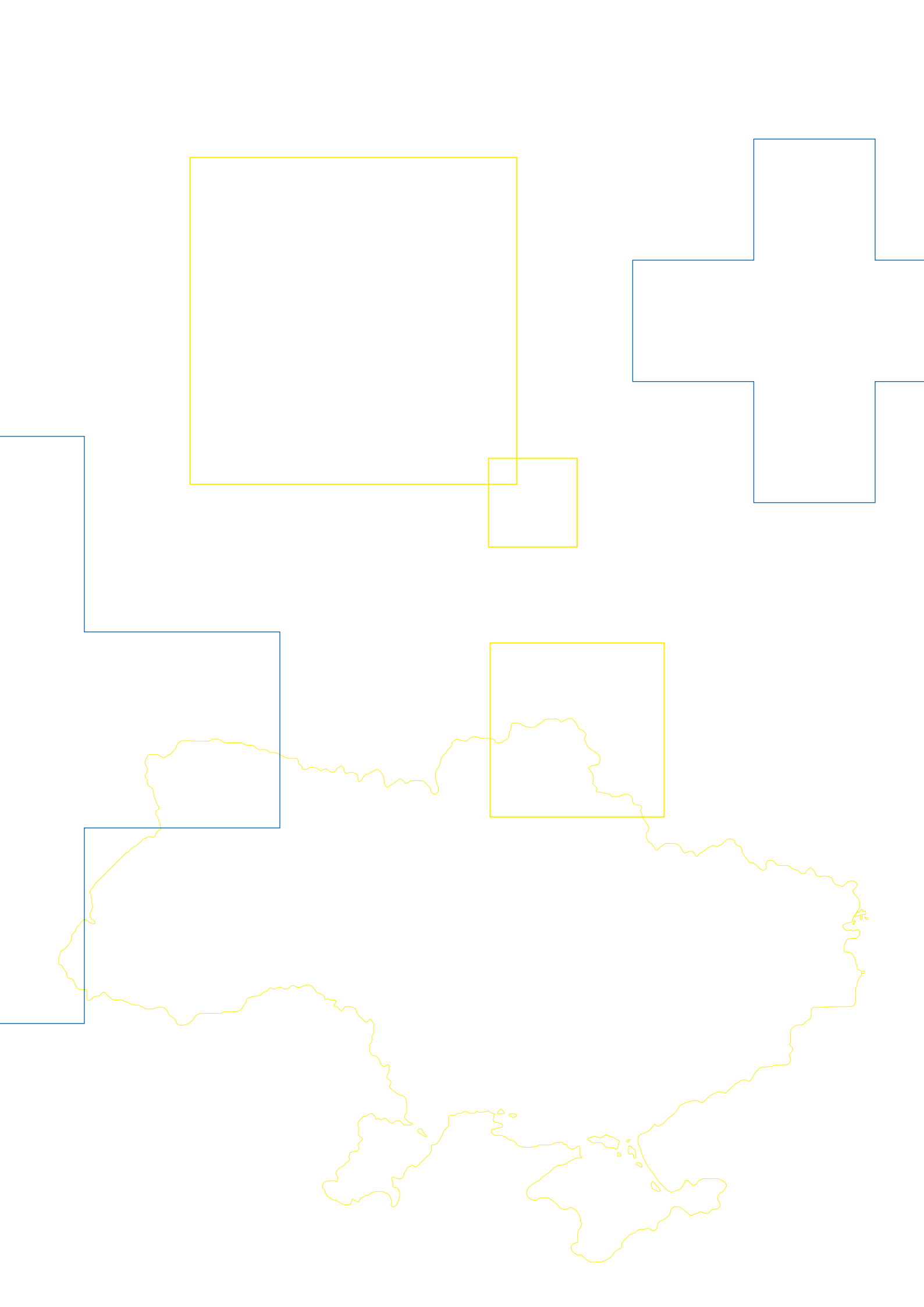


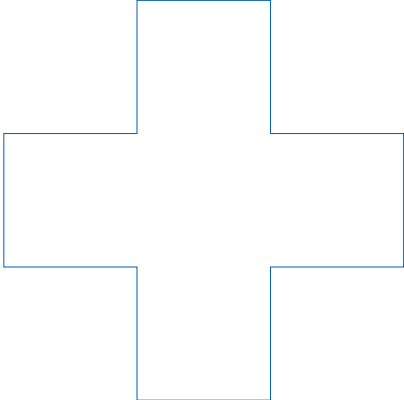



World Health
Organization

European Region

ПРИНЦИПИ ВІДНОВЛЕННЯ ТА ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ





ПРИНЦИПИ ВІДНОВЛЕННЯ ТА ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Деякі права захищені. Ця публікація поширюється на умовах ліцензії Creative Commons 3.0 IGO «Із зазначенням авторства - Некомерційна - Розповсюдження на тих самих умовах» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Ліцензією допускається копіювання, розповсюдження та адаптація публікації в некомерційних цілях із зазначенням бібліографічного посилання згідно нижчеподаного зразка. Ніяке використання публікації не означає схвалення ВООЗ будь-якої організації, товару або послуги. Використання логотипу ВООЗ не допускається. Адаптовані варіанти публікації допускаються на умовах зазначеної або еквівалентної ліцензії Creative Commons. При перекладі публікації на інші мови наводиться бібліографічне посилання згідно нижчеподаного зразка і наступне застереження: «Даний переклад не був виконаний Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ не несе відповідальності за його зміст і точність. Автентичним оригінальним текстом є оригінальне видання англійською мовою: Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022».

Врегулювання суперечок, пов'язаних з умовами ліцензії, проводиться відповідно до узгоджувального регламенту Всесвітньої організації інтелектуальної власності (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Пропоноване бібліографічне посилання для цитування: Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Дані каталогізації перед публікацією (CIP). Дані CIP доступні за посиланням: <http://apps.who.int/iris>.

Придбання, авторські права і ліцензування. З питань придбання публікацій ВООЗ див. <http://apps.who.int/bookorders>. З питань оформлення заявок на комерційне використання та напрямки запитів, що стосуються права користування та ліцензування, див. <http://www.who.int/about/licensing>.

Матеріали третіх сторін. Користувач, який бажає використовувати в своїх цілях матеріали, що містяться у цій публікації та належать третім особам, наприклад таблиці, малюнки або зображення, повинен встановити, чи потрібно для цього дозвіл власника авторського права, і при необхідності отримати такий дозвіл. Відповідальність за порушення прав на матеріали третіх сторін, що містяться у цій публікації несе користувач.

Застереження загального характеру. Використані в цій публікації, позначення і наведені в ній матеріали не означають вираження думки ВООЗ щодо правового статусу будь-якої країни, території, міста або району або їх органів влади або стосовно делімітації кордонів. Штрихпунктирні лінії на картах позначають приблизні межі, які можуть бути не повністю узгоджені.

Згадка певних компаній або продукції певних виробників не означає, що вони схвалені або рекомендовані ВООЗ на відміну від аналогічних компаній або продукції, що не названі в тексті. Назви патентованих виробів, виключаючи помилки і пропуски в тексті, виділяються початковими прописними буквами.

ВООЗ прийняті всі розумні заходи для перевірки точності інформації, що міститься в цій публікації. Однак дані матеріали публікуються без будь-яких прямих або непрямих гарантій. Відповідальність за інтерпретацію і використання матеріалів несе користувач. ВООЗ не несе жодної відповідальності за шкоду, пов'язану з використанням матеріалів.

