

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року

1. Вступ

Збереження, охорона та зміцнення здоров'я та благополуччя громадян — один із ключових обов'язків та пріоритетів Уряду України. Здоров'я населення дуже важливе для того, щоб люди могли прожити життя якісно та повністю реалізувати свій потенціал. Вирішення проблем здоров'я населення не є обов'язком лише сектора охорони здоров'я, а потребує консолідації зусиль суспільства та лідерства уряду на національному, обласному та місцевому рівні.

За останні 5 років у системі охорони здоров'я України відбувся процес трансформації, який розпочався з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», запровадженням Програми медичних гарантій (ПМГ) та створенням основних національних агенцій охорони здоров'я — Національної служби здоров'я України, Центру громадського здоров'я МОЗ та ДП «Медичні закупівлі України», та іншими істотними змінами, що включають реорганізацію МОЗ та підпорядкованих йому установ та автономізацію закладів охорони здоров'я.

Принцип «гроші слідують за пацієнтом» став основою змін у фінансуванні системи охорони здоров'я, починаючи з первинної медичної допомоги, а згодом стаціонарної допомоги, а також основою покращення доступу до основних лікарських засобів. Реформа системи громадського здоров'я зосереджена на посиленні інститутів громадського здоров'я, систем епідагляду та біобезпеки, а нова модель закупівель у системі охорони здоров'я спрямована на підвищення прозорості практики закупівель та підвищення ефективності.

І хоча це вражаючі результати за короткий час, перед системою охорони здоров'я України стоїть багато викликів, тож потрібна консолідація зусиль уряду, а також усього суспільства для досягнення амбітного прориву в удосконаленні системи охорони здоров'я для задоволення потреб населення, зміцнення здоров'я та благополуччя. Крім того, з початком пандемії COVID-19 національна система охорони здоров'я зазнала безпрецедентного тиску, що вимагало швидких об'єднаних зусиль, а також виявляло прогалини, що їх необхідно усунути для покращення готовності до майбутніх загроз та створення стійкої системи готовності та реагування.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року (далі — Стратегія) спрямована вдосконалення та розвиток системи охорони здоров'я населення, зокрема гарантування доступності та раціонального використання в державі ефективних та безпечних лікарських засобів належної якості, та забезпечення доступу населення України до якісних послуг охорони здоров'я.

Стратегія орієнтується на провідні національні документи та міжнародний досвід, включаючи стратегічні документи керівництва ВООЗ, Європейського Союзу, а також найкращі практики країн ЄС, Великої Британії, США та інших країн.

Положення Стратегії також враховують ряд напрацьованих раніше стратегічних документів Уряду та МОЗ.

Зокрема, при розробці Стратегії було проаналізовано та враховано такі документи:

Національні стратегії¹:

- Національна економічна стратегія (2030 р.);
- Стратегія економічної безпеки (2025 р.);
- Стратегія із створення безбар'єрного простору (2030 р.);
- Стратегія людського розвитку;
- Національна стратегія у сфері прав людини;
- Державна стратегія регіонального розвитку (2027 р.);
- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р;
- Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р;
- Концепція розвитку електронної охорони здоров'я, схвалена розпорядженням КМУ від 28 грудня 2020 р. № 1671-р;
- Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року, затверджена постановою КМУ від 5 грудня 2018 р. № 1022;
- Указ Президента України № 369/2021 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»;

Міжнародні керівні документи:

- Цілі сталого розвитку;
- Угода про асоціацію між Україною та ЄС;
- Оцінки з дотримання прав людини відповідно до механізму Універсального періодичного огляду;

¹ Перелік не є виключний. Під час написання Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року було також проаналізовано стратегічні документи за програмними напрямками (охорони психічного здоров'я; імунопрофілактики; профілактики неінфекційних хвороб; протидії протимікробній резистентності; протидії ВІЛ/СНІД, ТБ і вірусним гепатитам; біобезпеки і біозахисту та інші).

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- Зобов'язання за Меморандумом про взаєморозуміння між Україною та ЄС;
- Зобов'язання України перед МВФ;
- Міжнародні медико-санітарні правила;
- Управління здоров'ям у 21 столітті (Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я)
- Фармацевтична стратегія Європи 2020.

2. Огляд поточної ситуації у сфері охорони здоров'я

2.1. Ключові показники здоров'я населення

За даними Індексу людського капіталу 2020 року, Україна посідає 53 позицію зі 174 країн світу². Очікувана тривалість життя українців — 76 років для жінок і 66 для чоловіків (2020 р.)³, що є одним із найнижчих показників у Європі. Разом із сусідніми країнами, Україна входить до числа країн зі старіючим населенням та високими показниками смертності.

Головними причинами передчасної смерті в Україні є неінфекційні захворювання (НІЗ) — на них припадає шість із десяти основних причин смерті, дев'ять із десяти основних причин передчасної смерті та 84% усіх річних смертей. Найбільшу частку смертності, спричинену НІЗ, становлять серцево-судинні захворювання (60%) та новоутворення (10,5%)⁴.

Тягар захворювань в Україні є досить великим, а показник частки років життя з урахуванням інвалідності (DALY) — здебільшого високим. НІЗ є відповідальними за переважну більшість DALY в Україні. Також в Україні високі показники за кількістю років здорового життя, втрачених через хвороби, інвалідність та смерть. Топ 5 причин DALY в Україні (2019 р.) — це ішемічна хвороба серця, інсульт, біль у попереку, цироз печінки та самопошкодження⁵.

Дослідження STEPS⁶, проведене у 2019 році, виявило дуже високу поширеність в Україні НІЗ та їх поведінкових і біологічних факторів ризику.

Згідно з цим дослідженням, **поширеність вживання тютюну** становить 49% у чоловіків і 14% у жінок у популяції старше 15 років, 33,9% населення у віці 18–69 років в Україні були активними курцями тютюну. Половина (50,3%) усіх чоловіків і кожна шоста (16,7%) жінка повідомили, що вони курили в останні 30 днів.

²<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34432/9781464815522.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

³<https://data.worldbank.org/> http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/m&w/arh_nsotj_nas.htm

⁴<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35587/NCD-Care-Continuum-and-Opportunities-for-Action-within-Health-Reform-in-Ukraine.pdf?sequence=1&isAllowed=y> <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/people/deaths/>

⁵<https://www.healthdata.org/ukraine>, 2021

⁶<https://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/risk-factors-for-noncommunicable-diseases-in-ukraine-in-2019-2020>

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Це одне з найвищих зафіксованих значень серед країн, у яких нещодавно проводилося опитування STEPS, і демонструє збільшення цього показника порівняно з попередніми опитуваннями в Україні. Все частіше використовувалися нові тютюнові продукти, такі як системи нагрівання тютюну та електронні сигарети, особливо молодшими групами населення, а також кальян, яким користувалися 18,7% населення у віці 18–29 років.

Вживання алкоголю становить 22,0 і 7,2 літра на особу на рік серед чоловіків і жінок відповідно. Було виявлено, що його вживання було частим, а рівень високим. Дві третини чоловіків і майже половина жінок повідомили, що вживали алкоголь протягом останніх 30 днів, при цьому кожна п'ята особа (19,7%) вживала шість і більше доз алкоголю за епізод вживання (надмірне епізодичне вживання). Також, відповідно до нещодавніх опитувань⁷, серед підлітків вживання алкоголю також дуже поширене, що викликає особливе занепокоєння⁸.

Здорове харчування та фізична активність є важливими факторами в подоланні НІЗ. ВООЗ рекомендує щодня вживати щонайменше п'ять порцій (еквівалентно 400 г) фруктів та овочів. В Україні раціон харчування лише 33,6% населення відповідає цим рекомендаціям здорового харчування (26,8% чоловіків і 40,6% жінок). Дослідження також показало високий рівень споживання солі — середнє споживання солі становило 12,6 г на добу, що більш ніж удвічі перевищує рекомендований рівень у 5 г на день, і лише 13% населення мали рівень споживання солі менше ніж 5 г на день.

Близько 90% українців мають достатній рівень фізичної активності відповідно до рекомендацій ВООЗ. Однак при цьому поширеність **проблеми надмірної ваги** (індекс маси > 25) в Україні у 2019 році є однією з найвищих серед країн Східної Європи та Центральної Азії — 59,0% а рівень ожиріння (індекс маси > 30) охоплює майже чверть населення (24,8%). На момент опитування жінки страждали на ожиріння частіше, ніж чоловіки (29,8% проти 20,1%).

Підвищений артеріальний тиск у 2019 році було виявлено у 34,8% населення України. Показник був майже однаковий для жінок (35,0%) та чоловіків (34,5%). Крім того, 40,7% населення мали загальний рівень холестерину в крові $\geq 5,0$ ммоль/л або на час опитування отримували ліки від підвищеного холестерину, що є одним із найвищих показників серед країн, у яких нещодавно проводилося дослідження.

Також було виявлено, що майже третина (32,8%) населення в Україні має поєднання 3–5 факторів ризику та чверть (23,4%) населення у віці 40–69 років мала показник 30% або вище 10-річного кардіометаболічного ризику розвитку ССЗ, таких як інсульт та інфаркт міокарда.

Хвороби, пов'язані зі зловживанням алкоголем, **та психічне здоров'я**, і зокрема депресії, оцінюються як значно більша проблема, ніж зафіксовано в офіційній

⁷ [Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді](#)

⁸ [Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні](#)

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

статистиці. За підрахунками, близько третини населення України пережили щонайменше один психічний розлад протягом життя.

За оцінками Глобального звіту ВООЗ про алкоголь, поширеність розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю, становить 6,0%. Самогубство становить 2,0% усіх смертей. Поширеність психічних захворювань в Україні подібна до регіональної поширеності Східної Європи, за винятком депресивних розладів, поширеність яких в Україні становить 3,4%, а в регіоні — 2,9%.

Гендерні відмінності психічного здоров'я стосуються ПТСР та розладів, спричинених вживанням алкоголю, які є більш поширеними серед чоловіків, тоді як депресія та тривожність більш поширені серед жінок. Чоловіки також мають вищу поширеність розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю, ніж жінки (11,5% проти 1,4%). Приблизно кожен восьмий дорослий (12,4%) в Україні має симптоми депресії, а поширеність депресії була приблизно вдвічі більшою серед жінок (16,2%), ніж серед чоловіків (8,7%). Жінки мають вищу оцінку поширеності МДР (3,9% проти 2,7%)⁹.

Забруднення атмосферного повітря у 2016 році, за даними Інституту оцінки та вимірювання показників здоров'я (Institute for Health Metrics and Evaluation), призвело в Україні до понад 58 тис. смертей.

До 2017 року показники смертності, пов'язані з **небезпечним водопостачанням, санітарією та гігієною (ВСГ)** в Україні, були подібними до середніх показників Східної Європи. Проблеми виникли останніми роками в підконтрольних Уряду районах Луганської та Донецької областей — 51% людей потребували підтримки у вирішенні питань, пов'язаних із ВСГ. Цей показник зріс до 68% для людей, які проживають у зоні 20 км від лінії зіткнення, та до 86% для людей, які проживають у сільській місцевості.

Дорожньо-транспортні пригоди (ДТП)¹⁰ в Україні є першою найпоширенішою причиною смерті молодих людей віком 15–24 років і другою найпоширенішою причиною смерті дітей віком 5–14 років. У 2015 році три чверті загиблих у ДТП українців були працездатного віку, а 37,2% були у віці 14–35 років. У 2019 році понад 26% загиблих і 15% постраждалих у ДТП були пішоходами.

Хоча смертність від таких інфекційних хвороб як **ВІЛ/СНІД і туберкульоз** знижується, за даними ВООЗ, Україна залишається однією з країн, де продовжує зростати кількість нових випадків інфікування ВІЛ та смертей від СНІДу. У 2018 році ЮНЕЙДС звітувала, що 240 000 людей живуть із ВІЛ; 36% із них були жінками. Незважаючи на значний прогрес у протидії ВІЛ, у 2018 році було зареєстровано багато нових ВІЛ-інфекцій; 30% інфікованих досі не знали про свій ВІЛ-статус. Однак показник охоплення лікуванням ВІЛ збільшився з 66 409 у 2014 році до понад 130 000 осіб у 2021 році, при цьому вірусна супресія була досягнута у високій кількості пролікованих (94%). Більше ніж 95% вагітних жінок, які живуть з ВІЛ, отримали доступ до антиретровірусних препаратів для запобігання передачі інфекції від матері до дитини.

⁹ <https://www.who.int/publications/m/item/ukraine---who-special-initiative-for-mental-health>

¹⁰ http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/varval.asp?ma=000_0308&path=./Database/Population/03/02/&lang=1&multilang=uk

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

В останні роки було досягнуто прогрес у впровадженні заходів боротьби з туберкульозом, унаслідок чого зменшується кількість зареєстрованих нових випадків та рецидивів з 127/100 000 населення у 2004–2005 роках до 42,2/100 000 населення у 2020 році. Занепокоєння викликає високий рівень поширеності мультирезистентного туберкульозу — 34,9% у 2017 році, при цьому — 16,6% хворих на туберкульоз із широкою медикаментозною стійкістю. Незадовільні результати лікування з показниками невдач 7,8% та смертності 9,5% (2017 рік) залишаються причинами для занепокоєння.

Коефіцієнт материнської смертності в Україні ілюструє стабільне зменшення. Тенденція зберігалася на рівні плато до 2017 року (19 смертей на 100 000 живонароджених, точкова оцінка), але між 2000 і 2017 роками також відзначається загальне скорочення кількості смертей на 46%. Цільовий показник материнської смертності України на 2020 рік, який становить 11,8, іще не досягнутий¹¹.

Рівень дитячої смертності знизився за роки незалежності, досягнувши у 2018 році показників смертності до 5 років — 9 смертей на 1 000 живонароджених, смертності немовлят — 7,5 на 1 000 живонароджених та неонатальної смертності — 5 смертей на 1 000 живонароджених. Загалом, ціль України на 2020 рік щодо смертності дітей до 5 років на рівні 8,5 смертей на 1 000 живонароджених досягнута згідно з міжнародними даними (національні дані свідчать про 8,3 смертей на 1 000 живонароджених у 2018 році). Проте, згідно з національною статистикою, у 2018 році рівень смертності дітей до 5 років був на 20% вищим у сільській місцевості, ніж у міській (9,5 смертей на 100 000 живонароджених у сільській місцевості порівняно з 7,8 у міській місцевості), що вказує на потенційний обмежений доступ до своєчасної та якісної медичної допомоги.

Охоплення щепленнями в Україні залишається одним із викликів громадського здоров'я. У січні 2019 року з поміж країн-членів ВООЗ у Європейському регіоні саме в Україні зареєстровано найнижчий рівень охоплення вакцинами серед усіх видів щеплень. За статистикою 2020 року, лише 80,1% дітей отримали всі три дози вакцини проти дифтерії та правця; і менше ніж 83% — проти поліомієліту (статистика 2017 року за цими антигенами становила 50%, 52% та 50% відповідно). Зокрема, низькі рівні вакцинації проти кору спричинили у 2018 та 2019 роках спалах кору, під час якого виявлено 110 500 випадків, що відповідало 57,2% усіх випадків, зареєстрованих у Європейському регіоні ВООЗ за цей період.

У відповідь на пандемію COVID-19, старт вакцинації від COVID-19 в Україні відбувся 24 лютого 2021 року. Від початку кампанії проведено всього 27 137 674 щеплення. Від початку вакцинації щеплено на 19,22% більше жінок, ніж чоловіків¹².

За даними Європейського центру контролю захворюваності для країн Європейського Союзу, у 2013 році показник DALY для захворювань, спричинених **інфекційними хворобами, викликаними збудниками з антимікробною резистентністю (АМР)**, був зіставний із кількістю DALY внаслідок таких хвороб як

¹¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340956/WHO-EURO-2021-1523-41273-58139-ukr.pdf>

¹² [Вакцинація від COVID-19 \(covid19.gov.ua\)](https://covid19.gov.ua)

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

сезонний грип, туберкульоз і ВІЛ. За даними ВООЗ, близько 75% інфекційних захворювань, викликаних мікроорганізмами з АМР — це інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги (ІПНМД). Відсоток випадків нозокоміальних інфекцій у 2019 році серед усіх госпіталізованих пацієнтів становив 0,035%, тоді як у країнах ЄС цей показник коливається в межах 3,0–12,0% залежно від рівня економічного розвитку країни. Ці дані свідчать про відсутність належного епідеміологічного нагляду за ІПНМД, а отже і відсутність можливості впроваджувати дієві заходи профілактики та оцінювати їхню ефективність.

2.2. Огляд реформи системи охорони здоров'я

У 2016 році трансформація системи охорони здоров'я була однією з найочікуваніших громадянами реформ. Протягом багатьох років держава не виконувала взяті на себе зобов'язання з фінансового захисту громадян при отриманні ними медичної допомоги та збереження їхнього здоров'я. Україна успадкувала одну з найбільших лікарняних мереж у Європі з найвищими показниками кількості лікарняних ліжок на душу населення, що є надзвичайно обтяжливим для державного бюджету. Система працювала неефективно і не відповідала потребам людей. Незважаючи на закріплені Конституцією права, пацієнти не були захищені від надмірних витрат «з власної кишені», а їхнє життя і здоров'я було під загрозою через низькі рівень доступу та якість медичної допомоги. Обсяг витрат «з власної кишені» (out-of-pocket payments, OOP) пацієнтів становив у 2018 році 49% поточних витрат на охорону здоров'я і є одним із найвищих показників у Європі¹³.

У 2016 році Кабінетом Міністрів України було затверджено кілька ключових концепцій, зокрема Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я¹⁴ та Концепція розвитку громадського здоров'я.

Повномасштабна трансформація системи розпочалася з прийняттям у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»¹⁵. У квітні 2018 року було створено єдиного національного замовника медичних послуг — Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Паралельно на виконання постанови Кабінету міністрів № 391, якою затверджувалися вимоги до надавачів медичних послуг¹⁶, розпочався процес автономізації ЗОЗ зі зміною принципів їх управління. Уже в липні 2018 року НСЗУ уклала перші договори з автономізованими надавачами ПМД на основі капітаційної ставки. Люди ж отримали право вільного вибору лікаря. Державні та приватні надавачі ПМД отримали рівні можливості для надання послуг у рамках ПМГ. З квітня 2019 року НСЗУ почала адмініструвати реімбурсацію (відшкодування вартості) лікарських засобів за електронним рецептом.

¹³ Global Health Expenditure Database. WHO 2020 (<https://apps.who.int/nha/database/>)

¹⁴ <https://uoz.cn.ua/reforma022016.pdf>

¹⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

¹⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-n#n9>

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

При Міністерстві охорони здоров'я створено Центр громадського здоров'я, що відзначає початок трансформації системи громадського здоров'я в країні.

Реформа спеціалізованої медичної допомоги розпочалася з 1 квітня 2020 року: більшу частину державних видатків на охорону здоров'я було централізовано та об'єднано в Програму медичних гарантій (ПМГ) — пакети послуг, у яких визначаються медичні послуги та лікарські засоби, за які сплачує НСЗУ. Для більш ефективного та справедливого використання публічних ресурсів запроваджені нові фінансові механізми та методи оплати надавачам послуг. У закладах, які автономізувались та уклали договори з НСЗУ, відбувся перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення). Таким чином, гроші почали «ходити за пацієнтом», а не за інфраструктурою закладів охорони здоров'я.

Протягом цих чотирьох років в Україні також здійснено низку масштабних заходів щодо цифровізації цієї сфери. У рамках фінансування охорони здоров'я цифрові інструменти було визначено як засадничі та фундаментальні для швидкого впровадження реформи, що дає змогу поступово підвищувати ефективність та прозорість сфери.

Результатом впровадження першого етапу реформи системи охорони здоров'я України також стало покращення показників доступу до основних (життєво необхідних) лікарських засобів. Запроваджено систему реімбурсації лікарських засобів, впроваджено нові моделі ціноутворення на лікарські засоби, розроблено та затверджено Національний перелік основних лікарських засобів з використанням інструменту оцінки медичних технологій (ОМТ). Водночас, слід зауважити, що пандемія COVID-19 справила та продовжує справляти значний вплив на систему охорони здоров'я в цілому та на доступність лікарських засобів зокрема. Вразливі компоненти системи, пов'язані з доступністю даних, постачанням та раціональним призначенням ліків, забезпеченням лікарень обладнанням та медичним персоналом, або наявністю виробничих потужностей для адаптації та підтримки виробництва ліків, не дозволили оновленій системі охорони здоров'я реагувати на загрозу вчасно та адекватно.

Відповідно до спільного звіту ВООЗ та Світового Банку «Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019» зазначено, що загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров'я узгоджується із загальними цілями розвитку України і, за умови її послідовної реалізації, вона також повинна принести дивіденди у вигляді поліпшення економічних результатів та забезпечення фіскальної дисципліни.

2.3. Основні проблеми та виклики

Гарантований пакет послуг та охоплення населення послугами у сфері ОЗ

У межах Програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних із наданням:

- екстреної медичної допомоги;
- первинної медичної допомоги;
- вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги;
- реабілітації у сфері охорони здоров'я;
- медичної допомоги дітям до 16 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

У 2020 році ПМГ мала 31 пакет медичних послуг, включно з пакетами, які були розроблені у відповідь на пандемію COVID-19. У 2022 році ПМГ розширилась до 36 пакетів медичних послуг, проте вона не рівномірно деталізована, перехід до чітко визначених пакетів послуг наразі триває.

