази, зокрема щодо системи акредитації та легалізації приватних клінік, повернення до економічного обґрунтування тарифів на медичні послуги за програмою медичних гарантій та усунення примусової дотації з кишені власників закладів, легалізації багатоканального фінансування державних гарантій медичного обслуговування, у тому числі шляхом введення обов'язкового медичного страхування.

ПРО ОСНОВНІ ВАДИ НОВОВВЕДЕНЬ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО ПРОЯВИЛИСЯ У 2020 Р.

Подрібнення закладів ПМД, часто до монопрактик, особливо у сільській місцевості, створило ризик «розривів» у наданні послуг ПМД, який значно підвищився у зв'язку з епідемією і значною частотою захворювання на COVID-19 персоналу ПМД.

Одночасно з цим зменшилися керуваність таких закладів через відсутність професійних управлінських навичок у персоналу та їх фінансова стійкість.

Під час оцінки роботи первинної ланки беруть до уваги переважно кількісні показники, що унеможлиблює впровадження системного підходу до профілактики захворювань та покращення надання медичної допомоги.

У структурі видатків закладів ПМД сегмент змінних видатків зменшився до кількох відсотків, що нівелює можливість застосування економічних методів управління цими комунальними підприємствами.

Запропонована попередньою владою фінансово-економічна та інфраструктурна модель забезпечення населення необхідними послугами зі стаціонарного лікування, формування якої розпочато в квітні 2020 р., виявила численні вади, які поставили під сумнів її відповідність потребам населення, особливо в контексті епідемії COVID-19, та може призвести у разі відсутності адекватного врегулювання до катастрофічних наслідків у майбутньому.

Необґрунтованість, очевидна заниженість тарифів на послуги з медичної реабілітації та надання паліативної допомоги, а також відсутність тарифів на послуги планового стаціонарного лікування практично унеможливило економічне обґрунтування й розробку бізнес-планів окремих закладів.

Руйнування санітарно-епідеміологічної та інфекційної служб проявилось в нездатності забезпечити в масштабах країни системну повсякденну роботу, спрямовану на збереження санітарно-епідеміологічного благополуччя та ефективну протидію поширенню COVID-19.

Значною мірою невирішеними виявилися питання функціонування Електронної системи охорони здоров'я.

Має місце відсутність ознак системної роботи з прогнозування, моделювання та стратегічного планування розвитку ПМД та госпітального сектора системи медичного обслуговування.

ПРО ПОЗИТИВИ 2020 Р.

1. Прийняття наприкінці 2020 р. Кабінетом Міністрів Постанови, яка визначає порядок проведення державної оцінки медичних технологій (ОМТ).

ОМТ дозволяє приймати обґрунтовані стратегічні рішення у сфері охорони здоров'я, зокрема, визначення, які лікарські засоби і медичні послуги доцільно фінансувати та закуповувати за кошти державного бюджету. Рекомендації з ОМТ формуються в процесі аналізу наукових даних про ефективність, безпеку та економічну доцільність тих чи інших медичних технологій для забезпечення найкращого використання ресурсів.

Важливо, щоб орган, який займатиметься ОМТ, мав незалежний статус. Незалежність Агенції з ОМТ має заощадити державі значні бюджетні кошти і забезпечити прозорий процес ухвалення МОЗ рішень стосовно тих чи інших лікарських засобів або медичних виробів, оскільки в процесі ОМТ беруть участь різні сторони: представники держави, бізнесу, науки, освіти, медичних закладів і особливо пацієнтів, адже саме вони отримують основну вигоду від процесу ОМТ.

2. Запуск трансплантації з налагодженням у 2021 р. повноцінного процесу. Фінансування пілотного проекту збільшено в понад чотири рази і на наступний рік становитиме 502 млн грн (для порівняння: на 2020 р. ця сума становила всього 112 млн грн).

3. Збільшення доходів персоналу значної частини ПМД, що відбулося у тих закладах, де налагоджено управлінські процеси, ефективно використовувалися кошти, що надходять на рахунок закладу охорони здоров'я, та керівники яких є добросовісними.

4. Завдяки перехідному пакету фінансування вдалося врятувати від ліквідації понад 300 закладів охорони здоров'я, насамперед психіатричних стаціонарів і туберкульозних диспансерів, що перебували на межі банкрутства.