Усі фотографії: © ВООЗ

Дизайн звіту та обкладинки: Djordje Devic

Зміст

Передмова.....	iv
Подяки.....	vii
Скорочення.....	ix
Короткий огляд.....	xi
1. Вступ.....	1
2. Важливість системи охорони здоров'я для миру та відновлення країни.....	3
3. Критерії для оцінки потенційних інвестицій у відновлення та трансформацію системи охорони здоров'я.....	5
4. Динамічне, послідовне бачення відновлення системи охорони здоров'я України.....	11
5. Впровадження принципів у функціонування системи охорони здоров'я.....	15
5.1 Система громадського здоров'я, готовність до надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я та реагування на них.....	16
5.2 Надання індивідуальних послуг у галузі охорони здоров'я.....	20
5.3 Кадрові ресурси системи охорони здоров'я.....	22
5.4 Інфраструктура, дороговартісне обладнання та лікарські засоби.....	24
5.5 Фінансування системи охорони здоров'я.....	28
5.6 Врядування в галузі охорони здоров'я.....	32
6. Підсумки, висновки та майбутні дії.....	37
Посилання.....	41

Передмова

ВООЗ підтримує впровадження реформи системи охорони здоров'я в Україні. Починаючи з 2016 року, проведення реформи прискорилося завдяки створенню нових органів управління та нових механізмів для підвищення ефективності та рівності в системі охорони здоров'я. Значних успіхів було досягнуто у фінансуванні системи охорони здоров'я, наданні первинної медичної допомоги, створенні електронної системи охорони здоров'я (e-health), забезпеченні доступу до лікарських засобів і підсиленні системи громадського здоров'я. У 2020 році пандемія COVID-19 вимагала зосередження зусиль на реагуванні на цю надзвичайну ситуацію, як це було й у інших країнах по всьому світу, проте водночас із цим, процес реформування системи охорони здоров'я продовжувався. ВООЗ та інші партнери підтримали уряд України у впровадженні заходів для боротьби з пандемією та проведення реформи, й до моменту вторгнення в лютому 2022 року Україна знову досягла значного прогресу в цих напрямках. З метою досягнення цілей розвитку системи охорони здоров'я та благополуччя населення, поставлених на 2030 рік, ВООЗ підтримувала Міністерство охорони здоров'я України в розробці Стратегії охорони здоров'я до 2030 року для подальшого вдосконалення сектору. Наприкінці лютого уряд мав обговорити проєкт Стратегії. Проте, перш ніж це сталося, почалася війна, яка порушила всі попередні процеси.

У контексті війни ВООЗ допомагає уряду та уповноваженим органам управління в галузі охорони здоров'я України реагувати на найнагальніші потреби населення та медичних працівників, які надихають нас своєю сміливістю та відданістю. За цей період було отримано значний досвід щодо зв'язку між галуззю охорони здоров'я та галуззю безпеки в Україні. Безпрецедентна кількість нападів на систему охорони здоров'я з 24 лютого 2022 року також спонукала уряд розпочати процес планування післявоєнного відновлення, та ВООЗ повністю підтримує рішення відносно того, що розробляти план відновлення потрібно вже зараз. Галузь охорони здоров'я є невід'ємною частиною загальнонаціонального відновлення України. Здоров'я — це ще не все, але без здоров'я — все інше ніщо.

Цей документ створювався з урахуванням позиції уряду України про те, що відновлення — це не лише відбудова того, що було зруйновано. Натомість важливе

питання, від якого треба відштовхуватися в процесі відновлення, полягає в тому, як найкраще забезпечити доступ до основних послуг у галузі охорони здоров'я для населення України — послуг у галузі громадського здоров'я, захисту та профілактики захворювань, зміцнення здоров'я, лікування та паліативної допомоги — а також як пов'язати їх із необхідними соціальними та іншими спорідненими послугами. Підґрунтя цього питання, а також принципи, які викладені у цьому документі, полягають у тому, щоб через процес відновлення рухатися вперед прогресивнішим способом: більш цифровим, більш екологічним і все більше відповідати вимогам інтеграції до Європейського Союзу.

Очікується, що окрім національних ресурсів багато країн та міжнародних агенцій нададуть фінансування для підтримки відбудови України. Важливий урок, винесений з попереднього досвіду, полягає в тому, щоб такі інвестиції були скоординовані та спрямовані на спільну мету трансформації системи охорони здоров'я. Має бути спільне бачення зі спільними стандартами, тож завдяки застосуванню принципів, які описані в цьому документі, ВООЗ може підтримати уряд України у процесі скерування інвестицій на відновлення відповідно до бачення модернізованої системи охорони здоров'я України в майбутньому.



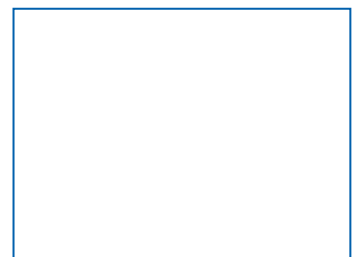
Hans Kluge (Ганс Ключе)

Директор Європейського
регіонального бюро ВООЗ



Jarno Nabicht (Ярно Хабіхт)

Представник ВООЗ і Глава Бюро
ВООЗ в Україні



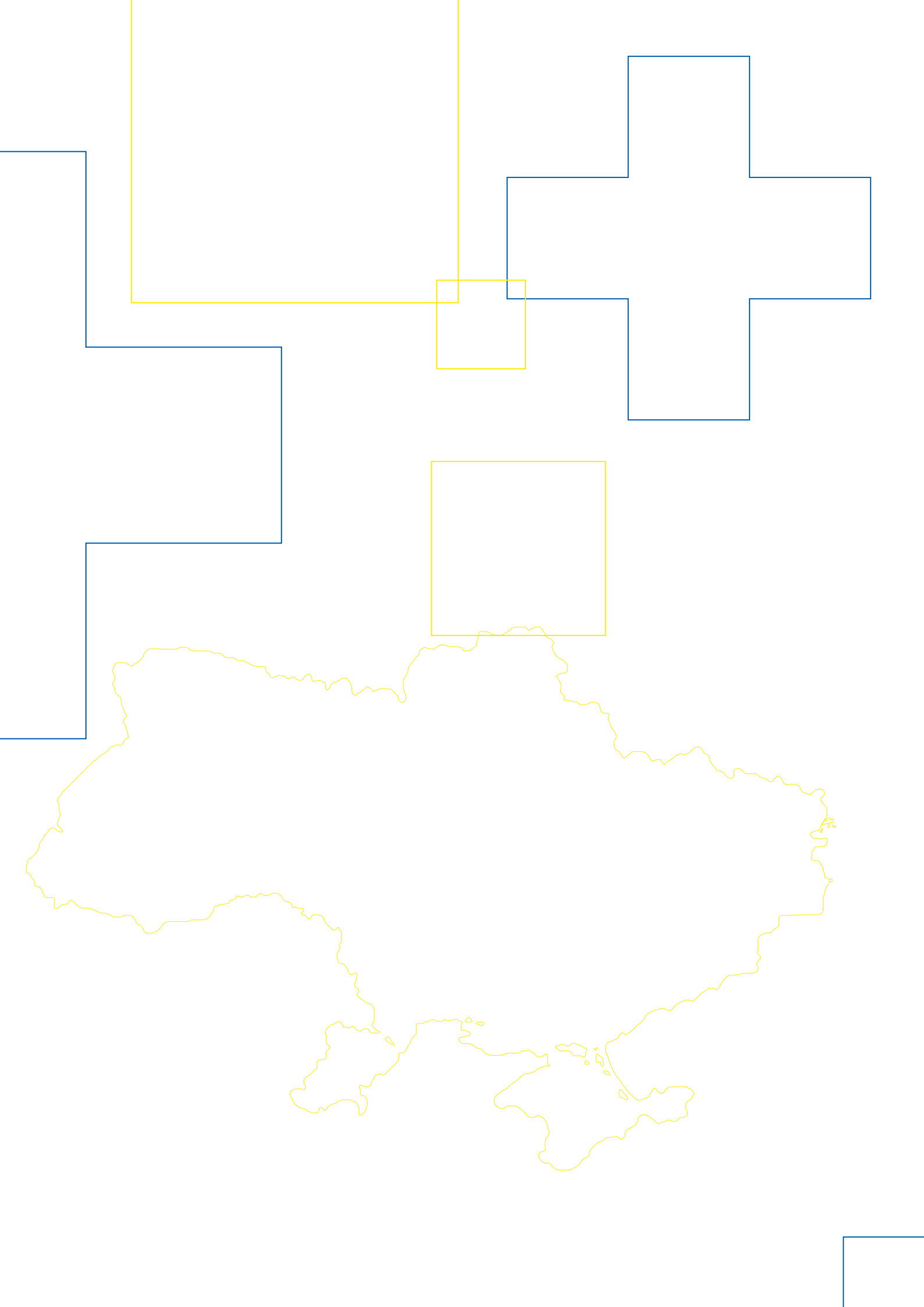
Подяки

Цей документ було підготовлено на прохання директора Європейського регіонального бюро ВООЗ Ганса Ключе та під керівництвом Глави Бюро ВООЗ в Україні Ярно Хабіхта. Технічну координацію очолили Джозеф Катцин (Joseph Kutzin), Катерина Фіщук (Kateryna Fishchuk) та Шейла О'Догерті (Sheila O'Dougherty).