Надавачі медичних послуг укладають договір з НСЗУ на період в один рік. Система оплати первинної та стаціонарної медичної допомоги включає кілька механізмів. Оплата ПМД здійснюється за принципом капітації (також у 2021 році введений метод оплати за результатами виконання договорів). Спеціалізований рівень включає в себе такі методи оплати як глобальний бюджет, ставку на пролікований випадок та ставку на медичну послугу. До тарифів можуть застосовуватися коригувальні коефіцієнти. Оплата комунальних послуг, інших поточних витрат, а також капітальних видатків здійснюється з місцевих бюджетів, проте ці правила створюють нерівні умови на ринку медичних послуг для приватних закладів охорони здоров'я.

Витрати на охорону здоров'я

Державні витрати країни на охорону здоров'я становлять 3,2% валового внутрішнього продукту (ВВП) у 2019 році, значно поступаючись її центральноєвропейським сусідам, хоча й вищі за середні для країн із низьким і середнім рівнем розвитку згідно з даними Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР, 2020 р.). Частка загальних бюджетних видатків, що виділяються на охорону здоров'я, майже на 5% нижча, ніж у країнах ОЕСР. Проте внесені у 2020 році зміни до бюджету внаслідок впливу пандемії COVID-19 збільшили частку державного бюджету, що виділяється на охорону здоров'я, до 11,0%. Бюджетний план на 2021 рік передбачає подальше збільшення частки охорони здоров'я до 11,2% державного бюджету. Україна продовжує покладатися в першу чергу на загальні податкові надходження як єдиний пул для фінансування ПМГ.

Витрати на охорону здоров'я на душу населення зросли в реальному вираженні (на 20% з 2015 по 2020), але це збільшення частково пояснюється скороченням чисельності населення (2,9% за проаналізований період) і було набагато повільнішим, ніж економічне зростання. Таким чином, консолідовані витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП значно скоротилися (з 3,6% до 3,0%, з 2015 по

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

2020 рік, що дорівнює майже 15%), що означає, що державні витрати на охорону здоров'я зростали набагато повільніше, ніж економіка.

Видатки на охорону здоров'я в Україні щороку зростають, але досі не наближаються до світових показників щодо частки ВВП. Так, у 2021 році видатки на послуги, які покриваються ПМГ для спеціалізованої медичної допомоги, зросли майже вдвічі (86 млрд у 2021 році проти 49 млрд у 2019 році). Загальні видатки на ПМГ у 2021 році становлять близько 3% ВВП.

Охоплення добровільним медичним страхуванням залишається низьким. Чинні програми добровільного медичного страхування направлені на корпоративних клієнтів, а висока вартість стандартних медичних полісів обмежує придбання більшою частиною населення.

Витрати з кишені

Оскільки Програма медичних гарантій працює менше ніж два роки, ще рано говорити про її вплив на рівень фінансового захисту громадян. У 2019 році показник поширеності катастрофічних витрат «з кишені» пацієнтів становив 16,7%, що є одним із найвищих показників у Європі. 10,8% домогосподарств збідніли або продовжували бідніти через витрати «з кишені» на охорону здоров'я¹⁷. Найбільшими чинниками витрат «з кишені» пацієнта стали лікарські засоби та стаціонарна допомога¹⁸.

Згідно з проведеним дослідженням, неформальні платежі залишаються високими: 52,6% пацієнтів хоча б раз отримували запит на будь-який неофіційний платіж за отримання послуг у спеціалізованому закладі охорони здоров'я, з них 92,7% пацієнтів здійснили таку оплату¹⁹.

За даними соціологічного дослідження «Індекс здоров'я. Україна»²⁰ у 2019 році 62,6% споживачів амбулаторної допомоги мали витрати, безпосередньо пов'язані з їхнім останнім амбулаторним візитом. На рахунок благодійного фонду сплачували 13,2%, 12,6% — платили офіційно в касі, 11,5% — сплачували неформально і 36,1% платили за товари медичного призначення під час візиту. За стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації платили 86,1%. Майже дві третини (63,2%) тих, хто проходив стаціонарне лікування, під час останньої госпіталізації платили за товари медичного призначення, 36,1% — на рахунок благодійного фонду або іншої організації, 31,3% — у касі згідно з офіційними правилами і чверть (25,5%) — неформально («у конверті» з рук у руки) або робили подарунок лікарю чи іншому медичному персоналу.

¹⁷ Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine

¹⁸ Горошко А., Шаповал Н., Лай Т. Чи можуть люди дозволити собі оплачувати медичну допомогу? Нові докази фінансового захисту в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВОЗ, 2018 рік (<http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-ukraine2018>, станом на 26 серпня 2019 року).

¹⁹ Informal payments at specialized healthcare facilities for four priority services under the program of medical guarantees: Executive summary. Kyiv; 2021.

²⁰ Індекс здоров'я. Україна — 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020.

Надання медичних послуг

Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я має базуватися на потужній і доступній людиноорієнтованій первинній медичній допомозі (ПМД). Однак існуюча система надання медичних послуг в Україні містить суттєві диспропорції з надлишковим акцентом на спеціалізованій медичній допомозі (СМД) — амбулаторних послугах вузьких фахівців у поліклініках і стаціонарному лікуванні в лікарнях. Відсутність, до недавнього часу, у людей особистих сімейних лікарів і брак координації медичної допомоги не дозволяли забезпечити цілісний підхід у наданні якісних і безпечних медичних послуг, особливо для пацієнтів з хронічними захворюваннями. Така фрагментація медичної допомоги має наслідком збільшення витрат пацієнтів (іноді катастрофічних) при одночасному погіршенні результатів медичної допомоги для їхнього здоров'я²¹.

Посилення ПМД як пріоритетного напрямку реформ в охороні здоров'я відбувалося шляхом запровадження закупівель медичних послуг в автономізованих надавачів послуг через НСЗУ. На успішність першого етапу контракування НСЗУ вплинула ефективна узгодженість між укладанням договорів ПМД і встановленням стандартів для базового пакету послуг ПМД через відповідний наказ МОЗ, який впровадив нові форми надання цього виду послуг. Це дозволило досягти значного прогресу за короткий проміжок часу.

Станом на кінець 2021 року майже 33 мільйони жителів України обрали й підписали декларації з лікарями первинної ланки. Наразі НСЗУ має укладені договори з понад 2,1 тисячами закладів охорони здоров'я первинної ланки, включаючи 1 254 комунальних та 259 приватних закладів, та з 577 ФОП (1 148 сімейних лікарів) для надання гарантованого пакету послуг ПМД населенню, яке підписало декларації. Пакет послуг ПМД та формула оплати є чітко визначеними; встановлено уніфіковані ставки/тарифи, а також впроваджуються нові пакети ПМГ для надавачів ПМД.

Попри впроваджені зміни у фінансуванні і збільшення частки витрат на ПМД в бюджеті ОЗ, зміст діяльності і спектр послуг ПМД залишається майже незмінним. Він часто зводиться до діагностики та лікування гострих розладів здоров'я пацієнтів, які самостійно звертаються за медичною допомогою. Відсутність дієвих профілактичних програм та програм формування здорового способу життя на рівні ПМД, низький потенціал щодо управління факторами ризику розвитку хронічних захворювань, нестача технологій для їх раннього виявлення і лікування та відсутність навичок залучення пацієнтів та їхніх сімей до збереження здоров'я та участі в лікуванні значно погіршують ситуацію.

Лікар, як і раніше, залишається основним надавачем медичних послуг на рівні ПМД. Роль медичної сестри часто зводиться до секретарських функцій на прийомі в сімейного лікаря, що в той же час заважає забезпеченню конфіденційності. Мультидисциплінарний підхід у роботі ПМД ще не набув достатнього поширення і

²¹[Can people afford to pay for health care, Ukraine, WHO, 2018](#)

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

частково реалізований в окремих регіонах при наданні послуг пацієнтам з ВІЛ та ТБ або з психічними розладами.

Запровадження нової системи направлень із застосуванням електронних інструментів поступово змінює усталені практики взаємодії пацієнтів із надавачами ПМД і СМД. Це вимагає нових навичок і змін поведінки від усіх учасників цього процесу та потребує певного часу. Такі зміни послаблюються конфронтацією між ПМД і поки що нереформованою СМД, що унеможливорює ефективне виконання лікарями ПМД своєї координаційної та пропускнуої (gatekeeping) функцій. Легкий доступ і безрецептурний відпуск ліків пацієнтам, поширеність медичних практик, які не відповідають принципам доказової медицини, значна кількість консультацій вузьких фахівців і лікарських призначень при відсутності координації створюють додаткові ризики для здоров'я пацієнтів.

Послуги амбулаторної СМД надаються на основі організаційно застарілої моделі поліклінічної практики комунальних закладів, які мають суттєві обмеження у використанні високотехнологічних методів діагностики й лікування. Цю нішу консультаційних, діагностичних і лабораторних послуг активно займає приватний сектор. Іноді приватні надавачі є єдиним місцем, де пацієнти можуть отримати такі послуги. До того ж, вузькопрофільні фахівці, часто працюючи одночасно і в комунальному, й у приватному закладах, перерозподіляють потоки пацієнтів на користь останнього. Це призводить до додаткових витрат пацієнтів при отриманні послуг, більшої несправедливості для менш забезпечених громадян, а також до гірших наслідків для здоров'я пацієнтів через фрагментарність послуг і слабку їх координацію. Відсутність інтегрованої системи електронних медичних записів і відповідного обліку та контролю за послугами амбулаторної СМД, включаючи приватних надавачів, не дозволяє оцінювати ні ефективність, ні якість таких послуг та створює передумови для надлишкової пропозиції, яка стає додатковим тягарем для пацієнтів у скрутній ситуації.

Україна має надлишкові потужності в госпітальному секторі з майже вдвічі більшою кількістю лікарень порівняно з країнами Європейського регіону ВООЗ (наприклад, 4,2 лікарні на 100 000 населення в Україні, 2,3 — в Естонії, 2,8 — у Польщі та 2,9 — у Великій Британії). Багато лікарень є застарілими й не використовують сучасні технології достатньою мірою та мають низький потенціал для надання інтенсивної допомоги в екстрених випадках, таких як інсульт, інфаркт або тяжкі травми. У той час як багатопрофільність лікарні забезпечує комплексність послуг, вищу якість і безпеку для пацієнтів, із загальної кількості лікарень значну частину становлять монопрофільні лікарні (психіатричні/наркологічні, туберкульозні, інфекційні та санаторно-оздоровчі заклади). Таких лікарень майже не існує в країнах із більш розвиненою економікою, оскільки кращою практикою є їхня інтеграція в багатопрофільні лікарні. Також багато послуг у лікарнях України можуть надаватися в умовах ПМД, амбулаторної СМД в закладах одноденного перебування, або поза системою охорони здоров'я.

Лікарні часто утримують ліжка та персонал, які не потрібні для надання допомоги в умовах стаціонару. В Україні співвідношення лікарняних ліжок та персоналу лікарні на 100 000 населення щонайменше на 30% вище, ніж у країнах порівняння. Пацієнтів

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

госпіталізують частіше (18,9 госпіталізацій на 100 населення в Україні порівняно з 15,6 — в Естонії, 12,9 — у Швеції та 12,4 — у Великій Британії), і на триваліший час стаціонарного перебування (середня тривалість перебування в лікарні становить 11,2 дня в Україні проти 7,3 дня у Польщі, 7,6 — у Естонії та 7 днів у Великій Британії). У той же час українські лікарні надавали допомогу нижчої інтенсивності. Офіційна статистика показує, що лише 24% випадків в українських лікарнях супроводжувалися хірургічним втручанням порівняно з 70% в інших країнах. Щонайменше 20% усіх стаціонарних випадків можна було лікувати амбулаторно, а 57% стаціонарних ліжко-днів не можна було обґрунтувати необхідністю цілодобового перебування пацієнта в умовах стаціонару²².

Попри таку неефективність, на лікарні припадає 60–65% загальних державних витрат на охорону здоров'я. Відсутність систем моніторингу якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів при проходженні стаціонарного лікування не дозволяє оцінити, наскільки лікарняна система є безпечною і працює на задоволення потреб людей.

В Україні залишаються працювати паралельні відомчі системи охорони здоров'я, що посилює фрагментарність медичних послуг для населення, диспропорції у фінансуванні послуг різних надавачів та порушує принципи справедливості при отриманні послуг громадянами.

Процеси адміністративно-територіальної реформи і децентралізація управління медичними закладами мають певні прогалини в забезпеченні спроможності територіальних громад управляти системою охорони здоров'я на місцевому рівні. Отримавши більш широкі повноваження, територіальні громади в особі їхніх керівників не були завчасно підготовлені до управління сферою охорони здоров'я. Це часто призводить до помилкових рішень щодо розвитку медичних закладів без урахування потреб і кількості населення, безпеки медичної допомоги, закупівлі невідповідного обладнання, проведення будівельних робіт або створення нових закладів охорони здоров'я. Також виникає необхідність тісної взаємодії кількох територіальних громад для підтримки ЗОЗ, які обслуговують їхнє населення, що наразі є значною проблемою на практиці. А в інших випадках великі територіальні громади, маючи у власності кілька, або навіть десятки медичних закладів, намагаються розвивати їх без взаємодії з іншими громадами та обласним рівнем управління охороною здоров'я.

Окремої уваги потребують послуги охорони здоров'я, які історично не розвивалися в Україні або не відповідали сучасним підходам до їх надання. І якщо розвиток охорони психічного здоров'я, реабілітація та паліативна допомога вже знайшли своє відображення в законодавстві і стратегічних документах, то такий вид допомоги як довготривалий догляд та лікування (long-term care) взагалі відсутній у нормативному полі України. Враховуючи загальні тенденції подовження тривалості життя і старіння населення, цей вид послуг потребує термінового розвитку.

²² Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку, 2019

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Загалом система надання послуг охорони здоров'я є відображенням історичного розвитку українського суспільства і дуже повільно трансформується протягом останніх років реформи. Цей процес також суттєво залежить від культури споживання і надання медичних послуг. Сформований попит на певні види послуг і очікування громадян від системи охорони здоров'я іноді не відповідають науковим підходам і можуть призводити до несприйняття реформи. З іншого боку, надавачі послуг мають напрацьовані роками підходи й не завжди готові до їх перегляду та впровадження принципів доказової медицини й управління на основі даних. Таким чином, реорганізація системи послуг потребуватиме не лише значної роботи з боку медичних працівників і їхніх керівників, але й широкої просвітницької роботи з людьми як споживачами послуг охорони здоров'я.

Доступ до лікарських засобів та медичних виробів

Результатом впровадження першого етапу реформи системи охорони здоров'я України стало покращення показників доступу до основних (життєво необхідних) лікарських засобів. Запроваджено систему реімбурсації лікарських засобів, впроваджено нові моделі ціноутворення на лікарські засоби, розроблено та затверджено Національний перелік основних лікарських засобів з використанням інструменту Оцінки Медичних Технологій (ОМТ). Водночас, слід зауважити, що пандемія COVID-19 справила та продовжує справляти значний вплив на систему охорони здоров'я в цілому та на доступність лікарських засобів зокрема.

Національна політика щодо лікарських засобів ґрунтується на концепції життєво необхідних лікарських засобів. Вибір препаратів для відшкодування (реімбурсації) та Програми медичних гарантій обслуговування населення обмежується Національним переліком основних лікарських засобів. Розроблено механізми ціноутворення для програми реімбурсації та цінове регулювання деяких препаратів з Національного переліку, на основі зовнішнього референтного ціноутворення. В умовах недостатнього фінансування Національний перелік був тотожним базовому переліку основних лікарських засобів ВООЗ (Essential Drug List), та з розвитком напряму ОМТ, діяльністю Експертного комітету з відбору та використання основних лікарських засобів МОЗ України, створенням Департаменту оцінки медичних технологій Державного експертного центру МОЗ України та розвитку його кадрового потенціалу, Національний перелік було розширено з урахуванням результатів проведених оцінок. З утворенням Департаменту оцінки медичних технологій, Державного експертного центру, та розвитку його кадрового потенціалу, Національний перелік було доопрацьовано з урахуванням регіональної специфіки та епідеміології.

Створена у 2017 році на принципах державно-приватного партнерства, програма реімбурсації заохочує національних та іноземних виробників лікарських засобів до виробництва препаратів, які мають важливе державне значення та входять до оновленого Національного переліку. В рамках програми було запроваджено електронний рецепт — сучасний інструмент, який сприяє належній практиці виписування рецептів та забезпечує динамічність звітування та оплати за надані

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

лікарські засоби. Станом на листопад 2021 року до програми добровільно долучилися 11 552 аптеки, 90 виробників лікарських засобів, державою відшкодовано понад 2,8 млрд грн, виписано 36,7 мільйона електронних рецептів, та більш ніж 3,5 мільйона громадян постійно користуються програмою. До програми реімбурсації на кінець 2021 року включено 354 лікарські засоби від серцево-судинних захворювань, діабету II типу, для профілактики інсультів та інфарктів, від бронхіальної астми, розладів психіки та поведінки, епілепсії та нецукрового діабету. Також НСЗУ відшкодовує вартість 76 препаратів інсуліну для пацієнтів із цукровим діабетом.

У жовтні 2018-го року було створено ДП «Медичні закупівлі України» з метою вдосконалення процесу закупівлі та зменшення витрат на лікарські засоби, що закуповуються державою централізовано. Упродовж двох років функціонування новоутворене ДП продемонструвало свою ефективність, забезпечивши значну економію бюджетних коштів (4,5 млрд грн), своєчасність постачань ліків, при цьому співробітники підприємства дотримуються принципу нульової толерантності до корупції.

Система громадського здоров'я

Система громадського здоров'я в Україні пережила цілу низку важливих та суттєвих реформ. Державну санітарно-епідеміологічну службу (СЕС) було ліквідовано, а її функції розподілено між різними інституціями. Центр Громадського Здоров'я (ЦГЗ) МОЗ України взяв на себе основні функції громадського здоров'я відповідно до міжнародно прийнятої моделі національних інститутів ГЗ. Серед інших органів, що забезпечують функцію державного нагляду (контролю) у відповідних сферах діяльності — Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, а також Державна служба України з питань праці. Це стало успішним першим кроком у трансформації системи. Національна концепція громадського здоров'я, затверджена КМУ у 2017 році, окреслила стратегічні напрями трансформації системи громадського здоров'я на всіх рівнях. Відмічається поступовий прогрес у трансформації системи і об'єднанні під керівництвом ЦГЗ паралельних систем ГЗ, таких як ВІЛ та туберкульоз, а також у впровадженні важливих політик громадського здоров'я, таких як покращення охоплення щепленням дітей, покращення доступу до замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) та покращення систем епідагляду. Однак залишаються невирішеними проблеми, зокрема, з організацією системи ГЗ на обласному та місцевому рівнях. План створення обласних центрів громадського здоров'я, підпорядкованих обласній адміністрації, не був успішним через брак потенціалу та компетенцій, а також фінансових механізмів для ефективного здійснення цього переходу. Регіональні лабораторні центри, які спочатку були частиною колишньої мережі СЕС і продовжували підпорядковуватися МОЗ, продовжували також виконувати важливі функції громадського здоров'я, що створило кілька паралельних систем на регіональному рівні. Крім того, комплексна трансформація системи ГЗ не була підтримана суттєвими змінами в законодавстві, а Закон про ГЗ ще не прийнято, що створює правові бар'єри для запровадження реформи.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Ще однією проблемою, що особливо впливає на питання ГЗ, є недостатньо скоординовані міжгалузеві та міжвідомчі дії у секторі охорони здоров'я. Первинна профілактика захворюваності та смертності від найбільш поширених причин, яким можна запобігти, вимагає тісного співробітництва і координації дій різних секторів та рівнів управління з метою впливу на соціальні детермінанти здоров'я й управління поведінковими факторами ризику, такими як харчування, фізична активність, спосіб життя або зловживання шкідливими речовинами. Затвердження у 2018 році «Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку» стало важливим кроком у цьому напрямку, але потребує подальшої інтенсифікації реалізації заходів, а також моніторингу та аналізу їх виконання.

Пандемія COVID-19 створила безпрецедентний тиск на систему громадського здоров'я, що вимагало консолідації управління й оновлення функціоналу посади державного санітарного лікаря та налагодження координаційних механізмів у мережі закладів громадського здоров'я. Попри певний прогрес, у цих процесах було виявлено низку недоліків, які вимагають швидких дій для прийняття відповідної законодавчої бази, організації мережі структур громадського здоров'я з чітко визначеними функціями й обов'язками на всіх рівнях, а також нарощування експертного потенціалу в системі. Таке посилення спроможності системи ГЗ має вплинути в тому числі й на програмні та політичні рішення у галузі охорони здоров'я на основі наукових доказів та надійних джерел інформації. Розвиток системи ГЗ має супроводжуватися посиленням компетенцій та базових знань усіх працівників системи охорони здоров'я щодо основних принципів громадського здоров'я.

Кадрові ресурси в системі охорони здоров'я

Система підготовки кадрів у сфері охорони здоров'я, має низку проблем. Наразі відсутня методологія оцінювання потреб щодо підготовки працівників сфери охорони здоров'я. У результаті цього, кількість студентів фактично визначається університетами — через неконтрольований набір студентів-контрактників без належного рівня підготовки та без урахування потреб галузі.