Отже, 2020 р. ще раз засвідчив, що основними складовими постулу в побудові людиноцентричної системи турботи про здоров'я є визнання усіма гілками влади життя і здоров'я людини найважливішими чинниками соціального й економічного благополуччя та національної безпеки, прийняття узгодженого із суспільством бачення галузі на найближчі 10–15 років, розроблення стратегії і забезпечення персональної відповідальності за реалізацію прийнятого плану дій та забезпечення поваги до професії медика й гідного рівня оплати його праці.

ПРО ПЕРШОЧЕРГОВІ КРОКИ ВЛАДИ У 2021 Р. ДЛЯ ВИРІШЕННЯ НАГАЛЬНИХ ПИТАНЬ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ

Враховуючи вищезазначене та виходячи з необхідності забезпечення сталого розвитку України, чинній владі потрібно здійснити такі кроки:

1. Визначити усіма гілками влади життя і здоров'я людини найважливішими чинниками соціального, економічного благополуччя та національної безпеки.

2. Розробити і прийняти узгоджене між усіма гілками влади і професійними спільнотами, включно з профільним комітетом Верховної Ради України, бачення (концепцію) системи охорони здоров'я на найближчі 15–20 років, яке б поділяло щонайменше на 70–75% громадян України.

3. Розробити і прийняти національну стратегію побудови нової системи охорони здоров'я (дорожню карту на шляху до бачення) та план дій з чітким визначенням відповідальних за його реалізацію.

4. Сформувані на основі ціннісно-цільового та компетентнісного підходів команди змін, до складу яких мають увійти професіонали-патріоти, які володіють на високому рівні відповідними компетенціями.

5. Розробити і прийняти концепцію і стратегію створення нових робочих місць у сфері охорони здоров'я, поліпшення якості підготовки медичних кадрів, забезпечення гідного рівня оплати праці.

6. Забезпечити на період прийняття концептуальних і стратегічних рішень та введення їх у практику безперервного функціонування діючої системи охорони здоров'я, особливо щодо боротьби з COVID-19.

7. Запровадити лікарське, фармацевтичне та медсестринське самоврядування — основи забезпечення професійних прав і професійної відповідальності медиків і фармацевтів, створення умов для належної лікарської та фармацевтичної практики з метою захисту прав пацієнтів на безпечну, доступну та високоякісну медичну допомогу.

8. Кардинально змінити підходи до просвітницької роботи серед українців з метою нівелювання інфодемії та підвищення обізнаності населення з приводу грамотного ставлення до свого здоров'я, здатності отримувати, обробляти та розуміти основну

інформацію про здоров'я, необхідну для прийняття відповідних рішень.

9. Завдяки новій просвітницькій діяльності опіка за здоров'ям надасть змогу кожній організації визначити себе як таку, що системно піклується про здоров'я кожного співробітника, який стає найціннішим капіталом організації. Як наслідок, очікується зростання соціально-економічного потенціалу нації.

10. Налагодити повноцінну медичну статистику — збір якісних і достовірних медичних даних, відсутність яких призводить до неможливості проведення реального аналізу, що неминуче призведе до поглиблення соціально-економічних проблем і загрожуватиме національній безпеці країни.

11. Вищому керівництву МОЗ необхідно якнайшвидше визначити питання удосконалення системи управління на засадах якості та ділової досконалості, підвищення якості результатів роботи (послуг) пріоритетами у роботі Міністерства та галузі в цілому.

12. Створити законодавчу базу та розробити нормативні документи для функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я, яка базується на принципах соціальної відповідальності, прозорості і соціально-економічної обґрунтованості із забезпеченням випереджальної готовності закладів охорони здоров'я надати необхідну пацієнтові допомогу шляхом авансування медичних закладів (здійснення попередньої оплати, а не післяплати), враховуючи виклики сьогодення (епідемії, військові дії, техногенні катастрофи тощо).

13. Чітко визначити понятійно-категоріальний апарат сфери охорони здоров'я.