Команда вдячна багатьом співробітникам ВООЗ та іншим експертам, які долучилися до розробки документа в короткі терміни. Серед співробітників ВООЗ, які зробили свій внесок, Наташа Азцопарді Мускат (Natasha Azzopardi Muscat), Елен Баррой (Hélène Barroy), Джеймс Кемпбелл (James Campbell), Корнеліс Де Жончір (Cornelis De Joncheere), Тамаш Еветовіт (Tamás Evetovits), Андре Грікспур (Andre Griekspoor), Трійн Хабіхт (Triin Habicht), Мелітта Якаб (Melitta Jakab), Доріт Ніцан (Dorit Nitzan), Світлана Пахнутова (Svitlana Pakhnutova), Ігор Перегінець (Ihor Perehinets), Наталія Півень (Nataliia Piven), Тері Рейнольдс (Teri Reynolds), Джеральд Рокеншауб (Gerald Rockenschaub), Томаш Роубал (Tomas Roubal), Гійом Сімонян (Guillaume Simonian), Сьюзен Спаркс (Susan Sparkes) та Томаш Запата (Tomas Zapata). Серед інших експертів до роботи над цим документом були долучені Еліна Дейл (Elina Dale), Альона Горошко (Alona Goroshko), Лорейн Хокінс (Loraine Hawkins), Марк Хеллоуелл (Mark Hellowell) і Максим Обрізан (Maksym Obrizan). У процесі укладання цього документа були використані відгуки за результатами обговорення попереднього проєкту з колегами зі Світового банку, Представництва Європейського Союзу в Україні та Агентства США з міжнародного розвитку.

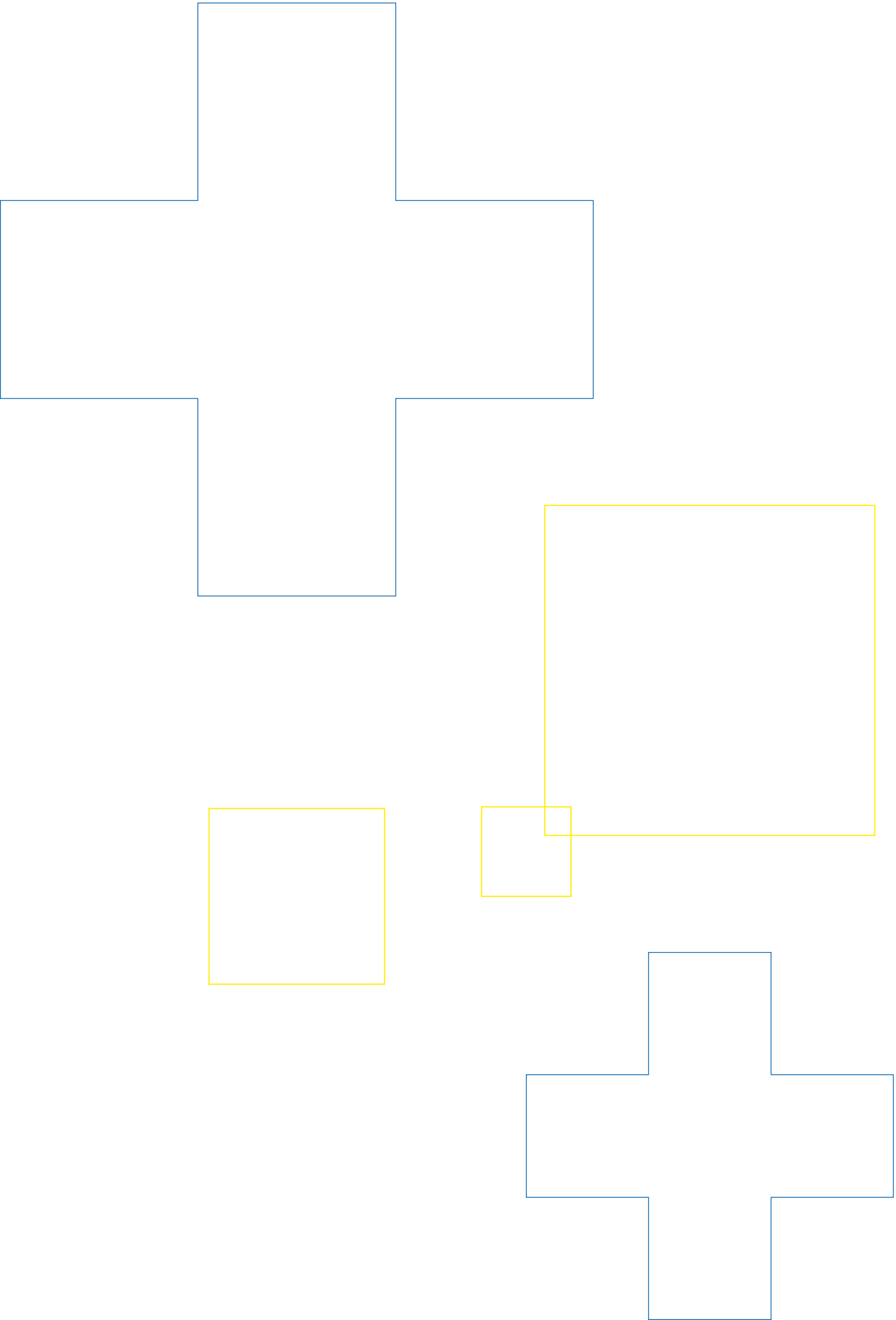
Ми також вдячні працівникам МОЗ України, Верховної Ради України та іншим представникам державним органів влади за надані ними відгуки про процес відновлення на національному рівні.

Цей документ підготовлено відповідно до плану співробітництва та декількох стратегічних пріоритетів в Дворічній угоді про співпрацю (BCA) між Європейським регіональним бюро ВООЗ та Урядом України, а також завдяки залученню фінансових ресурсів Європейського Союзу в рамках проєкту «Розвиток системи охорони здоров'я в Україні».



Скорочення

ММСП (2005)	Міжнародні медико-санітарні правила (2005)
СЗО (JEE)	спільна зовнішня оцінка
ВПО	внутрішньо переміщена особа
ДМС	добровільне медичне страхування
ЄС	Європейський Союз
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ПДЛ	Програма «Доступні ліки»
ПМГ	Програма медичних гарантій
ПМД	первинна медична допомога
ХБРЯВР	хімічні, біологічні, радіологічні, ядерні та вибухові речовини
ЦГЗ МОЗу	Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України



Короткий огляд

Незважаючи на продовження війни в Україні, уряд готується до відновлення та відбудови країни. Враховуючи масштаби атак на систему охорони здоров'я та, як наслідок, порушення її функціонування, відбудова системи охорони здоров'я є невід'ємною частиною відбудови країни. Безпосередніми пріоритетами у процесі відновлення є забезпечення надання основних послуг, реагування на нові потреби фізичного та психічного здоров'я, захист громадського здоров'я та забезпечення безпечного та привабливого середовища для повернення як медичних працівників, так і населення в цілому.