Зміст освіти є несучасним та нерелевантним, а відсутність сучасних та потужних університетських лікарень і симуляційних центрів призводить до браку практичних навичок у майбутніх медичних працівників. Недостатність фінансування та брак академічної доброчесності сприяє поширенню практик плагіату та корупції в медичних університетах. Корупційні ризики присутні на всіх етапах навчального процесу (від вступу до внутрішнього чи зовнішнього оцінювання) та на всіх рівнях медичної підготовки (від підготовки молодших спеціалістів, магістрів, інтернів, до аспірантури та докторантури, а також протягом безперервного професійного розвитку). Загальними проблемами, які призводять до корупції в медичній освіті, є відсутність чітких правил та неефективна система забезпечення якості.

Відсутність специфічних умов ліцензування діяльності з надання освітніх послуг на підготовку медичних кадрів дозволяє закладам здійснювати підготовку лікарів, не маючи відповідної потужної клінічної бази.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Так само існує низка проблем, пов'язаних із підготовкою медичних сестер та медичних братів: коротка тривалість практичної підготовки; обмежена можливість відпрацьовувати необхідні навички під час практики в медичних закладах; підготовка бакалаврів і магістрів медсестринства орієнтована на підготовку фахівців до виконання управлінських функцій у закладах охорони здоров'я, а не розширення клінічного функціоналу медичних сестер/медичних братів.

Безперервний професійний розвиток (БПР) для працівників сфери охорони здоров'я потребує змін та осучаснення. Надавачі послуг пропонують навчальні програми різної якості. Ринок наповнився навчальними програмами, які не мають нічого спільного з професійним розвитком лікарів або пропонують дуже низькоякісні послуги. Крім того, не розвинений ринок БПР для медичних сестер/медичних братів.

Українська освіта та наука у сфері охорони здоров'я ізольовані від світової освіти та науки. Це посилюється браком міжнародного досвіду та низьким рівнем академічної мобільності. Також проблемою є застаріла модель та недофінансування наукових досліджень.

Ще однією проблемою є відсутність механізму індивідуального допуску до професії, який існує в багатьох розвинених країнах світу та розглядається як один зі способів впливу та стимулювання належного виконання лікарями своїх обов'язків, а також як гарантія відповідності кваліфікаційним і етичним стандартам кожного окремого лікаря.

Унаслідок відсутності системи та практики планування кадрових ресурсів відповідно до потреб, браку сучасних моделей надання допомоги та в умовах значного тягаря захворювань склався неадекватний розподіл працівників сфери охорони здоров'я. А відсутність відповідного реєстру працівників унеможлиблює здійснення ефективного обліку та управління КРОЗ.

Поточна структура КРОЗ характеризується зниженням темпів приросту лікарів та середнього медичного персоналу, але при цьому показник щільності лікарів на 1 000 населення становить 3,1 (2019 р.) і співвідноситься з аналогічним показником у таких європейських країнах як Польща, Латвія, Естонія. При збереженні тенденції до зниження щільності серед медичних сестер/медичних братів цей показник в Україні становить 5,88 на 1 000 населення і перевищує середні значення в деяких європейських країнах (Польща, Латвія). В Україні в ЗОЗ працює третина лікарів пенсійного віку (60+), частка яких має тенденцію до збільшення, що значно перевищує частку лікарів-пенсіонерів (64+) у європейських країнах.

Нерівномірний географічний розподіл медичних працівників (між різними регіонами, насамперед, у сільській місцевості) посилюється дисбалансом працівників за спеціальностями та значним дефіцитом підготовлених фахівців за певними напрямками. Зокрема, щільність лікарів акушерів-гінекологів на 1 000 ЖН дітей суттєво більша (іноді в декілька разів), ніж у європейських країнах (31,6 проти 12,38 у Польщі та 21,16 у Литві на 1 000 ЖН дітей). Разом з тим, спостерігається недостатня кількість фахівців для розвитку таких сервісів як інтервенційна кардіологія, нейрохірургія, травма-центри, реабілітація.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Особливо звертає на себе увагу нерівномірний розподіл медичних працівників у Донецькій та Луганській областях порівняно із середніми показниками по Україні. Забезпеченість лікарями та медичними сестрами/медичними братами на 1 000 населення значно менша, ніж у середньому по країні та в європейських країнах. Забезпеченість лікарями за деякими пріоритетними спеціальностями на 1 000 населення у цих областях на 30–90% менша, ніж в середньому по Україні (анестезіологи, торакальні хірурги, серцево-судинні хірурги, нейрохірурги, хірурги, онкологи, неонатологи, кардіологи, невропатологи, радіологи).

Спостерігається дуже низький рівень залучення працівників сфери охорони здоров'я для організації медичного обслуговування на рівні громади. Кадровий потенціал громадського здоров'я, менеджменту та інших напрямків системи охорони здоров'я є вкрай недостатнім для відповіді на сучасні виклики.

Фрагментарний соціальний захист працівників охорони здоров'я не сприяє їхньому загальному добробуту, що безпосередньо впливає на рівень роботи з надання медичної допомоги населенню. Це пов'язано як з економічними факторами (застарілі несправедливі умови оплати праці, що не враховують показників діяльності, незадовільні та небезпечні умови праці тощо), а також соціальними чинниками (низький рівень самооцінки, слабкі навички комунікації тощо). Крім того, у багатьох випадках у ЗОЗ відсутні елементарні умови для комфортної роботи персоналу. Незадоволеність базових потреб працівників охорони здоров'я негативно впливає на їхню мотивацію щодо власного професійного розвитку, зокрема, сприйняття інновацій та опанування необхідних нових навичок.

У наданні медичної допомоги та підвищенні якості медичних послуг важливо враховувати гендерні аспекти надання медичних послуг. Перепоною для надання якісної медичної допомоги може стати як недостатня увага до біологічних характеристик та фізіологічних особливостей пацієнтів різних статей, так і неврахування соціальних, економічних та поведінкових детермінант здоров'я.

Серед медичних працівників в Україні поширені гендерні стереотипи щодо пацієнтів, що впливають на якість та доступність медичних послуг. Крім того, гендерні стереотипи щодо колег, які засвоюються ще під час навчання в медичному університеті, перешкоджають професійній реалізації медичних працівників, у першу чергу жінок.

Електронна охорона здоров'я

Важливим інструментом стала розбудова сучасної електронної системи охорони здоров'я, що дає змогу поступово підвищувати ефективність та прозорість сфери. Так, швидке всеосяжне розгортання відповідних процесів реформи стало можливим завдяки роботі цієї електронної системи охорони здоров'я, що передбачає використання централізованої бази даних та залучення приватних надавачів медичних інформаційних систем для роботи із закладами й лікарями.

Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» було визначено механізм функціонування

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

електронної системи охорони здоров'я та її компонентів. Додатково до цього на державному рівні реалізовано можливість будувати безпечні інформаційні міжвідомчі взаємодії шляхом обміну електронними повідомленнями між інформаційними системами через систему «Трембіта».

Наразі електронна система охорони здоров'я забезпечує укладення електронних декларацій із сімейними лікарями, виписку електронних рецептів за програмою «Доступні ліки» та електронних направлень, ведення електронної медичної картки тощо. До системи приєдналися понад 5 000 закладів та понад 34 млн пацієнтів. Українська електронна система охорони здоров'я — це система з надвисоким навантаженням та чи не з рекордною швидкістю росту даних у світі. Вона обробляє до 3 500 тисяч запитів за секунду.

Також для забезпечення потреб інших елементів загальної реформи охорони здоров'я функціонує низка окремих систем та сервісів, які або вже інтегровані з електронною системою охорони здоров'я, або перебувають на етапі проектування інтеграції. Перш за все, слід відзначити інформаційно-аналітичну систему «Централь 103» для забезпечення потреб процесів екстреної медичної допомоги, інформаційно-аналітичну систему «MedData» для комплексного аналізу даних щодо стану закупівель і забезпеченості адміністративно-територіальних одиниць товарами та послугами, закупленими за рахунок бюджетних коштів та інших джерел фінансування, електронну інтегровану інформаційну систему спостереження за інфекційними захворюваннями для підвищення ефективності державної системи спостереження за захворюваннями, у тому числі оперативного виявлення спалахів інфекційних захворювань та реагування на них, тощо.

Активно розвиваються приватні медичні IT-продукти для амбулаторної та госпітальної допомоги, ERP системи, сервіси зберігання медичних зображень, телемедичні сервіси тощо.

Слід відзначити, що нині в Україні сприятливі умови для розвитку електронної охорони здоров'я, що відображається в загальному розвитку сфери інформаційних технологій (IT), доступності технологій для населення та розвитку е-урядування. Також Україна стала однією з перших країн поза Європейським Союзом із цифровим COVID-сертифікатом, визнаним цілком сумісним із таким документом ЄС, що свідчить про високий рівень довіри міжнародних партнерів до нашої країни загалом та електронної системи зокрема.

Важливо відзначити, що наразі система охорони здоров'я містить кількості різних видів паперових документів: форм медичної звітності, журналів, довідок. Із них варто окремо виділяти первинні форми медичної звітності. За попередніми результатами співставлення моделі даних на основі паперових первинних форм звітності та моделі даних електронної системи охорони здоров'я — близько 80% форм звітності можуть бути оцифровані станом на початок 2022 року. Проте важливий аспект збору даних та формування звітності в охороні здоров'я передбачає, що ланцюг процесу не може бути перерваним, водночас для повноцінної відмови від паперових аналогів необхідно оновити модель даних повністю.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Разом з тим, електронна система охорони здоров'я має певні технологічні, інфраструктурні та управлінські виклики, що сповільнюють її розвиток, ускладнюють доступ пацієнта до якісних медичних послуг, обмежують самостійне використання власних медичних даних чи доступ до них усіх ланок медицини.

Перш за все, слід виокремити такі виклики: відсутність сумісності (інтероперабельності) інформаційно-комунікаційних систем у сфері охорони здоров'я, а також елементів загальнонаціональної інтероперабельності та стандартів поширеного єдиного цифрового ідентифікатора особи, єдиного довідника адрес; недостатність ресурсного забезпечення системи. Особливо актуальними викликами є також низька забезпеченість закладів охорони здоров'я швидкісним підключенням до Інтернету, недостатньо розвинена національна медична інфраструктура інформатизації, зокрема кадрова спроможність і рівень цифрової компетентності працівників сфери охорони здоров'я, стан комп'ютеризації закладів охорони здоров'я.

Слід також наголосити на необхідності розвитку й удосконалення системи та механізмів управління електронною охороною здоров'я, що є важливим для подальшої координації дій основних стейкхолдерів, моніторингу та оцінки розвитку екосистеми інформаційних відносин усіх учасників медичного середовища держави. Окрім цього, важливим аспектом є посилення інституційної та кадрової спроможності у процесах розвитку електронної охорони здоров'я.

На цьому етапі в електронній охороні здоров'я відсутні чи лише перебувають на стадії напрацювання цифрові рішення для низки напрямів, таких як реабілітація в охороні здоров'я, система донорства крові та її компонентів, високоспеціалізована медична допомога, частина напрямів стаціонарної медичної допомоги, громадського здоров'я тощо.

Зазначені питання впливають на ефективність усієї системи охорони здоров'я та, зокрема, призводять до таких проблем, що потребують вирішення:

- відсутність своєчасної та стандартизованої інформації про пацієнта в лікарів, що призводить до дублювання консультацій, лабораторних досліджень, інших медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги та до нераціональних витрат ресурсів;
- екстенсивна форма ведення медичної документації та недостатність чи фрагментованість інформації про стан здоров'я пацієнта (первинна медична інформація зберігається в різних надавачів медичних послуг переважно в паперовому вигляді, що призводить до адміністративного навантаження на працівників сфери охорони здоров'я та значних часових затрат; недостатність інформації про стан здоров'я пацієнта призводить до погіршення якості медичної допомоги);
- обмежені можливості проведення моніторингу, контролю та управління якістю надання медичних послуг; недостатнє використання статистичної інформації для ухвалення рішень;
- обмежені можливості запобігання зловживанням у сфері охорони здоров'я, у тому числі щодо управління лікарськими засобами, медичними виробами та

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

медичним обладнанням, контролю за доступністю та якістю надання медичної допомоги пацієнтам, зменшення кількості помилок та зловживань.

Проблеми реагування на пандемію COVID-19

Як і в багатьох країнах в усьому світі, пандемія COVID-19 виявила слабкі сторони, а в деяких випадках — відсутність національних, регіональних та місцевих планів і процедур готовності до надзвичайних ситуацій, у яких були б відображені наявні ресурси та визначені ролі й відповідальності. Це підірвало зусилля з реагування на пандемію, особливо на ранніх етапах. З початком пандемії COVID-19 особливо актуальними проблемами стали проблеми міжвідомчої координації та взаємодії, недостатня функціональна спроможність міжвідомчого єдиного координаційного центру та недосконалість планів і процедур щодо швидкого обміну та поширення інформації. Це мало вплив на своєчасне прийняття управлінських рішень та призвело до затримки реагування на пандемію COVID-19. Саме тому готовність до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, раннє попередження, зменшення ризиків та управління національними та глобальними ризиками для здоров'я громадян необхідно врахувати з метою посилення стійкості системи охорони здоров'я.

Пандемія також виявила неефективність автономних інфекційних лікарень та проблеми з якістю послуг інтенсивної терапії, у тому числі з організацією лікування, обладнанням та кадровим потенціалом, результатом чого, за весь час пандемії COVID-19 було 103565 летальних випадків.. Подібним чином, первинна ланка медико-санітарної допомоги на першому етапі пандемії також не могла надавати достатніх послуг із ведення пацієнтів у домашніх умовах. Іншою великою проблемою була дезінформація та відсутність довіри до даних, що ґрунтуються на доказах: вони викликали вагання щодо вакцин серед спеціалістів охорони здоров'я, що зашкодило національним зусиллям з вакцинації проти COVID-19. Ці проблеми необхідно враховувати при розробленні стійкої системи охорони здоров'я, яка реагує на потреби здоров'я населення та потенційні нові загрози.

На додаток до безпосереднього впливу COVID-19 на систему охорону здоров'я під час гострої фази, хворі, як госпіталізовані, так і ні, аж до повного одужання від COVID-19 відчувають симптоми, що обмежують їхню життєдіяльність та викликають функціональні розлади. COVID-19 може вплинути на здатність людей повернутися до роботи й бути залученими до сімейного та суспільного життя. Відсутність в Україні належних реабілітаційних сервісів обмежує можливості для людей, які потребують реабілітаційної підтримки після захворювання на COVID²³.

Загалом слід ще раз зазначити, що пандемія COVID-19 справила та продовжує справляти значний вплив на послуги охорони здоров'я. Як було зазначено в

²³ WHO European Regional Technical Briefing Rehabilitation after COVID-19: what we currently know and resources we have <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349618>

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Pulse Survey ВООЗ²⁴, первинна допомога, реабілітаційна, паліативна та довготривала допомога зазнали найбільшого негативного впливу, що впливає на наявність та доступність до якісних послуг, зокрема таких, що надаються найбільш вразливим групам населення. Хоча системи охорони здоров'я в усьому світі стикаються зі збільшеним попитом на допомогу пацієнтам із COVID-19, надзвичайно важливо підтримувати профілактичні та лікувальні послуги, особливо для найбільш вразливих груп населення, таких, як діти, літні люди, особи з хронічними станами здоров'я, меншини та особи, які живуть з обмеженнями життєдіяльності.

3. Мета, бачення, та стратегічні пріоритети

Мета Стратегії

Метою Стратегії є сприяння здоров'ю та добробуту громадян шляхом забезпечення справедливого доступу до якісних медичних послуг, побудови стійких систем охорони здоров'я та забезпечення участі суспільства в їхній діяльності.

Бачення стратегії

Ми створюємо в Україні безпечне середовище та стійкі системи, які захищають та сприяють здоров'ю й добробуту громадян, запобігають захворюванням і вчасно виявляють загрози здоров'ю населення та реагують на них.

Людина і її потреби мають бути в центрі всієї системи охорони здоров'я. Охорона здоров'я в Україні має бути якісною, економічно ефективною, та забезпечувати фінансову захищеність, справедливість та орієнтацію на людину шляхом надання послуг, які ґрунтуються на потребах та очікуваннях, а також на соціальних, гендерних та культурних особливостях громадян. Необхідний баланс між наявними ресурсами та гарантованими правами на охорону здоров'я має досягатися через Програму медичних гарантій (ПМГ) як ефективний механізм універсального покриття потреб людей у здоров'ї в умовах єдиного медичного простору.

Підготовлені, благополучні та мотивовані працівники широкого спектру професій сфери охорони здоров'я забезпечують організацію та надання якісних послуг охорони здоров'я населення в рамках універсального охоплення.

Охорона здоров'я в Україні має ґрунтуватися на найкращих міжнародних знаннях, принципах рівноправного залучення і співпраці між державою та суспільством, а також на розвитку і впровадженні наукових підходів та інформаційних технологій.

Основні очікувані результати

²⁴ <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Очікуваним результатом виконання Стратегії є зменшення показників смертності та захворюваності, а також покращення функціонування та участі особи, що призводить до покращення здоров'я та добробуту:

Цільові індикатори — 2030, що включають індикатори Цілей Сталого Розвитку (ЦСР):

- Очікувана тривалість життя жінок збільшилася на 2 роки, а чоловіків — на 3 роки
- Передчасна смертність населення знизилася:
 - Імовірність померти у віці 20–64 роки серед чоловіків знизилася до 290 на 1 000 населення (індикатор ЦСР)
 - Імовірність померти у віці 20–64 роки серед жінок роки знизилася до 130 на 1 000 населення (індикатор ЦСР)
- Зниження материнської смертності до 11,2 на 100 000 живонароджених (індикатор ЦСР)
- Зниження смертності дітей у віці до 5 років до 6–7 на 1 000 живонароджених (індикатор ЦСР)
- Зменшення передчасної смертності від неінфекційних захворювань (серцево-судинні захворювання, новоутворення, цукровий діабет, хронічні обструктивні захворювання легень):
 - Зменшення кількості смертей чоловіків від цереброваскулярних хвороб у віці 30–59 років до 45,0 на 100 000 чоловіків відповідного віку (індикатор ЦСР)
 - Зменшення кількості смертей жінок від цереброваскулярних хвороб у віці 30–59 років до 22,0 на 100 000 жінок відповідного віку (індикатор ЦСР)
 - Зменшення кількості смертей від злоякісного новоутворення молочної залози у віці 30–59 років до 18,3 на 100 000 жінок відповідного віку (індикатор ЦСР)
 - Зменшення кількості смертей від злоякісного новоутворення шийки матки у віці 30–59 років до 9,5 на 100 000 жінок відповідного віку (індикатор ЦСР)
- Зниження рівня інвалідності (первинної, вторинної) через захворювання, яким можна запобігти.
- Зниження захворюваності та інвалідності від туберкульозу, ВІЛ та гепатиту С:
 - Зменшення кількості хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ до 20,6 на 100 000 населення (індикатор ЦСР)

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- Зменшення кількості хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу до 32,9 на 100 000 населення (індикатор ЦСР)
- Зниження смертності внаслідок транспортних нещасних випадків до 9 на 100 000 населення (індикатор ЦСР)
- Зменшення споживання тютюну, алкоголю, цукру та солі:
 - Зменшення частки осіб, які курять, серед жінок віком 16–29 років до 4% (індикатор ЦСР)
 - Зменшення частки осіб, які курять, серед чоловіків віком 16–29 років до 20% (індикатор ЦСР)
- Зменшення частки витрат населення в загальних видатках на охорону здоров'я до 30%

Стратегічні пріоритети

Стратегічні пріоритети визначено за п'ятьма тематичними напрямками:

Напрямок 1: Врядування у сфері охорони здоров'я

Стратегічний пріоритет 1: Впроваджено універсальні підходи та інструменти врядування, що забезпечують професійну автономію, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я

Стратегічний пріоритет 2: Створена ефективна система міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я

Стратегічний пріоритет 3: Прозорість і результати системи охорони здоров'я покращилися завдяки взаємодії та нагляду всього суспільства

Стратегічний пріоритет 4: Управління в системі ОЗ та прийняття рішень здійснюється в інтересах і відповідно до потреб населення на основі доказової бази та використання найкращих практик.

Стратегічний пріоритет 5: Створена система ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд

Стратегічний пріоритет 6: Запроваджено систему професійного самоврядування працівників у сфері ОЗ

Напрямок 2: Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я

Стратегічний пріоритет 1: Здоров'я людей покращується завдяки впровадженню ефективної інтегрованої моделі, яка забезпечує збалансоване, науково обґрунтоване, безперервне надання якісних і безпечних послуг

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Стратегічний пріоритет 2: Люди мають фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних та доступних послуг в ОЗ. Рівень платежів з кишені значно знизився, не обмежує попит і доступ до послуг, та не призводить до катастрофічних витрат у випадку хвороби

Стратегічний пріоритет 3: Гарантовано фармацевтичну безпеку країни та безперебійний доступ людей до ефективних і безпечних лікарських засобів та медичних виробів

Напрямок 3: Громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації

Стратегічний пріоритет 1: Забезпечено функціонування спроможної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення викликів для здоров'я та реагування на них

Стратегічний пріоритет 2: Створюються безпечні умови й середовище життєдіяльності, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я

Стратегічний пріоритет 3: Забезпечено захист здоров'я населення шляхом попередження виникнення й раннього виявлення надзвичайних ситуацій та ефективного реагування на них

Напрямок 4: Залученість людей та громад

Стратегічний пріоритет 1: Підвищено рівень відповідальності людей щодо власного здоров'я та права прийняття клінічних рішень.