ПРО ВАЖЛИВІСТЬ ПОНЯТІЙНО-КАТЕГОРІАЛЬНОГО АПАРАТУ

Упродовж останніх років ми є свідками використання щодо управлінських процесів, які відбуваються в охороні здоров'я, безлічі термінів: від тих, що найчастіше лунають («реформа», «зміни»), до «модернізація», «удосконалення», «реорганізація» тощо.

У свій час ще у XVII ст. французький філософ, письменник, фізик, математик Б. Паскаль зазначив: «Визначайте значення слів — і ви позбавите світ від половини його помилок».

На сьогодні термінологічне планування визначено вирішальним для розвитку окремих сфер людської діяльності, особливо політики. На користь визнання ефективності понятійно-категоріального апарату як інструменту практичної політики свідчить, зокрема, створення у Міжнародній організації зі стандартизації (International Organization for Standardization — ISO) комітету з питань термінології.

Ефективна комунікація вимагає її проведення на засадах точності і однозначності, чого, на жаль, так бракує у управлінні системою охорони здоров'я.

Тож, виникають питання: як визначати те, що має місце в охороні здоров'я? Чи є те, що відбувається у сфері охорони здоров'я, реформою?

У доступних джерелах читаємо таке: реформа соціальна — це комплекс заходів, якими вводяться на заміну старих нові суспільні відносини в будь-якій сфері суспільного життя, крім економічної, що призводить до зміни умов діяльності всіх і відповідної фахової групи членів суспільства. Не варто ототожнювати поняття «реформа» з «удосконаленнями», «реорганізацією», «модернізацією»...

Реформа, як вказано у визначенні, є, по суті, корінним переломом усталених процесів, традицій тощо. Саме таке, більш однозначне трактування поняття «реформа» використовується в історичному аспекті.

Фахівці, думку яких ми підтримуємо, стверджують, що реформою охорони здоров'я можна назвати тільки дії, що відбуваються за умови запровадження:

- 1) тільки фінансування з Державного (місцевого) бюджетів (або за рахунок коштів обов'язкового медичного соціального страхування) — повністю безоплатна для громадян система охорони здоров'я;
- 2) повністю платної (за рахунок громадян) системи охорони здоров'я (у тому числі і через медичне страхування, якщо передбачити сплату внесків фізичними особами, що, на сьогодні, звичайно, буде порушенням ст. 49 Конституції України).

Усе інше — це удосконалення, реорганізація, модернізація, все що завгодно, але не реформа.

Таким чином, термін «реформа» до нинішніх процесів у галузі охорони здоров'я не має ніякого відношення.

Який же термін тоді варто використовувати?

Слід зважати на те, що й до нас робилося дуже багато чого корисного. І система, яку називають іменем Семашка, у свій час визнавалася прогресивною. Більш того, ВООЗ вважає модель, яка діяла в Україні і базується на передоплаті громадянами за медичне обслуговування у вигляді сплати податків до державного бюджету, найвищим рівнем еволюції систе-

ми охорони здоров'я. І відкидати здобутки не просто не доречно, а злочинно.

У нагоді нам також можуть стати сучасні підходи до управління змінами та постійного вдосконалення, якими живуть провідні організації світу і держави.

Саме тому найдоцільніше на сьогодні мислити категоріями «зміни» та «безперервне вдосконалення».

Зміни та безперервне вдосконалення — процеси, що мають тяглість зі:

- спадкоємністю позитивних надбань минулого;
- повагою до внеску минулих поколінь;
- метою;
- принципами;
- цінностями;
- пріоритетними напрямками;
- цілями;
- інституціями тощо.

Важливо, що ці процеси не є статичними і розглядаються як можливості для покращення з одночасною повагою до минувшини.

Тільки таким чином відбувається становлення культури довіри і спільності — основ швидких еволюційних змін, що є важливою передумовою побудови конкурентоспроможної держави.

PROBLEMS OF HEALTHCARE OF UKRAINE IN 2020 AND TASKS FOR 2021

Ihor Najda

*All-Ukrainian Educational Innovation Platform «Stairs to the Future»
Ukrainian Medical Expert Community*

Summary. *The article examines in detail the main problems of the health care system of Ukraine in 2020 and the tasks that will face it in 2021.*

Keywords: *health care system, health care sector, HCS.*

Отримано 14.02.2021