У цьому документі окреслено стратегічні напрями для післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я в короткостроковій і довгостроковій перспективі, одночасно з продовженням надання основних послуг у сфері охорони здоров'я під час вторгнення, що наразі триває. Стратегічні напрямки базуються на п'яти принципах. Ці принципи (або положення) можуть використовуватися як критерії для оцінки потенційних інвестицій у заходи з метою забезпечення надання якісних індивідуальних медичних послуг і послуг у галузі громадського здоров'я, а не лише відбудови того, що було зруйновано під час війни. Мета застосування цих принципів полягає в необхідності узгодити очікувані інвестиції у процес відновлення з пріоритетними напрямками розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Принципи (або положення):

- пацієнтоцентричність (орієнтованість на людину)
- рівність і фінансовий захист
- резильєнтність
- ефективність і стабільність
- підзвітність.

Ці принципи слід застосовувати одночасно із реалізацією проєкту Стратегії охорони здоров'я до 2030 року, щоб узгодити інвестиції у відновлення системи охорони здоров'я зі стратегією реформ галузі та інтегрувати їх у поточну гуманітарну допомогу.

На рис. 1 зображено пацієнтоцентричну систему охорони здоров'я. Цю модель слід посилити в межах заходів із відновлення системи охорони здоров'я в Україні. На людей безпосередньо впливає як система громадського здоров'я, так і надання індивідуальних послуг у галузі охорони здоров'я. Для надання цих послуг необхідні кваліфіковані медичні працівники та інші ресурси (ліки та медичні вироби, обладнання, фізична та цифрова інфраструктура). Ефективні моделі фінансування та управління забезпечують злагоджене функціонування системи



охорони здоров'я, що встановлюють стимули та правила для роботи системи. Застосування принципів, викладених в цьому документі, дозволить уряду оцінювати доцільність заходів з відновлення системи охорони здоров'я задля (i) забезпечення добре скоординованого інвестиційного підходу, який відповідає основним напрямкам реформи системи охорони здоров'я України, зокрема процесу вступу до Європейського Союзу, та (ii) прискорення трансформації системи охорони здоров'я для того, щоб приносити більше користі населенню. У таблиці 1 визначені практичні приклади застосування цих 5 принципів до кожного аспекту системи охорони здоров'я, зокрема те, що варто (зелене світло) та не варто (червоне світло) робити.

Дані принципи допомагають знайти відповіді на питання «що» та «як» робити, але в цьому документі також ми намагаємося підійти до питання «коли», надаючи конкретну ілюстрацію послідовних пріоритетів і динаміки між заходами, які впроваджуватимуться напочатку та в подальшому. Це означає, що початкова реакція на контекст війни може закласти основу для переходу від кризового управління до нормального функціонування системи охорони здоров'я. Центральним у цьому переході є (пере)будова та розширення мережі надання послуг у галузі охорони здоров'я із первинною медичною допомогою в центрі цього підходу, зокрема покращення доступу до медичних засобів і епіднадзора. Подальші дії повинні доповнити мережу ПМД відновленими та реструктуризованими багатопрофільними лікарнями та амбулаторними спеціалізованими центрами, використовуючи екологічний підхід до проектування інфраструктури з метою зменшення майбутнього споживання енергії та поточних витрат. Таким чином, заходи, які впроваджуватимуться напочатку та в подальшому, тісно пов'язані: послідовність пропонує загальне визначення пріоритетів, узгоджених з принципами, щодо дій, необхідних для забезпечення надання індивідуальних послуг у галузі охорони здоров'я та послуг у галузі громадського здоров'я особам, які їх потребують. Застосування принципів може допомогти уряду розробити план відновлення, який узгоджує національну політику та залучення різних зацікавлених сторін із бажаною трансформацією системи охорони здоров'я.



Рис. 1. Система охорони здоров'я, орієнтована на людину

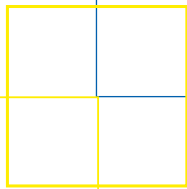
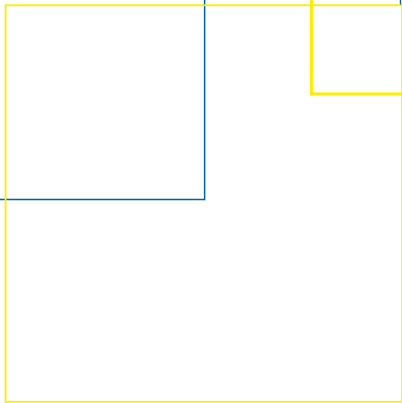
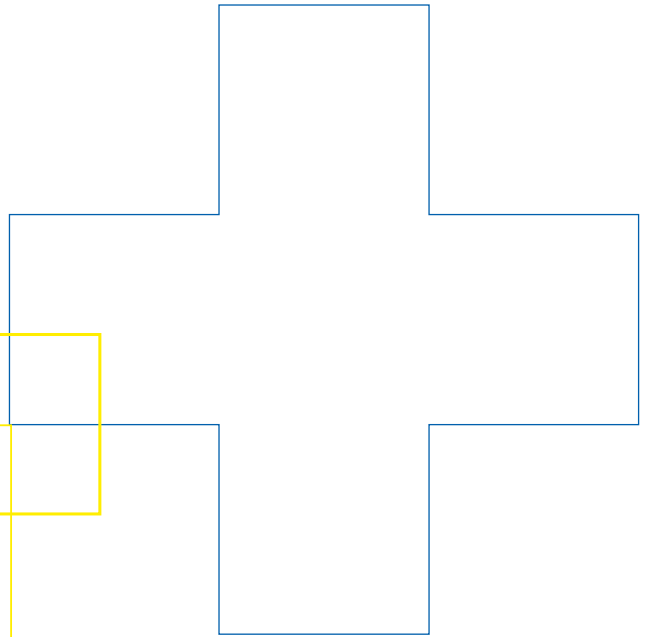
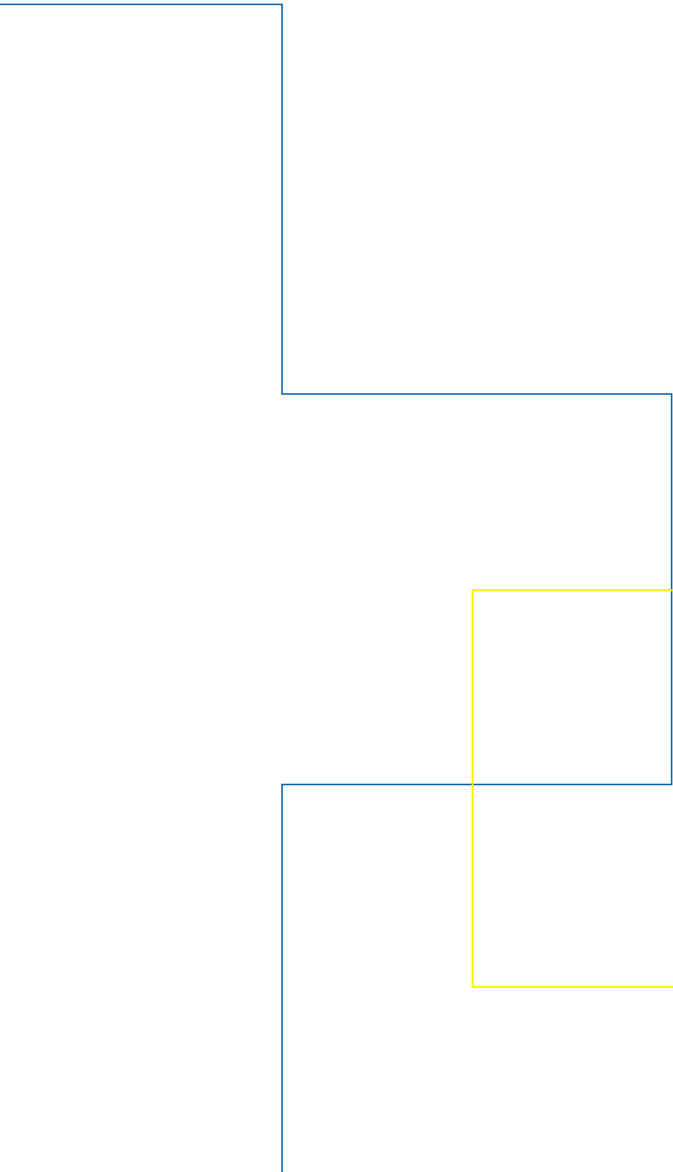
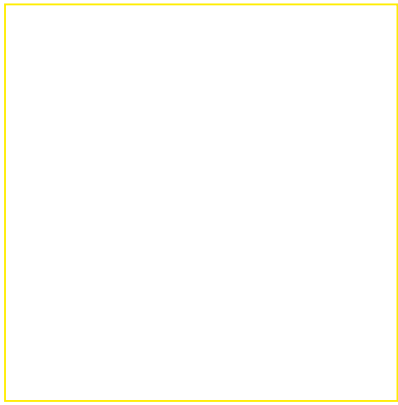
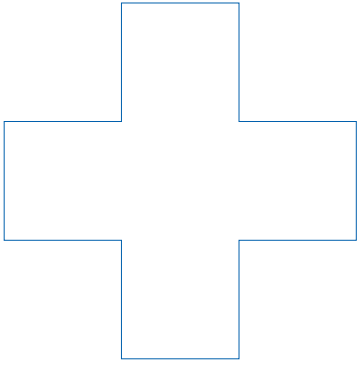
Таблиця 1. Приклади впровадження принципів у процес відновлення та трансформації системи охорони здоров'я, з послідовністю