Стратегічний пріоритет 2: Створено умови для повноцінної участі людей і громад для спільного планування та організації надання медичних послуг

Напрямок 5: Кадрові ресурси системи охорони здоров'я (КРОЗ)

Стратегічний пріоритет 1: Освіта та наукова діяльність у сфері охорони здоров'я інтегровані до сучасного міжнародного контексту

Стратегічний пріоритет 2: Планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я здійснюється в обсягах та у структурі відповідно до потреб

Стратегічний пріоритет 3: Створені умови для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я

4. Цінності та керівні принципи

Стратегія визначає цінності та керівні принципи, що є векторами та засадами розвитку майбутньої системи охорони здоров'я:

орієнтованість на людей — інтереси людей, які отримують та надають послуги охорони здоров'я, мають найвищий пріоритет при формуванні політики, програм та послуг;

права людини — дотримання та захист прав людини, які мають вплив на здоров'я, та забезпечення пов'язаних із ними державних гарантій;

справедливість — комплексне забезпечення умов та можливостей рівного доступу людей протягом усього життя до медичних послуг, незалежно від соціального статусу, наявності коштів, місця проживання, стану здоров'я з метою їх захисту від катастрофічних витрат на охорону здоров'я, зокрема для людей з однаковими потребами (горизонтальна справедливість), а також з метою відповідати особливим вимогам людей з різними потребами (вертикальна справедливість);

людський розвиток — збереження та підтримка фізичного, психічного та соціального благополуччя людини завдяки наданню переваги попереджувальним і профілактичним заходам та послугам охорони здоров'я;

людиноцентрична медична допомога — повага та врахування індивідуальних потреб, цінностей, побажань та переконань людини, яка отримує медичні послуги, забезпечення права та можливості брати участь у прийнятті рішень щодо власного здоров'я;

біопсихосоціальна модель — усі аспекти життя людини мають вплив на її здоров'я, зокрема немедичні фактори та соціально-економічні детермінанти, що можуть впливати на захворювання та/ або одужання, мають бути враховані у процесі надання допомоги;

спільне вироблення послуг охорони здоров'я (co-production) — залучення людей та громад до взаємного та рівноправного партнерства з органами влади та інституціями охорони здоров'я в процесі планування, надання, моніторингу та оцінки послуг охорони здоров'я;

гендерно чутливий (gender-sensitive) та перетворюючий/ трансформуючий (gender-transformative) підхід — формування та реалізація політики, програм та послуг охорони здоров'я відповідно до специфічних соціальних, культурних, економічних, політичних та інших характеристик умов життя та потреб представників усіх гендерних груп;

політика та прийняття рішень на основі доказовості (evidence-based, data-driven policy and decision making) — розробка державної політики та прийняття всіх управлінських рішень у сфері охорони здоров'я відбувається відповідно до об'єктивних даних — доказів, на основі використання аналізу наукових даних, досліджень та оцінок;

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

розвиток ринку охорони здоров'я — створення прозорих та справедливих правил для надавачів послуг охорони здоров'я всіх форм власності та підпорядкування;

відповідальність держави — держава відповідає за створення сприятливого середовища для збереження здоров'я та забезпечення гарантованого доступу громадян до якісних послуг охорони здоров'я.

Стратегія також визначає низку принципів бар'єрів, заборонених напрямів руху, що є важливими перепонами для розвитку майбутньої системи охорони здоров'я («червоні лінії»):

патерналізм — сприйняття людей і громад як пасивних реципієнтів допомоги у сфері охорони здоров'я та неврахування їхніх думок і побажань щодо здоров'я зменшує чутливість системи до потреб окремих осіб і громад та призводить до нижчої якості послуг і гірших результатів у здоров'ї;

адміністративна модель фінансування — бюджетування та утримання закладів охорони здоров'я за кошторисом, без урахування динаміки показників здоров'я та потреб населення, призводить до катастрофічної фінансової незахищеності людей;

корупція в системі охорони здоров'я — непрозорість та закритість управління системою й закладами охорони здоров'я на всіх рівнях, неправомірне використання бюджетних коштів, а також практика неформальних платежів за отримання послуг збільшує витрати, знижує доступ до послуг, зменшує довіру людей до системи охорони здоров'я, що має суттєвий негативний вплив на здоров'я людей і суспільства в цілому.

5. Стратегічні пріоритети та Завдання

5.1 Врядування у сфері охорони здоров'я

Впроваджено універсальні підходи та інструменти врядування, що забезпечують незалежність, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я

Інститути та агенції охорони здоров'я відіграють вирішальну роль у системі охорони здоров'я. Зміцнення цих інститутів шляхом впровадження принципів прозорості, підзвітності та громадського контролю допоможе забезпечити належне врядування, лідерство та ефективне управління в системі охорони здоров'я.

МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, забезпечує формування та реалізує державну політику

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

в зазначених сферах. Крім того, МОЗ має розширювати співпрацю та будувати довірчі відносини із зацікавленими сторонами на рівні областей і територіальних громад (ТГ), із представниками недержавного та приватного секторів. В умовах децентралізованої системи Міністерству та іншим національним інституціям у сфері охорони здоров'я надзвичайно важливо налагодити механізми тісної співпраці з представниками обласних та міських рад і ТГ задля спільного досягнення цілей розвитку системи охорони здоров'я.

Пріоритетним завданням має бути розвиток та зміцнення провідних національних інституцій охорони здоров'я як спроможних, автономних, дієздатних та стійких інститутів. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) продовжуватиме розвиватися як орган стратегічних закупівель для країни. НСЗУ й надалі зміцнюватиметься за рахунок запровадження принципів належного врядування з розвитком основних функціональних сфер, покращенням даних, інформаційних систем та посиленням громадського контролю. Роль НСЗУ критично важлива в отриманні та аналізі даних, які повинні надати підґрунтя для розробки ПМГ, інформування встановлення цін та впровадження ПМГ через стратегічні закупівлі, а також постійний моніторинг та оцінку, орієнтованих на якість та найкращі результати. Ці дані та аналіз також нададуть докази для політичних рішень МОЗ та КМУ щодо стимулювання покращення ефективності системи охорони здоров'я.

Зміцнення інших національних інститутів як національних експертних органів та забезпечення їхньої професійної незалежності допоможе впровадити систему управління охороною здоров'я, що ґрунтується на визначених цінностях та керівних принципах. Важливо продовжувати розвивати Центр громадського здоров'я України як національну експертну інституцію громадського здоров'я, що забезпечує координацію в системі громадського здоров'я, а її експертиза використовується для інформування рішень у процесі формування політик як у системі охорони здоров'я, так і в інших секторах. Іншим важливим національним агентством, яке необхідно створити, є агенція, яка координуватиме питання якості медичної допомоги. Необхідно розробити всеосяжну національну концепцію якості та безпеки пацієнтів, яка включатиме всі ключові елементи національної системи якості. Для цього необхідно провести аналіз існуючих політик, організаційної структури, наявних методів та ресурсів, які можуть сприяти покращенню різних вимірів якості надання послуг у сфері охорони здоров'я. При цьому національне агентство з якості відіграє центральну роль як керівний та координуючий експертний орган. Подальша інституціоналізація та посилення функції оцінки медичних технологій будуть продовжені шляхом перетворення відділу ОМТ на національне агентство, яке виступатиме як національна експертна інституція з реалізації ОМТ (див. розділ 2). Національні інституції, що реалізують фармацевтичну політику, підтримують розвиток та управління електронною охороною здоров'я, регулюють безперервний професійний розвиток, а також системи ліцензування, повинні бути посилені за допомогою відповідних нормативних положень та інституційного розвитку. Ефективне функціонування ДП «Медичні закупівлі України» має бути забезпечене за рахунок подальшого впровадження прозорих методів закупівлі поряд із надійними системами ланцюга поставок. Кожна з цих інституцій повинна мати прозорі моделі управління та платформи для участі громадськості та нагляду.

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

За стратегічною ціллю «Впроваджено універсальні підходи та інструменти врядування, що забезпечують незалежність, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я» визначено такі ключові завдання:

- Зміцнити потенціал МОЗ як органу, що керує національною системою охорони здоров'я за рахунок розробки політики, заснованої на фактичних даних, та міжсекторального співробітництва.
- Продовжувати інституційне зміцнення Національної служби здоров'я України як національної служби зі стратегічних закупівель.
- Посилювати підзвітність НСЗУ перед урядом та населенням (зокрема шляхом впровадження індикаторного нагляду з боку КМУ та посилення Ради громадського контролю).
- Посилити роль Центру громадського здоров'я з питань реалізації та координації виконання заходів громадського здоров'я.
- Посилити співпрацю з регіональними департаментами охорони здоров'я та місцевою владою, зокрема шляхом уточнення ролей та відповідальності національного, регіонального та місцевого рівнів у сфері охорони здоров'я.
- Розробити, узгодити між зацікавленими сторонами та затвердити довгострокову концепцію якості та безпеки пацієнтів у системі охорони здоров'я, уніфіковану для лікарняних закладів, первинної ланки та системи громадського здоров'я.
- Створити національну інституцію для управління якістю охорони здоров'я.
- Забезпечити функціонування ДП «Медичні закупівлі України» як національної агенції, що забезпечує централізовану закупівлю якісних ліків та медичних виробів за кошти державного бюджету, забезпечує функціонування єдиного закупівельного простору (закупівельного хабу), застосовуючи сучасні закупівельні інструменти та методики на національному та регіональному рівнях.
- Нарощувати потенціал основних підпорядкованих інституцій у сфері охорони здоров'я, які забезпечують розвиток електронної охорони здоров'я, керують плануванням людських ресурсів, оцінюванням технологій охорони здоров'я та іншими критично важливими функціями системи охорони здоров'я.
- Забезпечити функціонування програм та платформ, необхідних для пошуку вразливостей у системах, програмах, реєстрах електронної охорони здоров'я, а також проведення постійного моніторингу кіберзагроз в умовах їх стрімкого розвитку.

Створена ефективна система міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я

В Україні здоров'я є суспільною цінністю, тому покращення здоров'я та благополуччя українців — це мета, яка потребує спільних зусиль суспільства. Цілей

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

системи охорони здоров'я неможливо досягнути без побудови моделі управління, яка виходить за рамки сектора охорони здоров'я та стає відповідальністю кожного сектора в уряді. Важливо визнати, що система охорони здоров'я не працює ізольовано, і її результати мають більш широкий вплив на загальний розвиток країни. Загальнодержавний підхід до вирішення проблем системи охорони здоров'я потребує рішень, у яких беруть участь суб'єкти з різних секторів, а також різних рівнів, включаючи національний, регіональний та місцевий рівні. Від уряду це вимагає ефективної міжсекторальної співпраці, заснованої на принципі «здоров'я в усіх політиках», який робить здоров'я центральним елементом економічної, фінансової, освітньої та екологічної політик, а також регіональних політик, таких як стратегії децентралізації. Це забезпечить, щоб політика в інших секторах, на всіх рівнях, сприяла досягненню результатів щодо здоров'я, а проблеми, пов'язані зі здоров'ям, були взяті до уваги при розробці політики. Більше того, багато проблем охорони здоров'я не можуть бути вирішені лише діями сектора охорони здоров'я, і для вирішення цих проблем необхідно спільно розробляти заходи в інших секторах. Громадське здоров'я є одним із пріоритетних напрямів охорони здоров'я, що вимагають міжгалузевої координації та підходу, який був протестований на національному та глобальному рівнях під час пандемії COVID-19. Сильна координація між кількома секторами уряду, національними, регіональними та місцевими органами влади є ключовою умовою досягнення цілей громадського здоров'я. Ці міжсекторальні зусилля мають бути зосереджені не лише на національних та глобальних загрозах здоров'ю, таких як пандемії, а й на інших пріоритетних питаннях охорони здоров'я, таких як неінфекційні захворювання та їх фактори ризику, туберкульоз, ВІЛ: усі ці пріоритети потребують комплексних зусиль, які виходять за межі сфери охорони здоров'я й потребують узгодження з соціальним, екологічним, економічним секторами, а також місцевою владою.

Особливий акцент має бути зроблений на сильній координації та узгодженні реформи сектора охорони здоров'я із зусиллями з децентралізації. Місцеві органи влади відіграють вирішальну роль у секторі охорони здоров'я й повинні узгоджувати свої пріоритети, щоб сприяти досягненню цілей трансформації системи охорони здоров'я. Зокрема, обласні та громадські органи влади розробляють і впроваджують програми охорони здоров'я громад для створення сприятливого середовища для зміцнення здоров'я та благополуччя своїх громадян. Місцеві органи влади як власники закладів охорони здоров'я повинні впроваджувати прозорі моделі управління закладами охорони здоров'я та їх мережами. Обласні й місцеві органи влади збирають та аналізують дані закладів охорони здоров'я для оцінювання їхньої діяльності та прийняття обґрунтованих рішень щодо планування мережі охорони здоров'я та інвестицій. Це часто потребує співпраці й колективних рішень різних громад. Такий підхід дозволить раціоналізувати планування мережі охорони здоров'я, підвищити ефективність і фінансову стійкість закладів охорони здоров'я, а також синхронізувати реформування сектора охорони здоров'я та зусилля з децентралізації.

За стратегічною ціллю «Створена ефективна система міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я» визначено такі ключові завдання:

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- Забезпечити міжсекторальну співпрацю за принципом «здоров'я в усіх політиках».
- Посилити механізми координації між установами та інституціями, які приймають рішення у сфері охорони здоров'я та соціальної сфери на всіх рівнях управління, щоб забезпечити гармонізований та ефективний підхід до задоволення потреб уразливих груп населення.
- Впровадити міжсекторальні координаційні механізми та платформи щодо пріоритетних проблем громадського здоров'я для прийняття рішень на користь здоров'я населення.
- Визначити й нормативно забезпечити ролі та обов'язки щодо врядування в системі охорони здоров'я на національному, регіональному та локальному рівнях.

Прозорість і результати системи охорони здоров'я покращилися завдяки взаємодії та нагляду всього суспільства

Підхід, заснований на участі всього суспільства, привносить ще один аспект управління системою охорони здоров'я й підкреслює роль зацікавлених сторін за межами державного сектора, які відіграють важливу роль у досягненні цілей системи охорони здоров'я. Міцне партнерство та співробітництво з громадянською спільнотою та приватним сектором, зміцнення довіри між усіма зацікавленими сторонами системи охорони здоров'я можуть допомогти уряду розробити та впровадити підходи, схвалені всім суспільством, для покращення здоров'я людей. Керуючись цими принципами, підходи до управління повинні включати розробку ефективних платформ та механізмів для залучення зацікавлених сторін з неурядового сектора, забезпечення участі громадянського суспільства в управлінні закладів охорони здоров'я та створення рівних можливостей для учасників приватного сектора.

Партнери з громадянського суспільства повинні відігравати значну роль шляхом активної участі в управлінні та моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я на всіх рівнях, включаючи національні агенції, а також заклади охорони здоров'я, такі як лікарні та центри первинної допомоги. Крім того, організації пацієнтів та інші партнери громадянського суспільства продовжують відігравати роль у різних платформах для інформування та впливу на політику охорони здоров'я й захисту інтересів громадян.

Роль приватного сектора також має зростати через надання експертизи, передового досвіду та ресурсів до системи охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню конкуренції та стимулюванню якості. Приватні надавачі послуг повинні заповнювати прогалини в послугах, де державні можливості є недостатніми, повинні далі розширювати пропозиції щодо добровільного медичного страхування, а державно-приватне партнерство має бути досліджено, щоб стимулювати приватні інвестиції в сектор охорони здоров'я. Для забезпечення успішного залучення приватного сектора уряд має забезпечити надійну комплексну нормативну-правову

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

базу, яка забезпечуватиме захист суспільних інтересів та цінностей, особливо принципів рівності в доступі до послуг, і водночас зменшуватиме перешкоди для участі приватних надавачів у наданні медичних послуг та державно-приватному партнерстві.

Окремого фокусу уваги потребує розвиток моделі державно-приватного партнерства в електронній системі охорони здоров'я, що має дворівневу модель та складається з компонентів, між якими забезпечено автоматизований обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API), а саме: державного центрального компонента (центральної бази даних) та периферійного компонента (інформаційно-комунікаційних систем, що дають змогу автоматизувати процеси у сфері охорони здоров'я, забезпечують передачу даних до центральної бази даних, а також накопичення та обробку на периферійному рівні (регіональному й місцевому) у надавачів медичних послуг даних, які не передаються до центральної бази даних). У зв'язку з цим питання стратегічного планування розвитку електронної системи охорони здоров'я потребує моделі управління в розрізі міжвідомчої взаємодії структур у сфері управління МОЗ, утворення консультативно-дорадчих органів з представників громадянського суспільства й бізнесу, з одного боку, та постійного і якісного моніторингу роботи приватних інформаційно-комунікаційних систем із іншого.

Також сфера охорони здоров'я є одним із найкритичніших джерел даних в країні, що яскраво продемонстровано пандемією та фокусом на дані щодо вакцинації проти COVID-19. Кількість взаємодій зовнішніх відомств у проектах, що стосуються електронної системи охорони здоров'я, суттєво зростає, а транзакційність даних щодо деяких із них (як, наприклад, електронний лікарняний чи COVID-сертифікат) сягає десятків мільйонів на рік. Відповідно, процедури міжвідомчої взаємодії потребують удосконалення.

Пандемія COVID-19 матиме тривалий вплив, посилюючи роль електронних комунікацій у повсякденній роботі, що підвищує вразливість персональних даних. Це вимагає забезпечення належного рівня їхньої безпеки та впровадження додаткових механізмів і заходів для захисту всіх інформаційних ресурсів та систем в охороні здоров'я.

Варто зазначити, що вектори й підходи в розвитку електронної охорони здоров'я напряму залежать від загальних політик щодо цифровізації, цифрового розвитку та інновацій і технологій, що визначає та впроваджує Мінцифри в розрізі національної та транснаціональної інтероперабельності, кіберзахисту, відкритих даних тощо. Тому МОЗ повинне тісно синхронізуватись та взаємодіяти з Мінцифри та іншими відомствами, як інституція, що відповідає за розвиток однієї з найбільш масштабних електронних систем в Україні.

За стратегічною ціллю «Прозорість і результати системи охорони здоров'я покращилися завдяки взаємодії та нагляду всього суспільства» визначено такі ключові завдання:

- Забезпечити залучення громадянського суспільства до розробки політики й управління у сфері охорони здоров'я.

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- Забезпечити залучення приватного сектора як повноправного учасника системи охорони здоров'я.
- Визначити й розробити нормативно-правову базу для ефективної моделі державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я.
- Забезпечити здійснення стратегічного планування розвитку електронної охорони здоров'я та електронної системи охорони здоров'я, зокрема із залученням бізнес-спільноти, міжнародних організацій, експертного середовища та громадянського суспільства.
- Розробити стабільні та прогнозовані модель і політики управління двокомпонентною моделлю електронної системи охорони здоров'я включно з інструментами двостороннього контролю стабільності та якості роботи електронних сервісів.

Управління в системі охорони здоров'я та прийняття рішень здійснюється в інтересах і відповідно до потреб населення на основі доказової бази та використання найкращих практик

Швидке поліпшення системи охорони здоров'я неможливе без розробки політик та прийняття рішень, заснованих на фактичних даних та науково-доказових принципах. Сприяння прозорості та підзвітності у прийнятті рішень у галузі охорони здоров'я зміцнить довіру суспільства та знизить опір змінам.

Генерування важливих даних, які використовуватимуться для ухвалення рішень, має бути досягнуто за рахунок розвитку інформаційно-комунікаційних систем у сфері охорони здоров'я. Електронна охорона здоров'я в Україні почала успішно розвиватися. Її подальший розвиток зокрема має бути продовжений за рахунок підвищення якості даних, а також забезпечення їхньої безпеки та конфіденційності. Реагуючи на прогалини та виклики, виявлені під час реагування на пандемію COVID-19, зміцнення системи епіднагляду за громадським здоров'ям має вирішальне значення для підготовки країни до майбутніх надзвичайних ситуацій. Скорочення обсягу паперових даних поряд з інтеграцією та функціональною сумісністю ключових інформаційно-комунікаційних систем і реєстрів має бути забезпечене для підвищення якості даних та отримання їх у реальному часі для ефективного реагування. Поліпшення аналітики даних та впровадження інноваційних рішень, зокрема в частині підтримки клінічних рішень, персоналізованої медицини, телемедицини, систем для обробки великих даних, штучного інтелекту, інтеграція до світового медичного інформаційного простору сприятимуть подальшому розвитку та реагуванню на сучасні виклики.

Одним із ключових принципів розвитку даних сфери охорони здоров'я є пріоритет цифрової форми. При проектуванні нових процесів та сервісів у системі охорони здоров'я слід переосмислювати існуючу роботу з даними й інформацією та виходити не від наявних паперових форм медичної звітності, а від переліку даних, які потрібні для подальшого ухвалення рішень або автоматизованої роботи цифрових компонентів.

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Формування підґрунтя для ухвалення рішень на основі даних повинно бути наскрізним для всієї сфери охорони здоров'я. Це перший крок до накопичення інформації про здоров'я людини, роботу закладів охорони здоров'я та спеціалістів, забезпечення аналітичних потреб громадського здоров'я тощо.