Функції та приклади	Зелене/ червоне світло	Початкові заходи	Подальші заходи
Громадське здоров'я, готовність до надзвичайних ситуацій і реагування			
Чітко розмежувати ролі, обов'язки та підзвітність, а також розвинути потенціал ЦГЗ МОЗу, Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗу, обласних центрів контролю та профілактики хвороб і місцевих органів влади у питаннях функціонування системи та надання послуг у галузі громадського здоров'я	●	X	
Впровадити рекомендації СЗО (IEE) щодо готовності до надзвичайних ситуацій та узгодити з вимогами вступу до ЄС	●	X	X
Забезпечити інтеграцію та координацію послуг у галузі громадського здоров'я з індивідуальними послугами, зокрема на первинній ланці	●	X	X
Не залучати інвестиції в систему громадського здоров'я окремо за кожною хворобою, станом чи програмою	●		
Надання індивідуальних послуг у галузі охорони здоров'я			
Координувати та інтегрувати гуманітарну допомогу в системи урядування та надання послуг державними закладами	●	X	
Посилити, розширити та збільшити обсяг послуг первинної медичної допомоги (також див. розділ «Інфраструктура»)	●	X	X
Розробити плани для багатопрофільних лікарень, організованих за територіальним принципом (також див. розділ «Інфраструктура»)	●	X	
Удосконалити клінічні протоколи та збір і використання даних із електронних системи охорони здоров'я та фінансової інформації (які мають бути функціонально сумісними)	●	X	X
Не надавати перевагу спеціалізованим лікарням перед закладами первинної медичної допомоги та багатопрофільними закладами	●		
Не організовувати мережу закладів охорони здоров'я за адміністративним принципом (окремо для кожного рівня місцевої адміністрації)	●		
Кадрові ресурси системи охорони здоров'я			
Стимулювати та готуватися до повернення працівників галузі охорони здоров'я. Розробити цифровий реєстр людських ресурсів у системі охорони здоров'я	●	X	
Забезпечити модульну підготовку для задоволення потреб, які виникли у зв'язку із війною, зокрема тих, що стосуються психічного здоров'я, гендерно-обумовленого та сексуального насильства, фізичної реабілітації та загрози здоров'ю з боку ХБРЯВР	●	X	
Визначити кількісні потреби в людських ресурсах у галузі охорони здоров'я відповідно до оновленої моделі надання послуг	●	X	
Покращувати медичну освіту та професійне регулювання у галузі охорони здоров'я (ліцензування, саморегулювання)	●	X	X
Не створювати окремі напрямки для освіти в галузі громадського здоров'я та медицини	●		
Інфраструктура (фізична, цифрова), обладнання та ліки (також див. розділ «Надання індивідуальних послуг у галузі охорони здоров'я»)			
Відремонтувати або відбудувати заклади ПМД відповідно до розширеної та покращеної моделі надання послуг, враховуючи енергоефективні підходи, забезпечуючи стійкість до змін клімату, інфекційних захворювань, екологічну стійкість	●	X	X
Провести критичні короткострокові ремонтні роботи в лікарнях, враховуючи потребу збільшення енергоефективності та необхідність мінімізації негативного впливу на навколишнє середовище	●	X	
Розробити плани реконструкції та будівництва закладів охорони здоров'я із наданням пріоритету багатопрофільним закладам, розвиваючи мережу за територіальним принципом та дотримуючись принципу рівності між різними регіонами	●	X	
Відбудувати або побудувати заклади вторинної та третинної медичної допомоги на основі узгоджених планів госпітальних округів, враховуючи енергоефективні підходи, забезпечуючи стійкість до змін клімату, інфекційних захворювань, екологічну стійкість	●		X

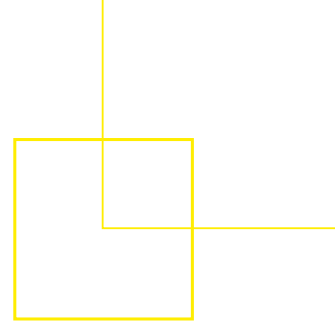
Таблиця 1. продовж.

Функції та приклади	Зелене/ червоне світло	Початкові заходи	Подальші заходи
Відновити та зміцнити IT-інфраструктуру, зокрема забезпечити наявність необхідного обладнання і його підключення	●	X	X
Спланувати потребу, закупити та керувати процесом інвентаризації дорогого високотехнологічного медичного обладнання	●	X	X
Продовжувати та покращувати ефективність централізованих закупівель лікарських засобів, а також закупівлю послуг ПМГ через НСЗУ разом із відшкодуванням програми «Доступні ліки» через приватні аптеки	●	X	X
Відновити або зміцнити власний потенціал виробництва вакцин, фармацевтичних препаратів і виробів медичного призначення	●	X	X
Оновити нормативно-правову базу для регулювання виробництва та обігу лікарських засобів і виробів медичного призначення	●	X	X
Розробити національну програму біомедичних досліджень та розробок з інвестиціями в науку і технології, щоб допомогти в модернізації промисловості з виробництва лікарських засобів і виробів медичного призначення	●		X
Не просто відновити те, що було знищено/пошкоджено війною, а відштовхуватись від оцінки потреб і планування мережі надання послуг (також див. розділ «Надання індивідуальних послуг у галузі охорони здоров'я»)	●		
Не створювати/відбудовувати фрагментовані електронні системи охорони здоров'я та фінансової інформації	●		
Фінансування системи охорони здоров'я			
Зміцнювати інституційну та кадрову спроможність НСЗУ, забезпечивши достатнє фінансування на адміністративні витрати	●	X	X
Перевести кошти на оплату комунальних послуг закладів охорони здоров'я з бюджетів місцевого самоврядування до НСЗУ, таким чином повністю перетворивши НСЗУ в єдиного стратегічного закупівельника послуг	●		X
Удосконалити інформаційні системи НСЗУ, щоб забезпечити гнучкість стратегічних закупівель ПМГ шляхом адаптації оплат на основі формул (наприклад, щоб реагувати на мобільність населення) та стимулювати реструктуризацію закладів	●	X	X
Розширити впровадження податків на продукти, що шкодять здоров'ю, для зміцнення здоров'я та збільшення надходжень до бюджету	●	X	X
Вдосконалити процедури обліку капітальних витрат та обладнання (див. розділ «Інфраструктура»)	●	X	
Зміцнити автономію та підзвітність систем фінансового менеджменту на рівні закладів	●	X	X
Не повертатися до тенденції 2016–2019 рр. постійного зниження пріоритету охорони здоров'я в державних видатках	●		
Не відходити від універсального права на отримання послуг у галузі охорони здоров'я. Продовжити фінансування системи охорони здоров'я за рахунок загальних надходжень до бюджету	●		
Врядування в галузі охорони здоров'я			
Уточнити функції, обов'язки та відносини на всіх рівнях державних органів, які відповідають за галузь охорони здоров'я. Сприяти нарощуванню їхнього потенціалу	●	X	
Підвищити залученість громадян до планування рішень, які їх стосуються	●	X	X
Посилити прозорість і незалежний нагляд за капітальними інвестиціями	●	X	X
Інтегрувати або створити сумісні інформаційні системи, забезпечуючи кібербезпеку	●	X	X
Не зменшувати автономію закладів (менеджмент закладами охорони здоров'я має важливе значення для відновлення)	●		

ХБРЯВР: хімічні, біологічні, радіологічні, ядерні та вибухові речовини; ЄС: Європейський союз; IT: інформаційні технології; СЗО (JEE): спільна зовнішня оцінка (Joint External Evaluation); НСЗУ: Національна служба здоров'я України; ПМД: первинна медична допомога; ПМГ: програма медичних гарантій; ЦГЗ МОЗу: Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України.

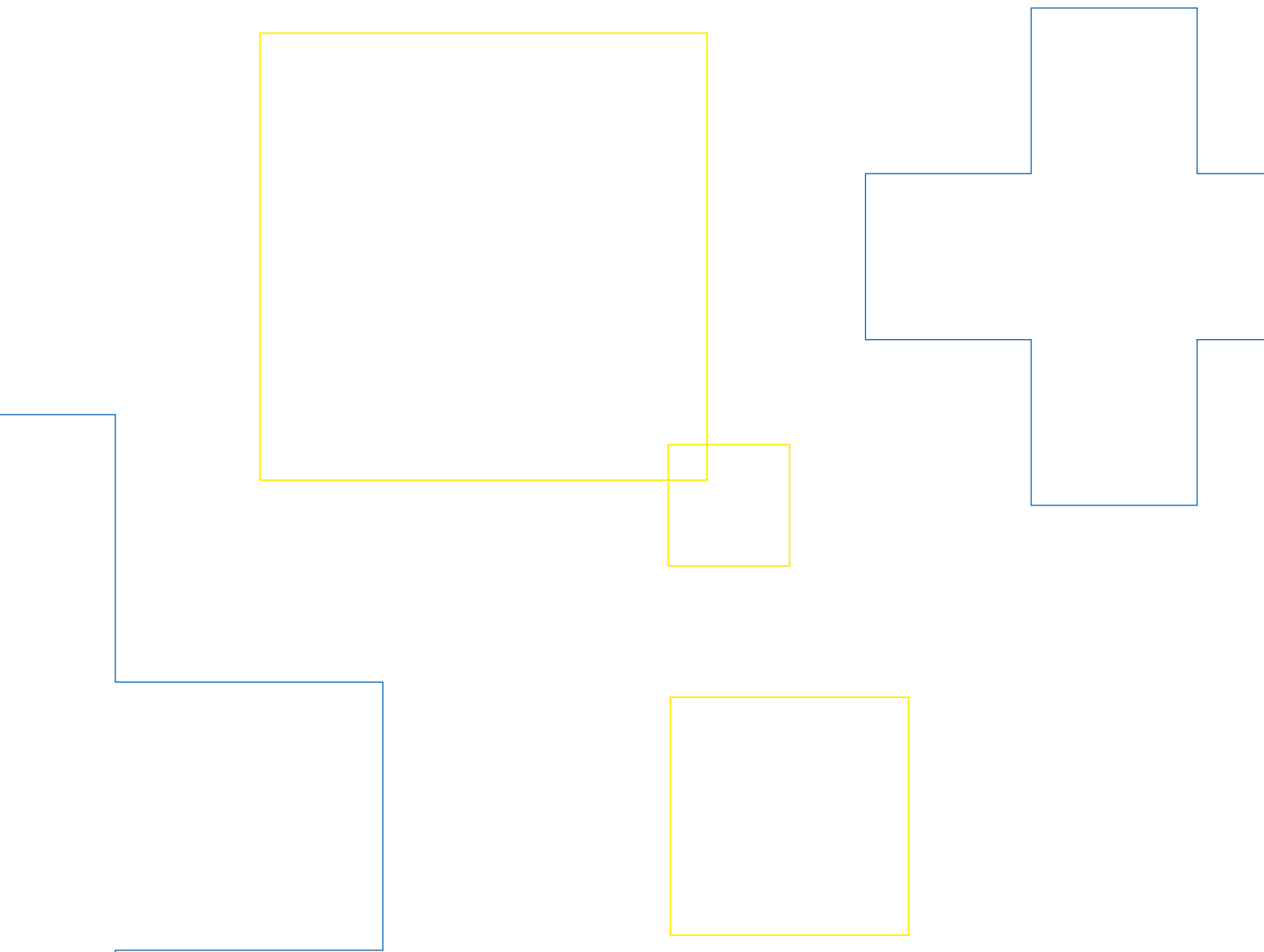


1. Вступ



Незважаючи на продовження війни, уряд України висловив бажання підготуватися до відновлення та відбудови всіх галузей економіки, зокрема й галузі охорони здоров'я. Війна призвела до збільшення потреб населення в медичній допомозі, водночас знизивши здатність системи надавати послуги, при цьому в різних регіонах країни ситуація суттєво різниться. Деякі заклади були зруйновані, в той час як інші переповнені пацієнтами, які звертаються по допомогу у зв'язку з травмами та пораненнями внаслідок воєнних дій. Проблеми переміщення великої кількості населення та необхідності задовольняти нові потреби в галузі охорони здоров'я посилюються наслідками війни, що впливають на спроможність системи надавати послуги. Наприклад, люди з хронічними захворюваннями відчувають погіршення їхнього стану через перерване лікування. Дані виклики, разом із наслідками пандемії COVID-19, посилили вплив війни на здоров'я населення, спричинивши сплеск потреб в психологічній допомозі та психосоціальній підтримці. Даний сплеск тільки починається та, ймовірно, триватиме й надалі. Наслідки порушень надання профілактичних послуг будуть все більш помітні протягом наступних років, зокрема підвищений ризик інфекційних захворювань, яким можна запобігти за допомогою вакцинації. Без цілеспрямованих зусиль з метою надолужити ці важливі інтервенції в галузі охорони здоров'я, вплив проблем, спричинених війною, може дорівнювати або перевищити показники прямої захворюваності та смертності, що пов'язані з бойовими діями.