Створення якісних даних у системі охорони здоров'я — це лише частина рішення. Аналіз даних та дослідження необхідні для перетворення цих даних на доказову базу для ухвалення рішень. Трансформація підходу до науки в охороні здоров'я та впровадження сучасних дослідницьких і аналітичних методів має бути досягнута за рахунок оновленого підходу до розроблення програм та фінансування медичної науки та досліджень у галузі охорони здоров'я.

Єдиний медичний інформаційний простір сприяє можливостям у побудові автоматизованих даних для розробки політик, оптимізації мережі закладів, оцінки якості послуг, запобігання поширенню критичних захворювань тощо. Це буде забезпечено накопиченням великої кількості даних та їх аналітичною обробкою, з використанням технологій Big Data.

Накопичення медичних даних в електронній системі охорони здоров'я має бути об'єднаним із іншими інформаційно-комунікаційними системами як у державному, так і в приватному секторах. Також слід зауважити, що тільки нормалізація та категоризація накопичених даних у певній структурі створює можливості для використання технологій Big Data, а також надання доступу до знеособлених даних. Збір та обмін даними залежатиме від прийняття та впровадження ключових семантичних, синтаксичних та технічних стандартів, вимоги мають бути узгоджені з рекомендаціями ЄС та ВООЗ.

Водночас збільшення кіберзагроз та стрімке зростання частоти кібератак, включно з удосконаленням інструментів їх реалізації, викликає необхідність зміни стратегії та тактики протидії їм. Набуває важливості питання якнайшвидшого виявлення потенційних вразливостей активних кібератак, реагування на поширення інформації про загрози та вразливості, комунікації про виявлені проблеми іншим інституціям, щоб мінімізувати можливу шкоду. Це вимагає створення в МОЗ та всіх інституціях, відповідальних за розвиток критичної інформаційної інфраструктури, груп реагування на кіберінциденти (CIRT) та оснащення цих груп усіма необхідними інструментами.

За стратегічною ціллю «Управління в системі ОЗ та прийняття рішень здійснюється в інтересах і відповідно до потреб населення на основі доказової бази та використання найкращих практик» визначено такі ключові завдання:

- Забезпечити використання даних електронної системи охорони здоров'я для ухвалення управлінських рішень у системі охорони здоров'я та громадського здоров'я зокрема, у тому числі з використанням підходів Big Data та технологій штучного інтелекту.
- Забезпечити механізми збору всіх медичних та операційних даних, що генеруються під час надання послуг у сфері охорони здоров'я, а також важливої інформації щодо життєдіяльності громадян.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- Продовжити гармонійну розбудову дворівневої моделі електронної системи охорони здоров'я та прискорити перехід усіх надавачів медичних послуг на електронні медичні записи.
- Забезпечити зміну моделі даних та перехід від паперових облікових форм медичної документації до структурованих електронних медичних записів.
- Впровадити інтегровану електронну медичну картку, що становить систематизований та стандартизований перелік медичних записів пацієнта в електронному вигляді, що можуть бути створені в різних закладах охорони здоров'я, або посилання на записи, що можуть зберігатися в інших інформаційно-комунікаційних системах.
- Впровадити інструменти моніторингу якості даних, протоколи і стандарти обміну інформацією у сфері охорони здоров'я, єдині термінологічні словники та класифікатори.
- Розробити нову модель розроблення програм та фінансування науки й досліджень у системі охорони здоров'я.
- Створити в кожній організації незалежні структурні підрозділи для запровадження та підтримки функціонування програм та платформ, необхідних для пошуку вразливостей у системах, програмах, реєстрах ЕСОЗ, а також проведення постійного моніторингу кіберзагроз в умовах їх стрімкого розвитку.
- Забезпечити розвиток, інвестиційну привабливість ринку та середовища електронної охорони здоров'я.
- Сформувати єдиний медичний інформаційний простір та забезпечити інтегрованість, інтегрованість і гармонійний взаємозв'язок із суміжними сферами, а також забезпечити інтеграцію до світового медичного інформаційного простору.
- Забезпечити неперервність та сталість політики безпеки й захисту інформації та персональних даних в електронній охороні здоров'я, у тому числі з урахуванням вимог українського законодавства та міжнародних стандартів і вимог у цій сфері.
- Запровадити функціонування програм і платформ, необхідних для пошуку вразливостей у системах, програмах, реєстрах електронної охорони здоров'я, а також проведення постійного моніторингу кіберзагроз в умовах їх стрімкого розвитку.

Створення системи ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд

За останні роки керівництво та менеджмент медичних установ зазнали суттєвих змін. Медичні установи були автономізовані, і власники медичних установ у формі

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

місцевих та обласних рад узяли на себе функції управління лікарнями й надавачами медичних послуг. Попри те, що автономізація призвела до появи нових принципів управління медичними установами, модель управління має бути покращена, щоб забезпечити адекватні стандарти прозорості та підзвітності. Зокрема, мають бути створені дієві наглядові ради медичних закладів, які, крім представників власників ЗОЗ, повинні включати представників місцевої громади, спільноти пацієнтів, приватного сектора, включаючи місцевий бізнес, та інші зацікавлені сторони. Це забезпечить адекватний суспільний нагляд та реалізацію принципів належного врядування з акцентом на прозоре прийняття рішень та громадську підзвітність.

Також необхідно формування інтегрованої мережі закладів та розроблення дієвих механізмів управління госпітальними округами для забезпечення раціонального використання коштів, високої якості та покращеного доступу пацієнтів до послуг у сфері охорони здоров'я.

Важливим фактором для стимулювання розвитку медичних закладів є системи ліцензування та акредитації. Потрібно вдосконалити модель ліцензування та розглянути можливість створення механізму акредитації ЗОЗ для стимулювання поліпшення якості та розвитку медичних закладів.

Одним із найкращих інструментів громадської підзвітності та нагляду є можливість верифікації даних і результатів роботи структур сфери охорони здоров'я. Тому інструменти електронної охорони здоров'я повинні забезпечити формування публічних систем звітності для громадськості, у тому числі сформувати інструменти публічного доступу до знеособлених агрегованих великих даних, операційних даних у форматі Open Data.

За стратегічною ціллю «Створення системи ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд» визначено такі ключові завдання:

- Удосконалити та нормативно врегулювати критерії й механізми ліцензування, а також розробити концепцію акредитації закладів охорони здоров'я.
- Визначити критерії для моніторингу та контролю медичних закладів, включаючи акредитаційні критерії, індикатори ефективності, якості, тощо.
- Розробити правила для наглядових рад надавачів медичних послуг на основі принципів належного управління.
- Забезпечити підтримку участі організацій пацієнтів, місцевої спільноти і приватного сектора в управлінні медичними установами та здатність вимірювати вплив ініціатив.
- Забезпечити повноцінну інформатизацію закладів охорони здоров'я.
- Створити електронні сервіси публічної звітності для реалізації можливості громадського та пацієнтського контролю за доступністю та якістю надання медичних послуг.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- Запровадити етику використання технологій штучного інтелекту та інструментів на основі даних у клінічній допомозі, нагляді за громадським здоров'ям.
- Розробити механізми управління госпітальними округами та формування ефективної мережі закладів.

Запровадити систему професійного самоврядування працівників у сфері охорони здоров'я

Самоврядування професій сфери охорони здоров'я є важливим елементом належного функціонування системи охорони здоров'я. Найбільш поширеною формою самоврядування є професійні асоціації, які є професійними керівними органами для лікарів, медсестер та інших фахівців у галузі охорони здоров'я. Функції та обов'язки цих асоціацій мають приносити користь окремим фахівцям, професії загалом та суспільству в цілому. Професійні асоціації мають відігравати активну роль у кадровій політиці, у тому числі оцінці потреб, управлінні якістю освіти, забезпеченні умов для реалізації БПР для лікарів та медсестер, а також забезпеченні захисту професійної відповідальності медичних працівників. Також є важливими роль та участь професійних асоціацій у розробці політики у системі охорони здоров'я, зокрема в розробці ПМГ, програм громадського здоров'я, а також у розробці та впровадженні стандартів у сфері охорони здоров'я. Для виконання цих функцій професійні асоціації повинні керуватися принципами професійної незалежності, відкритості, прозорості фінансування та звітності, впроваджувати прозорі принципи управління, включаючи ротацію керівництва та відсутність конфлікту інтересів.

Незважаючи на те, що в Україні налічується значна кількість професійних асоціацій працівників сфери охорони здоров'я, існує потреба у прийнятті належної нормативної бази та стимулюванні інституційного розвитку професійних асоціацій як органів врядування, створення надійної моделі їх функціонування та виконання своєї ролі у сфері охорони здоров'я.

За стратегічною ціллю «Запровадити систему професійного самоврядування працівників у сфері ОЗ» визначено такі ключові завдання:

- Прийняти закон та відповідну нормативно-правову базу, яка регулює професійні асоціації в секторі охорони здоров'я.
- Підтримувати виконання функцій, визначених для професійних асоціацій охорони здоров'я.

5.2 Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Здоров'я людей покращується завдяки впровадженню ефективної інтегрованої моделі, яка забезпечує збалансоване, науково обґрунтоване, безперервне надання якісних і безпечних послуг

Універсальне охоплення послугами у сфері охорони здоров'я передбачає, що всі люди мають доступ до необхідних медичних послуг, коли вони їх потребують, без фінансових, гендерних, соціальних, географічних або інших бар'єрів. Це охоплення має включати повний спектр основних медичних послуг, від зміцнення здоров'я до профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги.

Для забезпечення такого універсального покриття послугами необхідно трансформувати систему надання медичних послуг, що базується на роз'єднаних автономних надавачах, які здійснюють епізодичне лікування пацієнтів при гострих захворюваннях. Нова інтегрована модель послуг ОЗ передбачає: комплексне надання високоякісних послуг протягом усього життя людини; планування послуг з урахуванням багатоаспектних громадських та індивідуальних потреб; надання послуг за допомогою злагодженої та скоординованої роботи колективів надавачів, що діють у різних умовах і на різних рівнях системи ОЗ; ефективне управління з метою досягнення оптимального результату й належне використання ресурсів на основі найкращих наявних фактичних даних; забезпечення зворотного зв'язку для безперервного поліпшення показників діяльності та усунення початкових причин порушень здоров'я. Для забезпечення інтеграції послуги будуть об'єднуватися з використанням різних способів: послуги в лікарнях та догляд на рівні громади; ПМД та СМД; інтенсивне лікування, реабілітація та довготривалий догляд; фізичні та психічні аспекти здоров'я; медична та соціальна допомога.

Це здійснюється шляхом створення сильної та ефективною ПМД, яка є першим щаблем у контакті між окремою людиною, родиною, громадою й національною системою охорони здоров'я. ПМД має забезпечувати системне і своєчасне виявлення потреб людей у забезпеченні здоров'я; доступні і прийнятні послуги для пацієнтів; справедливий розподіл ресурсів системи охорони здоров'я; інтегроване й скоординоване надання комплексних профілактичних, лікувальних, реабілітаційних та паліативних послуг на принципах мультидисциплінарності та командної роботи в інтересах пацієнта; раціональне використання технологій і ресурсів наступних ланок охорони здоров'я. Електронні направлення та електронні медичні картки мають стати важливими інструментами інтеграції між надавачами медичних послуг, що забезпечують горизонтальну та вертикальну взаємодію на різних рівнях надання медичної допомоги.

Оптимізація й посилення спроможності госпітального сектора має відбуватися на основі затверджених планів розвитку госпітальних мереж. Плани мають враховувати кількість і щільність населення та його потреби в охороні здоров'я на визначених територіях охоплення, транспортні умови, передбачати регіоналізацію та рівні складності послуг, інтеграцію різних послуг в умовах багатопрофільних лікарень, диференціацію між інтенсивним лікуванням і доглядом, наступність і координацію допомоги, обмін інформацією та спільні реєстри. Прозорі й засновані на чітких критеріях процеси перегляду та вдосконалення планів розвитку госпітальних мереж здійснюватимуться на основі трирічних циклів, а використання

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

стандартизованих наборів показників діяльності лікарень забезпечуватиме керуваність досягнення запланованих результатів.

Розвиток ПМГ відбуватиметься в умовах єдиного медичного простору, коли всі надавачі послуг в охороні здоров'я та публічного і приватного секторів об'єднані однаковими регуляторними правилами й умовами функціонування, інформаційними та комунікаційними системами, доступом до ресурсів, можливостями до створення мереж і співпраці. Формування єдиного медичного простору передбачатиме інтеграцію медичних послуг і їх надавачів, координацію й управління регіональними мережами надавачів послуг в охороні здоров'я. НСЗУ виконуватиме функцію стратегічного закупівельника цих послуг задля забезпечення здоров'я населення.

Якість послуг в охороні здоров'я відображає ступінь того, наскільки ці послуги підвищують вірогідність бажаних наслідків для здоров'я окремої людини й суспільства в цілому та відповідають сучасним науковим знанням. Якість забезпечуватиметься системою управління на національному, регіональному та локальному рівнях і стане вимірюваною категорією. За цими вимірами охорона здоров'я в Україні має стати більш безпечною, результативною, своєчасною, економічно ефективною, справедливою та людиноцентричною. Для цього має бути створене відповідне середовище через удосконалення процесів реєстрації та ліцензування, зовнішнього оцінювання, клінічного управління, публічної звітності та порівняльного бенчмаркінгу, контракування на основі ефективності, навчання медичних працівників і систему наставництва. Попередження шкоди при отриманні медичної допомоги забезпечуватиметься через інспектування закладів охорони здоров'я, впровадження контрольних списків і протоколів безпеки, удосконалення системи реєстрації небажаних подій при отриманні медичної допомоги. Для поліпшення клінічної допомоги необхідне широке впровадження клінічних рекомендацій, стандартів, протоколів і клінічних маршрутів; створення в закладах груп якості, запровадження таких інструментів як клінічний аудит і цикли поліпшення якості. Також важливими елементами системи управління якістю має стати залучення та розширення можливостей пацієнтів і їх родин та громад брати участь у процесах створення, надання та покращення послуг охорони здоров'я, а також прагнути взяти під контроль усі аспекти власного здоров'я.

За стратегічною ціллю «Здоров'я людей покращується завдяки впровадженню ефективної інтегрованої моделі, яка забезпечує збалансоване, науково обґрунтоване, безперервне надання якісних і безпечних послуг» визначено такі ключові завдання:

- Посилити спроможність ПМД у вирішенні більшості проблем людей у питаннях їхнього здоров'я.
- Забезпечити пріоритет послуг профілактики й раннього виявлення на основі проактивного підходу.
- Привести мережу надавачів послуг охорони здоров'я у відповідність до потреб людей і наявних ресурсів.
- Створити єдиний медичний простір, у якому працюють єдині правила.

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- Забезпечити розвиток послуг із реабілітації й догляду за людиною та їх інтеграцію до всіх рівнів медичної допомоги.
- Забезпечити розвиток послуг довготривалого догляду та лікування (long-term care).
- Впровадити систему управління якістю в охороні здоров'я на національному, регіональному та локальному рівнях.
- Забезпечити доступність людей до якісних та безпечних послуг охорони здоров'я, складової якої є також доступні ефективні та безпечні лікарські засоби належної якості, до цифрових послуг охорони здоров'я з використанням телемедичних технологій.
- Використовувати інклюзивний підхід при розробці послуг охорони здоров'я, у тому числі електронних, з урахуванням потреб осіб з інвалідністю, порушеннями повсякденного функціонування та обмеженнями життєдіяльності.

Люди мають фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних та доступних послуг в ОЗ. Рівень платежів з кишені значно знизився, не обмежує попит і доступ до послуг, та не призводить до катастрофічних витрат у випадку хвороби

Важливим елементом досягнення цілі універсального охоплення послугами в охороні здоров'я є фінансовий захист пацієнтів. Громадяни не повинні зазнавати фінансових труднощів і злиднів та самостійно «дофінансовувати» систему з власної кишені у випадку хвороби. Необхідність формально або неформально оплачувати медичні послуги чи ліки в момент, коли людина потребує допомоги, створює ризики для її здоров'я та життя. Тому держава має гарантувати громадянам фінансовий захист і доступ до якісних послуг, та виконати таким чином свою частину зобов'язань зі збереження їхнього здоров'я. Метою розпочатої у 2017 році трансформації системи фінансування охорони здоров'я було створення чітких зрозумілих гарантій держави щодо медичної допомоги, кращого фінансового захисту для громадян у випадку хвороби, ефективного та справедливого розподілу публічних ресурсів, скорочення неформальних платежів, створення умов для зростання доходів медичних працівників, конкуренції на ринку медичних послуг та лікарських засобів, підвищення якості медичних послуг та взаємної відповідальності держави, громади, пацієнтів та лікарів. Уряд України продовжує імплементацію цієї реформи, спрямовуючи основні зусилля на зниження нерівності, підвищення справедливості, зменшення катастрофічних витрат з кишені пацієнта, зокрема під час стаціонарного лікування, витрат на лікарські засоби й паліативну допомогу. Триває перехід від постатейного кошторисного фінансування до фінансування за принципом «гроші ходять за пацієнтом» та розширення гарантованого пакету послуг.

Нинішня Програма медичних гарантій (ПМГ) є недофінансованою, тому мають місце випадки, коли надавач на власний розсуд нормує обсяг послуг, а пацієнт сплачує за

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

надану допомогу з власної кишені. Для подальшого впровадження ефективних змін у системі потрібно акумулювати достатньо коштів: збільшити державні витрати на охорону здоров'я відповідно до економічного зростання та збільшити загальнодержавні видатки, забезпечити виконання дорожньої карти податкової реформи. Проте збільшення тільки державних витрат не гарантує ефективного використання бюджетних коштів. Ефективності можна досягти за рахунок перерозподілу наявних ресурсів: раціоналізації госпітальної мережі і, відповідно, зниження надмірної залежності системи від дороговартісного стаціонарного лікування, посилення ролі ПМД, ефективної інтеграції різних рівнів надання послуг для профілактики неінфекційних захворювань та раннього втручання, переходу на нові сучасні методи фінансування та їх комбінації, стимулювання продуктивності (зокрема за рахунок скорочення кількості непотрібних госпіталізацій та часу перебування на ліжку), ефективності, якості та доступності послуг. Об'єднання (пулінг) бюджетів для перерозподілу ризиків у системі має продовжуватися: усі заклади охорони здоров'я повинні надавати допомогу в межах єдиної лікарняної мережі, за єдиними правилами відповідно до контрактів із єдиним національним закупівельником послуг. У єдину мережу мають бути інтегровані паралельні (відомчі) системи охорони здоров'я: зокрема, до національної політики та системи охорони здоров'я має бути приєднана пенітенціарна система ОЗ, контракти з НСЗУ мають отримати загальнонаціональні медичні заклади, що перебувають зараз у центральному підпорядкуванні МОЗ, НАМНУ та інших відомств. Наявність паралельних систем призводить до нерівності, конфлікту інтересів при відсутності розмежування функції замовника та надавача послуг, неефективного використання ресурсів в охороні здоров'я, дублювання послуг та відсутності стимулів до підвищення надавачами якості послуг. Також потрібно розглянути можливість перенесення відповідальності за сплату комунальних послуг надавачів з органів місцевого самоврядування в бюджет програми медичних гарантій, оскільки наявна система створює нерівність серед надавачів через різну фінансову спроможність їхніх власників та не завжди стимулює ефективне використання ресурсів.

Обмежені ресурси системи ОЗ витратимуться ефективно завдяки впровадженню стратегічних (активних) закупівель послуг через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) та запровадженню принципу субсидіарності, що забезпечує роботу системи охорони здоров'я на мінімально можливому рівні, але при цьому гарантує її якість. Цей підхід дозволить отримати «більше здоров'я за виділені гроші» шляхом справедливого розподілу ресурсів, підвищення ефективності послуг, скороченню непотрібних витрат, управлінню зростанням витрат та підвищенню якості медичної допомоги. Незважаючи на те, що кошти на гарантований пакет послуг акумулюються в єдиному національному фонді, система ще не утворила єдиного медичного простору медичних закладів. На початок 2021 року тільки 68% усіх державних витрат на охорону здоров'я були консолідовані в межах ПМГ. Тому роль НСЗУ як єдиного національного замовника послуг в ОЗ має бути посилена. Служба має діяти від імені громадян України та в інтересах кожного пацієнта, закупаючи послуги тільки в тих надавачів, які здатні забезпечити пацієнтам достатній рівень безпечності та якості послуг, виміряних за допомогою стандартизованих ключових показників ефективності та кількісних показників якості. Наразі укладення

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

договорів з НСЗУ не є обов'язковим, а надавачі можуть на власний розсуд обирати перелік пакетів послуг для контракування, віддаючи перевагу економічно вигіднішим комбінаціям. Така практика створює ризик неефективного використання коштів та географічної нерівності в доступі до медичних послуг. Для пом'якшення таких ризиків необхідно ввести практику укладення багаторічних комплексних договорів НСЗУ з надавачами. Це не тільки забезпечить рівний доступ пацієнтів до послуг у ПМГ, але й посилить стійкість та передбачуваність фінансування надавачів, а також створить умови для стратегічного планування капітальних інвестицій, зокрема в інфраструктуру й обладнання закладів.