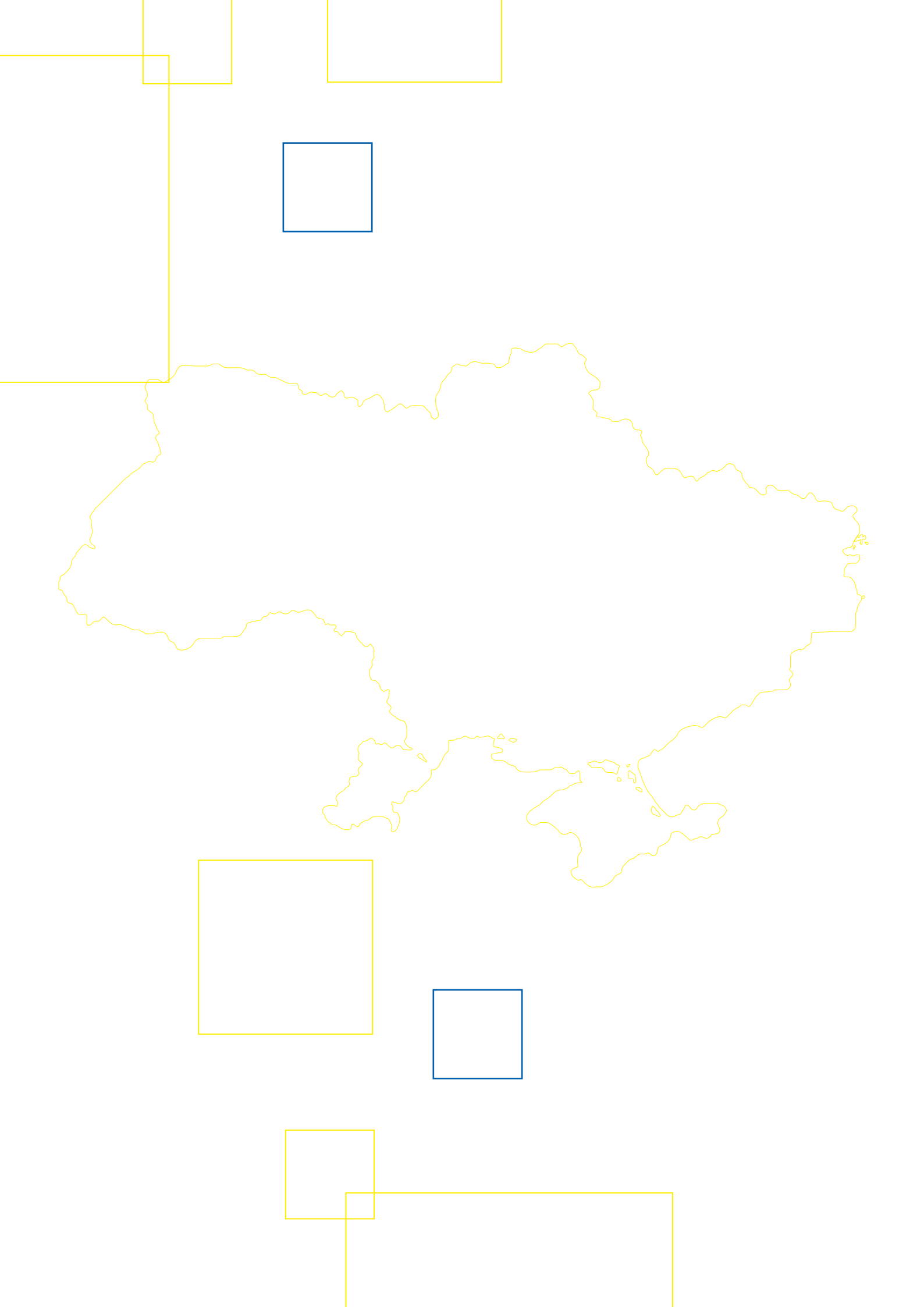
У цьому документі коротко викладені аргументи, чому здоров'я та система охорони здоров'я є невід'ємною частиною національного процесу відновлення. У документі також визначені стратегічні заходи задля підтримки надання основних послуг охорони здоров'я у постраждалих від війни регіонах у короткостроковій перспективі та для довгострокового післявоєнного відновлення та трансформації системи охорони здоров'я. Окрім цього, в документі описані спроможності та функціонал, необхідні для забезпечення резильєнтності до надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я. У документі запропонований набір принципів (або критеріїв), за якими можна оцінити потенційні інвестиції у зміцнення функціонування системи охорони здоров'я. Дані принципи допомагають узгодити потенційні інвестиції у відбудову з пріоритетними напрямками розвитку системи охорони здоров'я. Цей набір принципів також може стати основою для узгодженої розробки більш детального плану відновлення сектора охорони здоров'я в найближчі місяці.



2. Важливість системи охорони здоров'я для миру та відновлення країни

Система охорони здоров'я та здоров'я в цілому є важливими компонентами відновлення, миру та безпеки в Україні з таких причин.

- **Збереження та відбудова.** Україна зазнала тривожно великої кількості нападів на систему охорону здоров'я. Фізичне знищення ресурсів охорони здоров'я у поєднанні з психологічним впливом війни на медичних працівників і населення в цілому матиме тривалі наслідки. Збереження та відновлення системи охорони здоров'я має вирішальне значення для того, щоб забезпечити відчуття безпеки та нормальності для всіх.
- **Відновлення.** Задоволення потреб у галузі охорони здоров'я — це не лише короткострокове гуманітарне зобов'язання, а й невід'ємна частина добробуту людей та інвестиції, необхідні для довгострокового відновлення та розвитку України. Доступність якісних медичних послуг та ліків має важливе значення для рішення людей, які втекли від війни, щодо можливості повернутися до своїх домівок, для примирення на рівні громади та для збереження довіри до органів державної влади. Зміцнення сектору охорони здоров'я для залучення та повернення медичних працівників і населення в цілому є життєво необхідним для відновлення країни.
- **Захист.** Крім надання клінічних послуг, війна порушила процес надання послуг в галузі громадського здоров'я, таких як епідеміологічний нагляд, а також доступ до безпечної води та їжі, збір сміття та боротьба з гризунами, наприклад. Крім того, війна стала причиною підвищення ризиків зараження, пов'язаних із навмисним або випадковим пошкодженням ядерних і хімічних об'єктів або використанням хімічної, біологічної чи ядерної зброї. Зміцнення системи громадського здоров'я має вирішальне значення для попередження цих ризиків шляхом підготовки до реагування на потенційні надзвичайні ситуації та небезпек всіх типів у галузі охорони здоров'я.
- **Процвітання.** Інвестиції у здоров'я та систему охорони здоров'я є передумовою сталого розвитку та сильної макроекономіки (1). Сектор охорони здоров'я робить ключовий внесок у стабільність і резильєнтність національних економік у всьому світі (2), а також є важливим роботодавцем (зокрема це істотне місце працевлаштування для жінок). Крім того, досвід пандемії COVID-19 та інших надзвичайних ситуацій показує, як швидко можуть втрачатися досягнення гендерної рівності серед працівників, в той час як інші форми нерівності можуть посилюватися.



3. Критерії для оцінки потенційних інвестицій у відновлення та трансформацію системи охорони здоров'я

Україна прагне зберегти, захистити та зміцнити здоров'я та добробут своїх громадян. Це знайшло відображення в національній політиці України (3), а також у схваленні ключових міжнародних декларацій, зокрема Талліннської хартії (4) та Політичної декларації засідання Генеральної Асамблеї ООН високого рівня (5). Президент України нещодавно анонсував ініціативу United24 (6), в якій медична допомога визначена як одна із галузей, куди буде спрямовуватися фінансова допомога від національних та іноземних партнерів. Багато міжнародних партнерів з розвитку та урядів інших держав, а також неурядові організації та окремі особи також планують підтримати зусилля уряду України щодо відновлення.