Одним із базових принципів універсального охоплення є наявність гарантованого пакета медичних послуг. Навіть найбагатші країни не можуть гарантувати всі медичні послуги своїм громадянам безоплатно: потреби людей у послугах зазвичай перевищують ресурси, які наразі виділяються на фінансування охорони здоров'я. Тому виникає потреба в раціоналізації використання коштів та медичних послуг для досягнення стійкості системи. Гарантований пакет медичних послуг є інструментом прозорості раціоналізації в системі охорони здоров'я. Він допомагає зробити правила роботи системи зрозумілими і для лікарів, і для пацієнтів. В Україні гарантованим пакетом послуг є Програма медичних гарантій — законодавчо визначений перелік та обсяг медичних послуг і ліків, які держава гарантує пацієнту безоплатно. Для того, щоб НСЗУ закуповувала необхідні для збереження здоров'я людей якісні послуги та більш ефективно використовувала публічні кошти, розробка ПМГ має ґрунтуватися на потребах населення в галузі охорони здоров'я, процес регулярного перегляду ПМГ має бути послідовним, прозорим, заснованим на партисипативному підході, та ґрунтуватися на надійній методології (оскільки перегляд ПМГ охоплює різні елементи, починаючи від вибору послуг до встановлення тарифів та оцінювання впливу на бюджет). ПМГ переглядатиметься з використанням чітко встановлених прозорих критеріїв, зокрема на основі даних про надані послуги та епідеміологічних даних про рівень захворюваності, а також за допомогою встановлення чітких цілей та критеріїв визначення пріоритетів, використання економічної ефективності з огляду на важливість максимізації здоров'я населення при наявних ресурсах та використання даних про фактичні витрати для верифікації правильності визначення тарифів на послуги. При цьому критерії визначення послуг, включених до списку, не повинні посилювати соціальну ізоляцію та гендерну нерівність. Пакети медичних послуг мають бути більш деталізованими. А оскільки велика частина платежів з кишені пацієнтів йде на оплату лікарських засобів, потрібно приділити прицільну увагу оновленню та розширенню Національного переліку основних лікарських засобів та виробів медичного призначення, щоб забезпечити відповідність включених до нього ліків та медичних виробів сучасним клінічним рекомендаціям та економічній ефективності.

При виборі механізмів оплати буде використовуватися змішана система оплати, щоб збалансувати інтенсивність надання послуг та їхню економічну ефективність, а також стимулювати підвищення якості обслуговування. Механізми також повинні стимулювати інтеграцію догляду та бути сумісними із заявленими цілями політики. Перелік послуг, які оплачуються з прив'язкою до фактично наданих медичних послуг (з використанням інструменту діагностично споріднених груп) розширюватиметься

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

поступово, з адекватним періодом для адаптації, навчанням надавачів застосуванню кодів тощо. Використання діагностично споріднених груп у подальшому має стимулювати надавачів використовувати доказові (ефективні) методи лікування та раціонально використовувати наявні ресурси.

Щоб досягти високої якості медичних послуг та захистити пацієнта від сплати неформальних платежів і катастрофічних витрат, необхідно налагодити систему фактичного, клінічного та фінансового моніторингу.

Для певних видів послуг може використовуватися співоплата. Співоплата повинна бути ретельно продумана таким чином, щоб вона була обмеженою, простою, прозорою та захищала менш забезпечені домогосподарства від перешкод для доступу та фінансової скрути у випадку потреби послуг охорони здоров'я. Для цього буде розроблено максимально простий та лімітований механізм співоплати, чітко визначений та регульований державою.

Послуги, які не входять до гарантованого пакету, громадяни зможуть оплатити напряму або за допомогою добровільного медичного страхування. Створення сприятливих умов для розвитку добровільного медичного страхування (ДМС) та залучення інших офіційних джерел фінансування потенційно може з часом покращити фінансову ситуацію в системі охорони здоров'я та полегшити навантаження на бюджет. Може використовуватися як комплементарне (наприклад, для покриття співоплати), так і додаткове ДМС (наприклад, для вибору надавача або швидкого доступу до не ургентних послуг). Для всіх типів ДМС необхідне визначення чітких рамок, суворе регулювання та прозора платформа співпраці зі страховими компаніями.

Нових рішень щодо фінансування та закупівель потребують послуги, якість яких залежить від ефективної координації медичних та соціальних служб, зокрема інтегрованих послуг з довгострокового догляду, захисту дітей та підтримки психічного здоров'я. Закупівля таких послуг має координуватися між НСЗУ та децентралізованим замовленням соціальних послуг з боку органів місцевого самоврядування. Планування комплексних соціальних та медичних послуг слід впроваджувати на рівні громади, враховуючи необхідну близькість надання послуг до бенефіціарів та зважаючи на складні життєві обставини, які зазвичай супроводжують такі випадки.

Також важливим аспектом при формуванні політики фінансування є географічна рівність у доступі до послуг охорони здоров'я. Україна стикається з багатьма проблемами, що перешкоджають узгодженому розвитку людського потенціалу на її території: нерівномірний економічний розвиток, нерозвинена інфраструктура, воєнна агресія Російської Федерації на сході України, демографічні диспропорції та зміна клімату. Пріоритетна увага в імplementації має приділятися просторовій рівності в доступі до охорони здоров'я, у тому числі шляхом координації з реформою децентралізації та ініціативами регіонального розвитку, розширенню доступу за допомогою фінансування та впровадження нових технологій (наприклад, телемедицини).

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

За стратегічною ціллю «Люди мають фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних та доступних послуг в ОЗ. Рівень платежів з кишені значно знизився, не обмежує попит і доступ до послуг, та не призводить до катастрофічних витрат у випадку хвороби» визначено такі ключові завдання:

- Виконати зобов'язання з встановлення захищеного рівня державних видатків на охорону здоров'я, зафіксованого в ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в розмірі не менше ніж 5% ВВП України. А за умови економічного зростання збільшити державні витрати на охорону здоров'я понад захищений рівень.
- Продовжити строки щорічного збільшення акцизів на тютюнові вироби, розширити оподаткування алкогольних виробів, ввести акцизний податок на підсолоджені цукром напої.
- Продовжити об'єднання (пулінг) коштів із різних бюджетів для фінансування системи охорони здоров'я (зокрема: розпочати контрахтування через НСЗУ загальнонаціональних закладів охорони здоров'я, що наразі перебувають у центральному підпорядкуванні; включити до ПМГ комунальні витрати надавачів медичних послуг, які зараз оплачуються з місцевих бюджетів).
- Забезпечити стабільну ресурсну підтримку розвитку електронної охорони здоров'я, зокрема шляхом фінансування за рахунок бюджетних коштів, залучення міжнародної технічної допомоги, впровадження державно-приватного партнерства.
- Запровадити більш ефективне витрачання публічних ресурсів шляхом введення стратегічних (активних) закупівель послуг в ОЗ через Національну службу здоров'я України. НСЗУ має стати єдиним національним замовником послуг у сфері ОЗ і працювати для покращення здоров'я людей, захисту пацієнтів від катастрофічних витрат на охорону здоров'я, забезпечення справедливого розподілу ресурсів на найбільш результативні та необхідні послуги.
- Зробити більш чітким та прозорим політичний і технічний процес розробки, розширення та затвердження Програми медичних гарантій (включаючи розрахунок вартості та встановлення тарифів на послуги, що оплачуються НСЗУ) та переліку лікарських засобів і медичних виробів, що покриваються за рахунок державного бюджету.
- Розширити перелік послуг, які оплачуються НСЗУ з прив'язкою до фактично наданих медичних послуг, передбачивши чіткі строки перехідного періоду для надавачів медичних послуг для адаптації та мінімізації їхніх ризиків.
- Удосконалити методи оплати в рамках ПМГ, використовуючи змішану систему та запровадивши модель оплати за результати роботи.
- Оновити й розширити Національний перелік основних лікарських засобів та виробів медичного призначення, який покривається за рахунок державного бюджету для зниження рівня виплат з кишені пацієнтів на амбулаторному та госпітальному рівнях.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- Синхронізувати трансформацію системи фінансування з плануванням спроможної госпітальної мережі, яка базуватиметься на потребах пацієнтів та можливостях системи охорони здоров'я, зважаючи, з одного боку, на доступність, а з іншого — на безпеку пацієнтів в умовах низької кількості випадків та нестачі фахівців.
- Замінити річні та вибіркові контракти (коли надавачі самостійно обирають пакети послуг) на багаторічні комплексні договори НСЗУ з надавачами для забезпечення рівного доступу пацієнтів до послуг у ПМГ, стійкості та передбачуваності фінансування, а також для стратегічного планування капітальних інвестицій, зокрема в інфраструктуру й обладнання закладів.
- Запровадити систему фактичного, клінічного та фінансового моніторингу для забезпечення високого рівня якості медичних послуг та захисту пацієнтів від катастрофічних платежів.
- Розробити модель фінансування та закупівель інтегрованих послуг, які потребують координації медичних та соціальних служб, зокрема послуг з довгострокового догляду, захисту дітей та підтримки психічного здоров'я.
- Розробити чіткі правила та регуляції для розвитку ринку добровільного медичного страхування, включаючи компліментарне (співоплата) та додаткове ДМС для послуг, які не покриваються ПМГ, не загрожують життю, не пов'язані безпосередньо з клінічною якістю обслуговування, передбачивши регулювання для захисту споживачів, моніторинг ринку та чіткі межі пакетів.
- Забезпечити запровадження справедливого механізму співоплати медичних послуг та лікарських засобів, платних послуг та інші моделі фінансування без обмеження доступу до послуг, особливо для менш забезпечених домогосподарств.

Гарантовано фармацевтичну безпеку країни та безперервний доступ людей до сучасних, ефективних і безпечних лікарських засобів та медичних виробів

Одним із ключових викликів системи охорони здоров'я залишається недостатній рівень задоволення потреб населення в лікарських засобах та медичних виробих, що призводить до значних витрат домогосподарств під час лікування. Відповідь на цей виклик має бути комплексною та вимагає застосування сучасних наукових підходів до відбору лікарських засобів та медичних виробів, а також визначення пріоритетності станів та захворювань, на які держава витратиме ресурси шляхом розширення централізованих програм забезпечення населення лікарськими засобами та медичними виробами (ПМГ, централізовані закупівлі, освітні програми тощо).

Для підвищення економічної, географічної та психологічної доступності лікарських засобів та медичних виробів держава має узгодити між собою всі відповідні наявні програми та переліки. А також необхідно пересвідчитися в тому, що канали постачання життєво необхідних лікарських засобів однаково забезпечують пацієнтів, які лікуються у стаціонарних умовах або продовжують отримувати потрібну терапію амбулаторно, за рахунок програми реімбурсації. Такий підхід

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

допоможе досягати неперервності лікування, підвищити економічну обґрунтованість послуг, які надає НСЗУ, сприятиме покращенню показників стану здоров'я пацієнтів, а також підвищенню показника тривалості життя. Гармонізація політик забезпечення лікарськими засобами та встановлення чітких параметрів надання відповідної медичної продукції дозволять НСЗУ та МОЗ здійснювати контроль за якістю послуг, що гарантуються державою.

У багатьох країнах ЄС оцінювання медичних технологій (ОМТ) є важливим інструментом на шляху до досягнення Універсального охоплення послугами у сфері охорони здоров'я, оскільки даний інструмент допомагає уряду у процесі прийняття рішень щодо вибору медичних технологій, які фінансуються коштом держави. ОМТ — це інструмент, який може бути використаний для кількох цілей, включаючи визначення клінічно ефективних та економічно доцільних лікарських засобів, вакцин та інших медичних технологій, які застосовуватимуться НСЗУ, Центром громадського здоров'я (ЦГЗ) та МОЗ. Нині Україна перебуває на початковій стадії впровадження ОМТ, тому повинні бути ретельно визначені та розроблені роль і функції ОМТ, насамперед, підтримка НСЗУ у визначенні гарантованого пакету медичних послуг або державної програми реімбурсації. Рішення НСЗУ використовувати Перелік основних лікарських засобів як основу для своїх програм полегшує включення до ПМГ лікарських засобів, які проходять процес ОМТ. Для забезпечення незалежності та прозорості вибору лікарських засобів і технологій пропонується створити в Україні незалежну агенцію з оцінювання медичних технологій.

Пандемія COVID-19 мала вплив на глобальну систему охорони здоров'я та виявила її слабкі сторони, у тому числі ті, що стосуються процесів виробництва та розподілу лікарських засобів.

Таким чином, необхідне впровадження комплексних заходів та інструментів, спрямованих на недопущення дефіциту критично важливих лікарських засобів; освоєння та локалізацію нових технологій у сфері виробництва інноваційних ліків, включно з біотехнологічними, імунобіологічними препаратами; розширення доступу населення до новітніх ефективних лікарських засобів за передбачуваною та економічно обґрунтованою ціною для державного бюджету. При цьому обрані інструменти мають відповідати міжнародній практиці та не порушувати міжнародних угод і зобов'язань, узятих на себе Україною.

З метою забезпечення населення життєво необхідними лікарськими засобами необхідно посилити державно-приватне партнерство за рахунок встановлення принципів, які застосовуються Європейським Союзом, де Держава є сталим та передбачуваним партнером для фармацевтичної індустрії.

Такі ініціативи як Підписання Угоди АСАА, державне заохочення R&D, встановлення в Україні суворої регуляторної системи, сприятимуть локалізації виробництва лікарських засобів на території нашої держави та посилять фармацевтичну індустрію, що є частиною системи національної безпеки. Подальша гармонізація законодавства України та ЄС у сфері виробництва, обігу та дистрибуції лікарських засобів та прогнозована політика щодо забезпечення населення лікарськими

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

засобами сприятиме підвищенню інвестиційної привабливості фармацевтичного сектора України, що в свою чергу призведе до покращення фінансового та географічного доступу населення до лікарських засобів та медичних виробів.

За стратегічною ціллю «Гарантовано фармацевтичну безпеку країни та безперервний доступ людей до сучасних, ефективних і безпечних лікарських засобів та медичних виробів» визначено такі ключові завдання:

- Гармонізувати державні політики доступу до лікарських засобів та медичних виробів, у тому числі внаслідок розробки єдиної політики ціноутворення на лікарські засоби.
- Утворити незалежну агенцію з оцінювання медичних технологій у якості єдиного експертного органу, який забезпечує обґрунтованість та доказову базу відбору та оцінювання ефективності лікарських засобів, медичних виробів, а також розширення ПМГ.
- Стимулювати розвиток фармацевтичної галузі в Україні, з фокусом на стимулювання інвестицій в R&D, локалізацію та інші методи освоєння новітніх технологій виробництва лікарських засобів та медичних виробів, сприяння проведенню клінічних досліджень в Україні, посилення контролю за непорушенням прав інтелектуальної власності, повноцінне запровадження у національне законодавство принципу Болар та інших сучасних інструментів, спрямованих на посилення галузі.
- Забезпечити механізми екстреного доступу до лікарських засобів та медичних виробів, зокрема через долучення України до HTAi та інших наявних механізмів.
- Забезпечити гармонізацію регулювання виробництва, реєстрації та обігу лікарських засобів із законодавством ЄС з урахуванням вимог Угоди про асоціацію з ЄС та умов членства в міжнародних організаціях, включно з цифровізацією відповідних процедур.
- Забезпечити доступ населення до ефективних і безпечних лікарських засобів, шляхом встановлення в Україні суворої регуляторної системи, належним чином визнаної на міжнародному рівні.

5.3. Громадське здоров'я, готовність та реагування на НС

Забезпечено функціонування спроможної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення викликів для здоров'я та реагування на них

Здоров'я є однією з базових цінностей і основою якості життя людини, добробуту сім'ї, а також суспільства в цілому. Здорове суспільство є основою продуктивної та ефективної економіки та розвитку держави. Громадське здоров'я є напрямком, що спрямований на захист, збереження і зміцнення здоров'я людей та їх спільнот.

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Десять оперативних функцій громадського здоров'я ВООЗ є базовими орієнтирами в забезпеченні сталого функціонування й розвитку системи громадського здоров'я.

Забезпечити сталий розвиток суспільства і здоров'я нації неможливо без формування спроможної системи громадського здоров'я, що спрямована на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення та реагування на виклики для здоров'я.

Спроможність системи громадського здоров'я обумовлюється її здатністю ефективно, оперативно і вчасно ідентифікувати ризики для здоров'я населення, попереджувати їх виникнення та, у разі настання загроз, забезпечувати ефективне реагування з метою мінімізації та ліквідації наслідків. Надзвичайно важливим елементом спроможності системи є надійні експертні інституції. Якісно організована система управління між інституціями громадського здоров'я потребує функціонування на національному рівні головної експертної установи у сфері громадського здоров'я, уповноваженої на безпосередню реалізацію та координацію заходів у сфері громадського здоров'я з іншими інституціями в напрямках профілактики хвороб, промоції здоров'я, соціальної залученості й особливо в умовах надзвичайних ситуацій.

Безумовною складовою спроможності та сталості системи є чітко розподілені ролі й обов'язки між уповноваженими інституціями, забезпечення їх відповідними кадровими та фінансовими ресурсами, усунення фрагментарності та уникнення дублювання у виконанні функцій. Так, регіональна мережа центрів контролю та профілактики хвороб потребує особливої уваги щодо питань її структурного та професійного розвитку, консолідації ресурсів і гармонізації повноважень з метою забезпечення якісного управління в умовах національних програм громадського здоров'я та в інтересах потреб територіальних громад.

Створення та забезпечення функціонування систем епідеміологічного нагляду за станом та показниками здоров'я населення, моніторингу частоти виникнення та поширення захворювань, оцінювання показників здоров'я та факторів, що на нього впливають, є ключовими функціями для системи громадського здоров'я. Це є основою для об'єктивного оцінювання потреб у галузі охорони здоров'я, оцінювання впливу на здоров'я та планування надання відповідних профілактичних і медичних послуг населенню й окремим його групам. Формування інтегрованих, ефективних, стійких та захищених інформаційно-комунікаційних систем охорони здоров'я та даних про здоров'я є ключовими елементами системи громадського здоров'я та забезпечення їх стандартизації, міжнародної порівнянності та якості медичних даних. Ще одним ключовим елементом системи є лабораторії громадського здоров'я, що ефективно функціонують для забезпечення діяльності з епідеміологічного нагляду та заходів реагування.

Інвестиції в розвиток наукових досліджень (описових, аналітичних, експериментальних) у сфері громадського здоров'я створюють можливість для об'єктивного аналізу ситуації та обґрунтування розробки політик та програм ГЗ й організації надання послуг у сфері охорони здоров'я, зокрема на рівні первинної медичної допомоги.

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

За стратегічною ціллю «Забезпечено функціонування спроможної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення викликів для здоров'я та реагування на них» визначено такі ключові завдання:

- Забезпечити нормативно-правове регулювання актів законодавства щодо профілактики та контролю хвороб відповідно до актів ЄС.
- Забезпечити на національному рівні функціонування та належну організаційну, фінансову й кадрову спроможність Центру громадського здоров'я як головної експертної установи у сфері громадського здоров'я, що здійснює координацію мережі обласних центрів контролю та профілактики хвороб та виконує основні оперативні функції у сфері громадського здоров'я.
- Забезпечити мережу обласних центрів контролю та профілактики хвороб необхідними ресурсами у відповідності з потребами системи для виконання основних оперативних функцій громадського здоров'я.
- Забезпечити функціонування ефективної системи епіднагляду за станом і показниками здоров'я населення та здійснення моніторингу за факторами ризику, що на них впливають, шляхом посилення міжсекторальної співпраці за принципом «Єдиного здоров'я» й інтеграції послуг громадського здоров'я та первинної медичної допомоги, із використанням технологій Big Data.
- Забезпечити умовами лабораторну мережу, що відповідає стандартам біобезпеки та біозахисту відповідно до Посібника ВООЗ з лабораторної біобезпеки (4-те видання).
- Посилити спроможність лабораторної мережі своєчасно виявляти й верифікувати загрози та небезпеки для здоров'я населення і повідомляти про них.
- Забезпечити планування оперативних та наукових досліджень, що здійснюються для підтримки виконання функцій ГЗ та прийняття рішень, зводячи до мінімуму дослідження подвійного використання.
- Забезпечити планування та реалізацію програм громадського здоров'я, що мають розроблятися на основі фактичних даних щодо статусу здоров'я та функціонування населення, тягаря захворювань, та що спрямовані на детермінанти здоров'я, усунення нерівностей відносно здоров'я.
- Забезпечити належне фінансування програм з громадського здоров'я, розподіл фінансових ресурсів відповідно до виявлених пріоритетів для кожної області, моніторинг використання бюджету(ів) відповідно до встановлених показників ефективності.

Створюються безпечні умови й середовище життєдіяльності, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я

Безпечні громади, де забезпечено підтримку, інклюзивність і створено соціальні та

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

фізичні умови для різних груп населення (осіб з інвалідністю, осіб похилого віку, вагітних та осіб з дітьми тощо), які сприяють фізичному, психологічному й соціальному здоров'ю та добробуту, є вкрай необхідною умовою для досягнення покращення показників здоров'я, функціонування та збільшення тривалості життя. Розробка й реалізація відповідних програм і політик у сфері громадського здоров'я, що мають впливати на детермінанти здоров'я, необхідно проводити шляхом мобілізації інших секторів з метою інтеграції питань здоров'я в усі політики.

Робота з профілактики захворювань, зміцнення здоров'я, підвищення рівня обізнаності щодо здоров'я та підвищення рівня добробуту потребують наявності програм, які демонструють цілеспрямовані дії у сфері громадського здоров'я, що ґрунтуються на принципі охоплення всіх етапів життя, спрямовані на роботу з детермінантами здоров'я, включаючи вплив таких чинників як гендерна нерівність, насильство, несправедливість і бідність.

Процес зміцнення здоров'я впливає на детермінанти як інфекційних, так і неінфекційних захворювань і має включати види діяльності, що спрямовані на сприяння зміні способу життя, звичок і умов довкілля з метою розвитку «культури здоров'я» серед індивідів і спільнот. Це може бути досягнуто шляхом освітньої діяльності, соціальної комунікації, міжсекторального партнерства, впровадження моделей допомоги, що сприяють зміцненню здоров'я, а також промоції здоров'я та комунікації з питань ризиків.

Способи досягнення цього стратегічного завдання включають заходи як на рівні населення, так і на рівні громади, спрямовані на створення умов, що сприяють зміцненню здоров'я та охоплюють усе населення, у тому числі й групи з підвищеним ризиком негативних наслідків для здоров'я. Зокрема, ці заходи мають бути спрямовані на вирішення таких питань як безпека харчових продуктів, профілактика травматизму, гігієна праці, питання довкілля та адаптація до змін клімату. Також, у подоланні ключових факторів ризику, що спричиняють високий тягар захворювань, є ефективними інтервенції, спрямовані на сприяння здоровому харчуванню та фізичній активності, профілактиці надмірної ваги та ожиріння, а також попередженню поширення поведінкових факторів ризику, таких як зловживання алкоголем та тютюнопаління, надмірного вживання солі, цукру, трансжирів.

Лідерство на державному, обласному й місцевому рівнях, а також міжсекторальна співпраця є необхідними елементами у просуванні інтересів здоров'я і сприяння соціальному, екологічному й економічному благополуччю.

За стратегічною ціллю «Створюються безпечні умови й середовище життєдіяльності, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я» визначено такі ключові завдання:

- Застосовувати комплексний мультисекторальний та інтегрований з первинною медичною допомогою підходи у вирішенні питань, пов'язаних із соціальними детермінантами здоров'я на різних етапах усього життя людини для сприяння справедливості в питанні здоров'я.
- Здійснити комплексні заходи, спрямовані на екологічні детермінанти здоров'я, включаючи зміни клімату, з метою створення безпечного, здорового середовища життєдіяльності людини.

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- Забезпечити заходи щодо подолання ключових факторів ризику, що спричиняють високий тягар захворювань, у тому числі шляхом посилення впровадження найкращих практик («best-buys») щодо протидії неінфекційним хворобам і зміцнення психічного здоров'я та благополуччя.
- Створити умови для систем харчування, які сприяють рівноправному доступу до безпечних, здорових та екологічно чистих продуктів харчування протягом усього життя.
- Забезпечити поширення сприятливої інклюзивності й безпеки життєстійкості та екологічної стійкості міст та інших населених пунктів.

Забезпечено захист здоров'я населення шляхом попередження виникнення, раннього виявлення та ефективного реагування на надзвичайні ситуації

Нинішня ситуація, пов'язана з пандемією COVID-19, триваючою воєнною агресією Російської Федерації на Сході України, а також потенційними загрозами, пов'язаними з іншими ризиками, такими як нові інфекційні захворювання з високим пандемічним потенціалом, ризику, пов'язані зі стихійними лихами, змінами клімату, міграцією, хімічними або радіо-ядерними інцидентами, потребують посилення спроможностей системи громадського здоров'я щодо готовності до надзвичайних ситуацій, управління ризиками з метою захисту здоров'я населення, протидії поширенню загроз за межі території держави, а також вжиття заходів щодо протидії диференційному та гендерному впливу надзвичайних ситуацій і їх наслідків на жінок і дівчат та вразливі групи населення.

Відповідно до Міжнародних правил охорони здоров'я (2005 р.), Україна взяла на себе зобов'язання розвивати, зміцнювати та підтримувати національний потенціал, необхідний для нагляду, верифікації та реагування на гострі події громадського здоров'я, які можуть загрожувати здоров'ю населення в усьому світі.

Безперечними елементами для досягнення цієї цілі мають бути наявні функціональні багатосекторальні плани дій щодо готовності до надзвичайних ситуацій та управління ризиками на основі ситуаційного аналізу; інтегровані системи моніторингу, збору даних та раннього повідомлення про ризики й загрози; спроможні лабораторії, що відповідають міжнародним стандартам біобезпеки й біозахисту; підготовлені кадри в охороні здоров'я (як фахівці громадського здоров'я, так і надавачі медичної допомоги); безпечні лікарні, що спроможні витримувати навантаження; готовність у пунктах в'їзду. Також необхідно забезпечити адекватний контроль за захворюваннями, що передаються через харчові продукти та від тварин, із застосуванням підходу «Єдине здоров'я».

В умовах активної мобільності людей, урбанізації та змін клімату навіть відомі загрози, незважаючи на контрзаходи, все ще спричиняють спалахи, що мають значний вплив на здоров'я населення. Заходи щодо попередження та контролю виникнення й розповсюдження особливо небезпечних інфекцій потребують особливої уваги та посилення програм готовності. Зокрема критично важливо забезпечити готовність до пандемічного грипу, респіраторних патогенів, включаючи

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

COVID-19 та інші коронавіруси, а також посилити заходи протидії протимікробній резистентності та іншим загрозам здоров'ю населення та безпеці країни.

За стратегічною ціллю «Забезпечено захист здоров'я населення шляхом попередження виникнення, раннього виявлення та ефективного реагування на надзвичайні ситуації» визначено такі ключові завдання:

- Забезпечити ефективну координацію між Центром громадського здоров'я та регіональними центрами контролю та профілактики хвороб з метою раннього виявлення й реагування на загрози здоров'ю, а також налагодити міжсекторальну координацію за принципом «Єдине здоров'я» та узгодження й інтеграцію планів дій, які сприяють захисту здоров'я, а також заходів реагування на НС.
- Створити операційний інформаційний механізм раннього оповіщення про ризики та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, інтегрований з іншими структурами, залученими до реагування на надзвичайні ситуації, та міжнародними системами операційного оповіщення (ВООЗ, ЄС та інші).
- Забезпечити наявність та ефективне функціонування ключових елементів системи з готовності та реагування на надзвичайні ситуації відповідно до Міжнародних медико-санітарних правил.
- Визначити перелік пріоритетних інфекційних хвороб для потреб епідеміологічного нагляду.
- Впровадити стратегії профілактики пріоритетних хвороб з пандемічним/ епідемічним потенціалом та запровадити заходи зі зниження виникнення ризику появи патогенів із високим ступенем небезпеки.
- Забезпечити безперервний доступ до основних медичних послуг в умовах виникнення надзвичайних ситуацій.
- Забезпечити функціонування механізму активації оперативного фінансування, заходів з попередження виникнення та подолання наслідків надзвичайних ситуацій.
- Забезпечити систематичний огляд, аналіз, оцінювання спроможності системи до готовності й реагування на надзвичайні ситуації та потенціалу управління ризиками стихійних лих, у тому числі шляхом комплексного оцінювання ризиків, безперервного навчання та симуляційних вправ різного масштабу з подальшим корегуванням відповідних планів дій на випадок надзвичайних ситуацій.
- Забезпечити ефективну та якісну кризову комунікацію з урахуванням даних поведінкових досліджень, у тому числі нетаргетованих оповіщень громадян або їх груп щодо подій у сфері громадського здоров'я.
- Створення інформаційно-аналітичних інструментів з прогнозування та моделювання розвитку надзвичайних ситуацій

5.4. Залученість людей та громад

Сприяти підвищенню рівня відповідальності людей щодо власного здоров'я та права прийняття клінічних рішень

Прийняття відповідальності за власне здоров'я та благополуччя є запорукою для досягнення кращих результатів для здоров'я населення.

Відповідальність кожного отримувача послуг охорони здоров'я починається з обізнаності та розуміння індивідуальних питань і ризиків для свого здоров'я. Розуміння свого стану та ризиків допомагає людині прийняти інформоване, усвідомлене рішення щодо свого способу життя в цілому, знань, ставлень та звичок, які сприятимуть збереженню здоров'я. Однак не всі люди однаково аналізують дані про здоров'я. Цифрова грамотність щодо здоров'я означає здатність людини отримувати, розуміти та застосовувати основну інформацію про здоров'я та послуги, необхідні для ухвалення ефективних персональних рішень щодо здоров'я. Низький рівень цифрової медичної грамотності часто призводить до недостатньої інформованості та впливає на правильність ухвалення рішень щодо здоров'я.

Другий рівень відповідальності людини — це прийняття усвідомлених рішень щодо медичних втручань. У випадку хвороби людина обирає лікаря для обговорення та вирішення своїх проблем та станів здоров'я, та відповідає за власне рішення щодо методу лікування, яке вона прийняла за підтримки свого лікаря.

Інформовані рішення щодо власного здоров'я відповідальний отримувач медичних послуг втілює в дії. Знаючи індивідуальні ризики для свого здоров'я, важливо проходити регулярні огляди та вживати профілактичних заходів, які були рекомендовані лікарем. У випадку появи ознак хвороби людина має своєчасно звернутися до лікаря, щоб отримати відповідне обстеження та призначення. Дотримання режиму лікування, яке було обране спільно з лікарем, є запорукою успішного одужання.

Оновлена система охорони здоров'я має забезпечити організаційні, правові, інформаційні, цифрові та інші умови для формування та підвищення індивідуальних знань та відповідальності людей щодо власного здоров'я. Система повинна забезпечувати можливість отримання знань та поінформованість людей у питаннях здоров'я починаючи з раннього віку за допомогою освітніх програм, а також забезпечувати надання достовірної та зрозумілої інформації, що базується на доказах, для участі людини у прийнятті особистих клінічних рішень.

Під час пандемії COVID-19 надзвичайно загострилося питання комунікації з населенням та надання якісної, достовірної інформації, що базується на фактах і доказах. Інфодемія, неправдива або оманлива інформація в цифровому та фізичному середовищі під час спалаху захворювання, стала викликом для ефективної боротьби з пандемією. Управління інфодемією має стати пріоритетним заходом у протидії пандемії з метою зменшення її впливу на поведінку громадян під час надзвичайних ситуацій.

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

За стратегічною ціллю «Сприяти підвищенню рівня відповідальності людей щодо власного здоров'я та права прийняття клінічних рішень» визначено такі ключові завдання:

- Розробити та впровадити програми для підвищення знань населення в питаннях здоров'я.
- Внести питання здоров'я до шкільних та інших освітніх програм.
- Забезпечити розвиток цифрових компетентностей медичних працівників та інших користувачів електронних інструментів в охороні здоров'я, а також розвиток інформаційної культури, цифрової грамотності (цифрової освіченості), кібербезпеки й кібергігієни медичних працівників і пацієнтів.
- Ввести стандарти «простої/зрозумілої мови» для всієї інформації, що стосується здоров'я людини та отримання медичних послуг.
- Запровадити у практику надання медичної допомоги модель спільного прийняття клінічних рішень.
- Удосконалити процедури уповноваження отримувачами медичних послуг та поширення поняття «довіреніх осіб» для прийняття клінічних рішень (медична довіреність).
- Забезпечити доступ пацієнта до управління власними медичними даними, а також інформацією про доступні та надані послуги.
- Створити платформи для громадян із можливістю створювати спільноти взаємодії за спільними ознаками здоров'я, взаємодопомоги та обмінюватись інформацією між собою.
- Запровадити систематичні аналітичні дослідження поведінки населення та обізнаності щодо здоров'я з метою отримання доказових даних для прийняття управлінських рішень, у тому числі у протидії інфодемії.

Створити умови для повноцінної участі людей та громад для спільного планування та організації надання медичних послуг

Для забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я відповідно до потреб людей мають бути запроваджені філософія, принципи та інструменти людиноорієнтованого підходу. Спільно вироблені послуги охорони здоров'я найбільше відповідають потребам людей та громад, адже вони залучаються до процесу планування, організації, надання та моніторингу якості послуг.

Спільно вироблені послуги охорони здоров'я передбачають взаємне та рівноправне партнерство між надавачами та отримувачами медичної допомоги, насамперед, пацієнтами, їхніми сім'ями та членами місцевої громади. Спільне вироблення послуг охорони здоров'я базується на культурі відкритості та щирості. Спількування між учасниками спільного вироблення медичних послуг має використовувати мову, яка є

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

зрозумілою та доступною для всіх. Надавачі й отримувачі послуги мають ставитися одні до одних з повагою, визнавати знання, досвід та вклад.

Взаємодія між отримувачем медичних послуг та медичним працівником відбувається в різних форматах, що передбачають різний рівень залучення та відповідальності людини. Початковий рівень взаємодії включає просту участь та інформування пацієнта медичним працівником, проміжний рівень передбачає залучення людей для консультації та врахування їхньої думки, найвищий рівень взаємодії полягає в партнерстві отримувача та громади у спільній розробці та наданні медичних послуг. Завдяки рівноправному партнерству між працівниками сфери охорони здоров'я, людьми та громадою будуються довгострокові довірчі стосунки. Інформація, прийняття рішень та надання послуг здійснюються спільно, що забезпечує на практиці орієнтованість системи охорони здоров'я на потреби людей.

За стратегічною ціллю «Створити умови для повноцінної участі людей та громад у спільному виробленні медичних послуг» визначено такі ключові завдання:

- Поширити практику захисту прав споживачів на всі медичні послуги.
- Забезпечити залученість споживачів до планування медичних послуг та організації надання медичної допомоги через участь в органах управління національних та місцевих інститутів, агенцій та закладів охорони здоров'я.
- Створити технічні можливості для доступу до знеособлених медичних та операційних даних (OpenData) та прозорих правил їх використання для інститутів громадянського суспільства.
- Створити технічні можливості для доступу до знеособлених агрегованих великих даних в електронній системі охорони здоров'я та прозорі правила їх використання для громадянського суспільства, учених, бізнесу, у тому числі з комерційними цілями.
- Запровадити набір інструментів клієнтської підтримки користувачів та працівників сфери охорони здоров'я, із можливістю надавати зворотній зв'язок про роботу системи охорони здоров'я та його агрегації для подальшого аналізу.
- Створити механізм проведення точкового, рандомізованого контролю доступності та якості надання медичних послуг (таємний покупець).
- Сприяти забезпеченню постійного зворотного зв'язку від одержувачів послуг та обліку цієї інформації для постійного покращення якості послуг.
- Забезпечити проведення диференційованого оцінювання потреб різних категорій населення в послугах охорони здоров'я та способів їх надання, з урахуванням специфічних потреб для здоров'я, а також соціальних, культурних, економічних, політичних та інших характеристик та умов життя представників усіх соціальних та гендерних груп, зокрема жінок та чоловіків, дівчат та хлопців.

5.5. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я (КРОЗ)

Освіта та наукова діяльність у сфері охорони здоров'я інтегровані до сучасного міжнародного контексту

Якісна освіта працівників сфери охорони здоров'я є однією зі складових якісної системи охорони здоров'я. Освіта медичних працівників має інтегруватися до міжнародної системи освіти, щоб забезпечити якісну підготовку фахівців сфери охорони здоров'я. Підвищення якості професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до найкращих світових практик сприятиме конкурентоспроможності української вищої медичної освіти та розширенню можливостей українських медичних фахівців на ринку праці.

Для того, аби українська медична освіта повною мірою відповідає сучасним міжнародним стандартам, необхідно забезпечити запровадження в навчальний процес сучасних наукових розробок та засад доказової медицини, оновити програми підготовки спеціалістів для медичної галузі. Важливою умовою підготовки медичних працівників є система потужних університетських клінік, де проводяться наукові дослідження та присутній як навчальний, так і клінічний процеси, а також сучасні симуляційні центри, де майбутні медичні працівники здобувають практичні навички. Для забезпечення якісної підготовки майбутніх медичних працівників необхідно не лише покращувати українську систему медичної освіти, а й оцінювання знань має відбуватися за міжнародними стандартами.

Важливим етапом у підготовці лікаря є післядипломний етап, коли він здобуває освіту за певною спеціальністю. Цей етап має відбуватися в інтернатурі та резидентурі, яка в Україні передбачена, але не реалізована. Резидентура як форма спеціалізації за певними лікарськими спеціальностями має забезпечуватися відповідно до міжнародних стандартів з можливістю набуття необхідних практичних навичок під супервізією досвідченого колеги.

Для забезпечення якісних медичних послуг актуальною є підготовка медичних сестер/медичних братів, яка має враховувати диференціацію діяльності цих фахівців. Важливим є забезпечення достатньої тривалості практичної підготовки та відпрацювання необхідних навичок для забезпечення клінічного функціоналу медичних сестер/медичних братів, щоб вони ставали повноцінними партнерами лікарів. Забезпечити умови професійного розвитку для медичних сестер/медичних братів з вищою освітою (бакалавр/магістр).

Важливою складовою кадрового забезпечення системи охорони здоров'я є підготовка не лише лікарів, але й повного складу працівників сфери охорони здоров'я, зазначених у галузі знань 22 «Охорона здоров'я», зокрема менеджерів у системі охорони здоров'я, фахівців громадського здоров'я та інших спеціальностей, які відіграють значну роль в організації та наданні послуг з охорони здоров'я.

Підготовка менеджерів у охороні здоров'я є критичною складовою успіху реформи охорони здоров'я. Потужне управління медичним закладом, яке підтримується

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

інформаційними системами та має повноваження приймати кадрові, фінансові та інші рішення, сприяє ефективності всього сектора охорони здоров'я.

Розвиток науки вимагає від працівників сфери охорони здоров'я постійного навчання, самовдосконалення, вміння аналізувати великі обсяги знань і застосувати їх у своїй практиці.

За стратегічною ціллю «Освіта та наукова діяльність у сфері охорони здоров'я інтегровані до сучасного міжнародного контексту» визначено такі ключові завдання:

- Привести навчальні програми закладів вищої освіти у галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у відповідність до європейських вимог та регулярно їх переглядати.
- Ввести спеціальні вимоги до ліцензування закладів вищої освіти, які готують здобувачів у галузі знань 22 «Охорона здоров'я».
- Забезпечити умови для здобуття медичними працівниками практичних навичок на базі сучасних університетських клінік та симуляційних центрів.
- Удосконалити систему незалежного оцінювання якості підготовки здобувачів у галузі знань 22 «Охорона здоров'я».
- Впровадити сучасну модель резидентури з урахуванням міжнародного досвіду.
- Стимулювати розвиток якісної освіти менеджерів у сфері охорони здоров'я.
- Стимулювати розвиток нових форм БПР для всіх професіоналів сфери охорони здоров'я, які узгоджуються з пріоритетами системи охорони здоров'я.
- Здійснювати планування актуальних наукових тем (напрямів) відповідно до потреб держави в галузі охорони здоров'я, забезпечити достатній рівень їх фінансування та імплементацію досягнень на базі сучасних університетських клінік.

Планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я здійснюється в обсягах та у структурі відповідно до потреб

Підготовка кадрів для галузі охорони здоров'я має враховувати її реальну потребу в конкретних спеціалістах та потребу пацієнтів у доступі до якісної медичної допомоги. Для забезпечення доступності послуг має відбуватися планування кадрових ресурсів. Базою для планування кадрових ресурсів є створення реєстру медичних працівників. Запровадження обґрунтованих підходів до планування кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я, які враховують навантаження фахівців, їх щільність, вікову структуру, забезпечує умови для доступу до фахівців, а відтак і до послуг у системі охорони здоров'я. Крім того, планування кадрових ресурсів на основі потреб визначає обсяги підготовки необхідних працівників сфери охорони здоров'я вищими навчальними закладами.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я збільшується роль медичної сестри/медичного брата в наданні медичної допомоги. Для забезпечення доступу до медичних послуг важливо розширити повноваження цих фахівців. Крім того, послуги на рівні громади можуть забезпечуватися силами немедичних фахівців, що робить послуги значно доступнішими. Важливим елементом надання якісних медичних послуг є мультидисциплінарний підхід (у тому числі task-shifting), коли працівники сфери охорони здоров'я, коли це доречно, мають співпрацювати з усіма фахівцями, які беруть участь у наданні допомоги людині.

За стратегічною ціллю «Планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я здійснюється в обсягах та у структурі відповідно до потреб» визначено такі ключові завдання:

- Створити реєстр медичних працівників.
- Запровадити планування КРОЗ відповідно до потреб для забезпечення якісного надання послуг.
- Розробити та запровадити як на національному, так і на локальному рівнях гнучку систему стимулів та заохочень для залучення працівників сфери охорони здоров'я та утримання їх у районах, які мають недостатню кількість працівників для надання медичної допомоги.
- Розширити кваліфікаційні вимоги до медичних сестер/медичних братів і долучити до надання медичних послуг немедичних працівників, у першу чергу на рівні громади.

Створені умови для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я

Послуги у сфері охорони здоров'я надаються людьми. Таким чином, критично важливо, щоб людські кадрові ресурси у сфері охорони здоров'я при виконанні своїх професійних обов'язків були у благополучному стані.

Сучасна концепція професійного благополуччя кадрових ресурсів охорони здоров'я — це елемент якості життя людини, який включає професійну ідентичність, затребуваність та інтегрованість у професійне та соціальне співтовариство. Працівники охорони здоров'я у стані професійного благополуччя отримують підтвердження значущості результатів своєї діяльності, підтримують професійні стосунки з отримувачами послуг та колегами, формують власну мотивацію для подальшого професійного розвитку. Завдяки високому рівню професійного благополуччя кадрових ресурсів охорони здоров'я будуть досягнуті кращі результати професійної діяльності як на індивідуальному, так і на колективному рівнях, забезпечені належна якість медичних послуг та відповідно задоволеність отримувачів.

Основною складовою професійного благополуччя є гідна оплата праці медичного працівника, яка має формуватися з урахуванням ключових показників ефективності та оптимального робочого навантаження.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

Важливим елементом професійного благополуччя є створення захищеного робочого простору в закладах охорони здоров'я. Оскільки український ринок праці є непрозорим і має погані можливості для кар'єрного зростання, необхідно здійснити кроки для лібералізації прийняття на роботу, відкриття інформації про вакансії, підвищення прозорості та конкурентоспроможності процедури призначення на посади та вдосконалення процедур просування по службі.

Для забезпечення професійного благополуччя важливо створити комплексні умови для дотримання життєвого балансу працівників охорони здоров'я, що включає аспекти їхнього фізичного та психічного здоров'я, а також соціальні складові.

За стратегічною ціллю «Створені умови для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я» визначено такі ключові завдання:

- Забезпечити гідну оплату праці та розробити гнучку систему мотивації та підтримки КРОЗ, у тому числі через запровадження ключових показників ефективності та оптимального робочого навантаження.
- Запровадити прозорі та конкурентоспроможні процедури залучення, утримання, кар'єрного розвитку та професійного зростання працівників сфери охорони здоров'я, менеджерських та інших кадрів на рівні медичних закладів.
- Запровадити комплексний підхід до формування професійного благополуччя КРОЗ на рівні ЗОЗ (безпека, соціально-побутові умови, профілактика вигорання, професійний розвиток у закладі тощо).
- Створити систему індивідуального ліцензування лікарів як допуску до професії.
- Запровадити страхування професійної відповідальності.
- Запровадити механізми комплексного страхування медичних працівників під час виконання ними професійних обов'язків, у тому числі від професійної відповідальності, професійного захворювання тощо.

6. Очікувані результати, моніторинг та оцінювання

Очікувані результати реалізації Стратегії визначені для п'яти стратегічних напрямів стратегії та виділяють ключові результати, які будуть досягнуті шляхом реалізації завдань, визначених для кожного стратегічного пріоритету. Трирічні плани заходів, які будуть розроблені для стратегії, включатимуть докладні дії та відстежувані цільові індикатори. МОЗ відповідатиме за моніторинг реалізації стратегії та координуватиме збір інформації та даних для моніторингу й оцінювання прогресу, досягнутого в реалізації стратегії.

Узагальнене оцінювання результативності цієї Стратегії проводиться через півтора року після завершення строку її дії та подається на розгляд Кабінету Міністрів України.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

У поточному документі наведено виклад очікуваних результатів щодо кожного напрямку стратегії.

6.1 Очікувані результати в напрямку «Врядування у сфері охорони здоров'я»

Очікувані результати реалізації Стратегії в напрямку «Врядування у сфері охорони здоров'я» дозволять:

- 1. Сформувані стійкі національні агенції охорони здоров'я, що мають довіру суспільства, завдяки:**
 - чіткому визначенню, розмежуванню та регуляції функцій та обов'язків ключових національних агенцій;
 - забезпеченню прозорості та підзвітної роботи НСЗУ — єдиного національного стратегічного закупівельника медичних послуг в Україні в межах державного гарантованого пакета медичних послуг;
 - створенню Національного агентства з якості охорони здоров'я з використанням найкращих міжнародних моделей та практик;
 - функціонуванню Центру громадського здоров'я як національної експертної установи у сфері громадського здоров'я, який координує виконання основних оперативних функцій у сфері громадського здоров'я;
 - створенню та ефективному функціонуванню незалежного Національного агентства з оцінювання технологій охорони здоров'я як єдиного експертного органу, який забезпечує обґрунтованість та доказову базу відбору й оцінювання ефективності лікарських засобів, медичних виробів, а також розширення ПМГ;
 - запровадженню принципів належного врядування з розвитком основних функціональних сфер, покращенням даних, інформаційно-комунікаційних систем та посиленням громадського контролю ключових національних інституцій;
 - нарощенню інституційного потенціалу основних інституцій, які забезпечують розвиток електронної охорони здоров'я.

- 2. Підвищити чутливість усього суспільства до проблем здоров'я завдяки:**
 - створенню та функціонуванню міжсекторального координаційного механізму для вирішення пріоритетних питань охорони здоров'я за принципом «здоров'я в усіх політиках»;
 - створенню прозорих платформ для участі неурядового сектора в розробці політики охорони здоров'я, включаючи ПМГ;
 - гармонізації законодавчої бази для участі приватного сектора в охороні здоров'я, включаючи надання послуг та державно-приватні партнерства;
 - залученню громадян до піклування про власне здоров'я та контролю за якістю надання медичних послуг шляхом використання електронних інструментів.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

3. Забезпечити гармонійну розбудову електронної охорони здоров'я, що забезпечує достовірні дані та доказову базу для ухвалення рішень у системі охорони здоров'я, завдяки:

- втіленню ефективної організаційно-управлінської моделі розвитку електронної охорони здоров'я та електронної системи охорони здоров'я, зокрема із залученням бізнес-спільноти, міжнародних організацій, експертного середовища та громадянського суспільства;
- розбудові дворівневої моделі електронної системи охорони здоров'я та переходу всіх надавачів медичних послуг на електронні медичні записи;
- забезпеченню зміни моделі даних та переходу від паперових облікових форм медичної документації до структурованих електронних медичних записів, впровадження інтегрованої електронної медичної картки;
- формуванню єдиного медичного інформаційного простору та забезпеченню інтероперабельності, інтегрованості та гармонійного взаємозв'язку з суміжними сферами, а також інтеграції до світового медичного інформаційного простору;
- забезпеченню неперервності та сталості політики безпеки й захисту інформації та персональних даних в електронній охороні здоров'я, у тому числі з урахуванням вимог українського законодавства та міжнародних стандартів і вимог у цій сфері;
- розвитку ІТ-інновацій, використанню переваг обробки великих даних та інтелектуальних систем для прогнозування потреб охорони здоров'я, плануванню ресурсів у сфері ухвалення рішень;
- забезпеченню повноцінної інформатизації закладів охорони здоров'я;
- забезпеченню прозорості та публічної доступності узагальнених даних щодо розвитку електронної охорони здоров'я.

4. Впровадити прозору модель управління для закладів охорони здоров'я завдяки:

- створенню дієвих наглядових рад закладів охорони здоров'я, до складу яких входять представники державного сектора, громадськості та інших неурядових зацікавлених сторін;
- забезпеченню формування публічних систем звітності для широкої громадськості, у тому числі інструментів публічного доступу до знеособлених агрегованих великих даних, операційних даних у форматі Open Data;
- розробці та впровадженню нормативно-правової бази акредитації закладів охорони здоров'я;
- ухваленню комплексної нормативно-правової бази для професійного самоврядування, заснованої на найкращих міжнародних моделях та практиках;
- участі професійних асоціацій у розробленні політики в системі охорони здоров'я, програм громадського здоров'я, стандартів у сфері охорони здоров'я, керуючись стандартами професійної етики;
- забезпеченню захисту професійної відповідальності працівників сфери охорони здоров'я.

6.2. Очікувані результати в напрямку «Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я»

Очікувані результати реалізації Стратегії в напрямку «Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я» дозволять:

- 1. Досягти впровадження ефективної інтегрованої моделі системи ОЗ, яка забезпечує збалансоване, науково обґрунтоване, безперервне надання якісних і безпечних послуг населенню завдяки:**
 - виявленню сімейними лікарями факторів ризику захворювань у пацієнтів та реалізації відповідних заходів раннього втручання;
 - навчанню пацієнтів сімейними лікарями щодо самоконтролю хронічних станів та захворювань;
 - впровадженню доступних цільових скринінгових програм для різних вікових груп, розроблених на принципах доказової медицини;
 - розвитку госпітальних округів усіх регіонів на основі розроблених планів, що базуються на регулярному оцінюванні мережі надавачів послуг охорони здоров'я щодо їх відповідності потребам населення і наявним ресурсам;
 - розробленню, впровадженню та моніторингу маршрутів пацієнтів з урахуванням регіоналізації та чіткими ролями різних надавачів медичних послуг за такими напрямками як перинатальна допомога, гострий коронарний синдром, інсульт, травма тощо;
 - існуванню однакових регуляторних правил та умов функціонування для всіх надавачів послуг в охороні здоров'я та публічного і приватного секторів;
 - виявленню та адекватному обліку сімейними лікарями потреб пацієнта в медичній реабілітації;
 - інтеграції послуг з реабілітації до всіх рівнів допомоги та впродовж континууму надання допомоги у сфері охорони здоров'я;
 - визначенню на законодавчому рівні такого виду медичної допомоги як довготривалий догляд та лікування (long-term care), включно з концепцією її розвитку, а також реалізації відповідного плану дій;
 - впровадженню системи управління якістю в охороні здоров'я на всіх рівнях;
 - підвищенню доступності для людей якісних та безпечних послуг охорони здоров'я, у тому числі електронних та з використанням телемедичних технологій;
 - впровадженню інклюзивного підходу при розробці послуг охорони здоров'я, у тому числі електронних, з урахуванням потреб осіб з інвалідністю, порушеннями функцій та обмеженнями життєдіяльності.
- 2. Гарантувати фінансовий захист населення при отриманні необхідних послуг в ОЗ, завдяки:**

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- забезпеченню ефективного використання обмежених державних ресурсів у системі охорони здоров'я;
- зменшенню рівня неформальних платежів;
- зменшенню питомої ваги домогосподарств, що зазнали катастрофічних витрат у результаті оплати необхідної медичної допомоги;
- зменшенню питомої ваги домогосподарств, що опинилися за офіційною межею бідності в результаті оплати необхідної медичної допомоги (від загальної кількості сімей, що зазнали катастрофічних витрат);
- розширенню переліку послуг, які оплачуються з державного бюджету, з прив'язкою до фактично наданих медичних послуг;
- розширенню фінансової доступності для населення лікарських засобів та медичних виробів з позитивного переліку на амбулаторному та госпітальному рівнях;
- забезпеченню прозорості процесу розробки Програми медичних гарантій за чітко встановленими критеріями, включаючи питання тарифікації послуг;
- впровадженню методів фінансування та їх комбінації, що відповідають поточним цілям політики охорони здоров'я та критеріям ефективності медичної допомоги при закупівлі послуг;
- створенню умов для забезпечення стійкості та передбачуваності фінансування серед надавачів медичних послуг, а також для планування інвестицій;
- створенню умов для зростання конкуренції надавачів усіх форм власності на ринку медичних послуг за пацієнта з дотриманням стандартів якості та безпеки медичної допомоги.

3. Гарантувати фармацевтичну безпеку країни та доступ до лікарських засобів та виробів медичного призначення, завдяки:

- підвищенню інвестиційної привабливості індустрії, що підтримується державною програмою стимулювання розвитку фармацевтичної галузі в Україні;
- чіткому визначенню єдиним позитивним переліком лікарських засобів та медичних виробів, які гарантовані для пацієнтів державою;
- реалізації механізмів екстреного доступу до лікарських засобів та медичних виробів;
- розширенню програми реімбурсації лікарських засобів шляхом покращення географічного та фінансового доступу пацієнта до лікарських засобів та медичних виробів;
- розробці та впровадженню компліментарних фармацевтичних страхових пакетів та/або інших механізмів компенсації вартості ЛЗ;
- гармонізації регулювання виробництва та обігу лікарських засобів із законодавством ЄС;
- впровадженню механізму та системи Національної системи верифікації лікарських засобів, з метою запобігання обігу фальсифікованих лікарських засобів.

6.3. Очікувані результати в напрямку «Громадське здоров'я, готовність та реагування на НС»

Очікувані результати реалізації Стратегії в напрямку «Громадське здоров'я, готовність та реагування на НС» дозволять:

- 1. Посилити спроможність системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення та реагування на виклики для здоров'я завдяки:**
 - гармонізації нормативно-правових актів щодо профілактики та контролю хвороб відповідно до актів ЄС;
 - ефективному виконанню та координації основних оперативних функцій громадського здоров'я на обласному рівні мережею центрів контролю та профілактики хвороб;
 - приведенню у відповідність до потреб епідеміологічного нагляду потенціалу лабораторної мережі з метою своєчасного виявлення та верифікації загроз і небезпек для здоров'я населення;
 - створенню та інституалізації системи моніторингу за показниками здоров'я населення й окремих його груп та за факторами ризику відповідно до програм епідеміологічного нагляду;
 - регулярному визначенню пріоритетів у сфері громадського здоров'я й розробці відповідних програм на національному, регіональному та місцевому рівнях;
 - збільшенню проведення оперативних та наукових досліджень, що здійснюються для підтримки виконання функцій ГЗ та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я;
 - забезпеченню належного фінансування з держаного бюджету реалізації програм громадського здоров'я, що розроблені на основі фактичних даних щодо статусу здоров'я та функціонування населення, тягаря захворювань, спрямовані на детермінанти здоров'я, усунення нерівностей відносно здоров'я.

- 2. Створити безпечні умови й середовище життєдіяльності, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я завдяки:**
 - створенню та ефективному функціонуванню міжсекторального координаційного механізму на національному, регіональному та місцевому рівнях для вирішення питань, пов'язаних із соціально-екологічними детермінантами здоров'я на різних етапах усього життя людини для сприяння справедливості щодо здоров'я;
 - реалізації програм з подолання ключових факторів ризику захворювань та станів, що мають високий тягар захворювань для суспільства;
 - реалізації низки заходів щодо забезпечення доступу до безпечного та здорового харчування населення протягом усього життя;
 - збільшення частки місцевих, регіональних програм, спрямованих на розвиток інклюзивного, безпечного та екологічно сталого середовища життєдіяльності людини протягом усього періоду життя.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

3. Забезпечити захист здоров'я населення шляхом попередження виникнення, раннього виявлення та ефективного реагування на надзвичайні ситуації завдяки:

- створенню та функціонуванню міжсекторального координаційного механізму за принципом «Єдине здоров'я» для планування та реалізації завдань щодо захисту здоров'я населення та реагування на надзвичайні ситуації;
- функціонуванню операційного інформаційного центру реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, синхронізованого з національними та міжнародними (ВООЗ та ЄС) системами оповіщення та реагування;
- розробленню стратегій та реалізації заходів щодо запобігання виникненню та поширенню пріоритетних хвороб з високим пандемічним/епідемічним потенціалом;
- реалізації заходів з посилення ключових компонентів системи громадського здоров'я задля їх відповідності вимогам Міжнародних медико-санітарних правил;
- функціонуванню системи оцінювання ризику та прогнозування/моделювання розвитку надзвичайних ситуацій для потреб адаптації планів готовності та реагування на надзвичайні ситуації;
- розробленню та реалізації планів готовності та реагування на надзвичайні ситуації й події у громадському здоров'ї на національному, регіональному рівнях та рівні ЗОЗ, включно з механізмами оперативної активації фінансування заходів такого плану та ефективної кризової комунікації на випадок надзвичайної ситуації та події.

6.4. Очікувані результати в напрямку «Залученість людей та громад»

Очікувані результати реалізації Стратегії в напрямку «Залученість людей та громад» дозволять:

1. Громадянам України приймати усвідомлені рішення та відповідально діяти в інтересах власного здоров'я завдяки:

- формуванню мислення та підходу до прийняття рішень щодо власного здоров'я громадян, базуючись на принципах освіченості про здоров'я та розуміння моделей надання допомоги;
- розвитку та підтримці цифрових компетентностей медичних працівників та інших користувачів електронних інструментів в охороні здоров'я, а також розвитку інформаційної культури, цифрової грамотності (цифрової освіченості), кібербезпеки й кібергігієни медичних працівників і пацієнтів;
- формуванню серед громадян практики з користування сервісами з доступу до даних та управління інформацією про своє здоров'я, доступні та отримані послуги;
- реалізації можливостей для громадян створювати спільноти взаємодії та взаємодопомоги за спільними ознаками здоров'я, а також обмінюватися інформацією між собою на спеціально створених платформах;

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- гармонізації нормативно-правової бази для врегулювання процедур прийняття рішень отримувачами медичних послуг (насамперед: модель спільного прийняття клінічних рішень, уповноваження отримувачами медичних послуг та інститут довірених осіб для прийняття клінічних рішень (медична довіреність));
- 2. Планувати програми та послуги з охорони здоров'я відповідно до потреб та за участі громадян України завдяки:**
- розробці та впровадженню нормативно-правової бази для захисту прав споживачів медичних послуг;
 - збільшенню залученості представників громадського сектора в роботу органів управління національних та місцевих інститутів, агенцій та закладів охорони здоров'я;
 - впровадженню механізмів та інструментів для контролю доступності та якості надання медичних послуг якості, а також для клієнтської підтримки та можливостей надання зворотного зв'язку про роботу системи охорони здоров'я;
 - прозорому та зручному доступу до знеособлених агрегованих великих даних у представників громадянського суспільства, учених, бізнесу;
 - використанню комплексних результатів зворотного зв'язку від отримувачів послуг охорони здоров'я та оцінювання якості для поліпшення якості медичних послуг та управління системою ОЗ на різних рівнях.

6.5. Очікувані результати в напрямку «Кадрові ресурси системи охорони здоров'я»

Очікувані результати реалізації Стратегії в напрямку «Кадрові ресурси системи охорони здоров'я (КРОЗ)» дозволять:

- 1. Системі освіти та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я забезпечувати підготовку кадрових ресурсів належного рівня якості та в необхідних обсягах завдяки:**
- приведенню у відповідність до європейських вимог навчальних програм усіх закладів вищої освіти, які готують здобувачів у галузі знань 22 «Охорона здоров'я», та відповідають спеціальним вимогам до ліцензування (включаючи сучасні навчальні програми, умови для здобуття практичних навичок медичних працівників, застосування системи незалежного оцінювання);
 - впровадженню сучасної моделі резидентури з урахуванням міжнародного досвіду як етапу професійної підготовки лікарів;
 - появи нових форм БПР для всіх працівників сфери охорони здоров'я;
 - імплементації наукової роботи галузі охорони здоров'я, профінансованої за рахунок бюджетних коштів, на базі сучасних університетських клінік.

ПРОЕКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

2. Кадровим ресурсам системи охорони здоров'я забезпечувати універсальне охоплення медичними послугами та програмами громадського здоров'я завдяки:

- використанню реєстру медичних працівників як надійного та актуального інструменту планування КРОЗ;
- запровадженню системи планування КРОЗ на основі аналізу фактичних даних щодо потреб (data-driven, evidence-based);
- впровадженню механізму гнучкого стимулювання та заохочення працівників сфери охорони здоров'я для підтримки рівномірного та справедливого географічного розподілу КРОЗ;
- розробці та впровадженню процедури обґрунтованого перерозподілу завдань та делегування повноважень для ефективного надання послуг охорони здоров'я для всіх працівників сфери охорони здоров'я;
- розвитку цифрових компетентностей працівників охорони здоров'я шляхом прийняття системи компетенцій та підвищенню вимог до проходження служби й запровадження відповідного безперервного навчання.

3. Виконання пріоритетних завдань дасть працівникам сфери охорони здоров'я змогу виконувати свої професійні обов'язки належного рівня якості завдяки:

- запровадженню прозорої та обґрунтованої система оплати праці КРОЗ, що базується на ключових показниках ефективності (КПЕ) та гнучкій системі мотивації;
- запровадженню в більшості ЗОЗ комплексного підходу та умов для формування та підтримки професійного благополуччя, що включає заходи із забезпечення безпеки, соціально-побутові умови, профілактику вигорання, професійний розвиток у закладі тощо;
- інституалізації індивідуального ліцензування медичних працівників як механізму допуску до професії;
- реалізації механізмів комплексного страхування медичних працівників під час виконання своїх професійних обов'язків.

7. Фінансове забезпечення реалізації

Фінансове забезпечення реалізації Стратегії здійснюється за рахунок:

- коштів державного бюджету в межах бюджетних програм, що спрямовуються на систему охорони здоров'я;
- субвенцій, інших трансфертів із державного бюджету місцевим бюджетам;
- коштів місцевих бюджетів;
- коштів технічної допомоги та секторальної підтримки ЄС, інших міжнародних донорів, міжнародних фінансових організацій;

ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;

- коштів інвесторів, власних коштів надавачів медичних послуг.

Джерелом фінансового забезпечення реалізації цієї Стратегії також можуть бути кошти приватних інвесторів у рамках реалізації інвестиційних проєктів на регіональному рівні із застосуванням механізму державно-приватного партнерства. Обсяги фінансування завдань з реалізації цієї Стратегії визначаються на основі пропозицій центральних органів виконавчої влади, що є державними замовниками відповідних державних програм, з урахуванням бюджетних призначень головних розпорядників бюджетних коштів за програмами, визначеними в Державному бюджеті України на відповідний рік, та уточнюються щороку відповідно до закону про Державний бюджет України на відповідний рік та Бюджетної декларації з урахуванням наявних бюджетних можливостей.

8. Етапи реалізації

Ця Стратегія реалізується у три етапи: перший етап (2022–2024 роки); другий етап (2025–2027 роки); третій етап (2028–2030 роки). На кожному етапі передбачається розроблення та виконання плану заходів на відповідний період, у рамках яких будуть конкретизовані ключові завдання кожної стратегічної цілі Стратегії.