Для узгодження внутрішніх і міжнародних інвестицій у відновлення із проектом Стратегії охорони здоров'я до 2030 року (7), який розроблений урядом, у цьому документі визначено п'ять принципів, які також мають важливі наслідки для надання гуманітарної допомоги (короткострокова підтримка невідкладних потреб) і середньо- та довгострокових інвестицій в сектор охорони здоров'я. Ці принципи відображають цілі системи охорони здоров'я, але є більш операційними та пристосованими до поточної ситуації. Вони поширюються на рішення щодо відновлення, які приймаються на національному рівні (наприклад, план, який готує Національна рада з відновлення України від наслідків війни (8), що була створена президентом Володимиром Зеленським у квітні 2022 р.) або в межах багатогалузевих регіональних планів відновлення. Оскільки дані принципи не є специфічними для конкретного джерела фінансування чи географічної території, їх можна застосовувати як критерії для оцінки та скерування державних, приватних, багатосторонніх або двосторонніх джерел інвестицій. Вони також спрямовані на

те, щоб поточна гуманітарна допомога, яка надходить в країну, заклала основу для коротко- та середньострокового відновлення.

Для того, щоб отримати максимальну користь від використання принципів як критеріїв оцінки заходів із відновлення, важливо поставити правильне запитання про те, що потрібно оцінювати. Враховуючи прагнення України досягти загального охоплення послугами охорони здоров'я та безпеки у галузі охорони здоров'я, питання полягає не в тому «Як нам відновити пошкоджений або зруйнований медичний заклад?», а в тому «Як ми можемо найкращим чином забезпечити надання індивідуальних медичних послуг і послуг у галузі громадського здоров'я для населення, яке цього потребує?» Іншими словами, трансформація на шляху до більш стійкої, орієнтованої на людину, справедливої, ефективної та підзвітної системи охорони здоров'я — це головне, що необхідно взяти до уваги в процесі подальшого розвитку.

Принципи, запропоновані для використання як критерії оцінки заходів із відновлення системи охорони здоров'я:

Пацієнтоцентричність (орієнтованість на людину). Люди в центрі уваги — це більше, ніж гасло: серйозне ставлення до цієї концепції має важливі наслідки для організації як індивідуальних послуг, так послуг у галузі громадського здоров'я, а також для медичного персоналу, фінансування охорони здоров'я та врядування. Це означає, наприклад, що інвестиції не повинні підтримувати вертикальну систему надання послуг (організовану окремо по кожному захворюванню); натомість система охорони здоров'я має бути зосереджена на моделях, необхідних для комплексної підтримки здоров'я людини. Це можливо досягти шляхом інтеграції послуг, орієнтованих на конкретну хворобу або стан, у різні дисципліни охорони здоров'я, які скоординовані та зосереджені на потребах людини.

Рівність і фінансовий захист. Даний принцип тягне за собою зобов'язання задовольняти потреби тих, хто найбільше постраждав від конфлікту (як прямо, так і опосередковано), і тих, хто найбільше потребує послуг охорони здоров'я та має найменшу здатність впоратися з фінансовими витратами. Особливу увагу слід приділити найбільш вразливим групам населення, зокрема людям, які зазнали гендернозумовленого (в тому числі сексуального) насильства, а також тих, хто страждає від психічних і (або) фізичних травм, отриманих внаслідок війни. Людей, яких конфлікт загнав у бідність, слід захистити від фінансових бар'єрів і катастрофічних витрат, зокрема людей літнього віку із хронічними захворюваннями.

Резильєнтність. Цей принцип передбачає, що спільнота, система охорони здоров'я або суспільство загалом готові та здатні протистояти, поглинати, відновлюватися, адаптуватися та реагувати на небезпеки чи інші потрясіння вчасно та ефективно, зберігаючи та відновлюючи свої основні базові структури та функції (9, 10). Резильєнтні структури та процеси можуть захистити суспільство, роблячи системи більш надійними, тим самим роблячи громади більш об'єднаними, а людей — здоровішими. Для цього потрібні інституції та процеси управління, які дозволяють людям реагувати, навчатися та адаптуватися під час

кризи, щоб зменшити ризики порушення в наданні звичайних послуг, а також відстежувати, оцінювати та вирішувати зростаючі медичні потреби та ризики для громадського здоров'я. Наприклад, надзвичайні ситуації надають можливості для поглиблених системних оглядів і регулярних оцінок, з подальшими змінами для підвищення резильєнтності на основі отриманих уроків. Для цього також потрібні системи, які можуть адаптуватися до різноманітних обставин по всій країні та до конкретних контекстних змін, таких як переміщення послуг та зміна шляхів скерувань пацієнтів; втрата кваліфікованих медичних працівників; велика кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та біженців; ймовірно повільне або часткове повернення біженців; і зростаючі потреби в галузі охорони здоров'я серед всього населення. Для цього також необхідним є те, що Україна вже продемонструвала: здатність швидко адаптувати свої заклади та послуги та перерозподіляти кадрові ресурси в галузі охорони здоров'я, коли існує загроза безпеці країни.

Ефективність і стабільність. Для досягнення цілей України в галузі охорони здоров'я необхідним є ефективне використання наявних ресурсів, особливо у зв'язку з тим, що країна може зіткнутися з серйозними фіскальними обмеженнями в найближчі роки. Крім того, як показує досвід багатьох країн під час реагування на COVID-19, ефективний підхід повинен враховувати не тільки негайну потребу в ресурсах, але й потребу в резерві/потенційному нарощенні потужностей. Як і у випадку з орієнтованістю на людину, розподіл і використання ресурсів у системі охорони здоров'я має вирішальні наслідки на доступність послуг і, таким чином, на планування майбутніх інвестицій. Сюди також відноситься контекст триваючої війни, коли наявні ресурси та місце розташування послуг необхідно адаптувати до демографічних показників, що змінюються. Стабільність являє собою споріднене, але інше поняття, яке стосується здатності країни досягати прогресу в досягненні своїх цілей з плином часу, таких як універсальне охоплення послугами охорони здоров'я.

Підзвітність. Підзвітна система охорони здоров'я й, відповідно уряд, відповідають своїм зобов'язанням у галузі охорони здоров'я та несуть відповідальність перед населенням за свою роботу та використання ресурсів. Для забезпечення виконання зобов'язань уряду України важливо мати чітко визначені ролі та відносини як між урядовими структурами, так і серед їхніх підпорядкованих інституцій (зокрема, Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я України (НСЗУ), Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України (ЦГЗ МОЗу) та Центрального агентства із закупівель «Медичні закупівлі України») і на всіх рівнях влади. Необхідно також узгодити процедури залучення громадян та спільноти до розробки планів; стандартизованого бюджетування, бухгалтерського обліку та фінансової звітності; забезпечення прозорості витрат та закупівель; зменшення корупційних ризиків; і чіткої комунікації. Ефективність систем підзвітності та фінансового менеджменту залежить від механізмів, які використовуються для використання бюджету, зокрема від того, як відбувається скерування коштів та підтримки в натуральній формі, які надходять до країни. Наприклад, бажано, щоб кошти для забезпечення витрат на надання медичних послуг надходили через закупівельні механізми Національної служби охорони здоров'я в межах Програми медичних гарантій (ПМГ). Хоча й варто визнати, що деякі ресурси будуть надходити окремо (наприклад,

безпосередньо постачальникам послуг і фізичним особам), у максимально можливому обсязі вони мають бути інтегровані (або принаймні скоординовані) з угодами щодо закупівлі медичних послуг через НСЗУ. Капітальні інвестиції мають бути прозорими та використовувати прийняті національні практики закупівель і (або) усталені практики партнерів із розвитку.

Ці принципи не є новими для України: вони опосередковано або явно зазначені в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 рр. (3), а також у проєкті Стратегії охорони здоров'я до 2030 року (7). Пропозиція полягає у використанні даних принципів як критеріїв як для оцінки, так і для спрямування потенційних інвестицій відповідно до основних напрямків політики в галузі охорони здоров'я України. Це стане міцною основою для забезпечення добре скоординованого та адаптивного підходу до інвестування у відновлення системи охорони здоров'я. Фактично, принципи визначають, як реалізувати гасло «відбудувати краще» або, що є більш бажаним, «будувати нове прогресивнішим способом». Відновлення має керуватися довоєнними стратегіями та процесами реформування сектору охорони здоров'я, реагуючи на зміну потреб населення в галузі охорони здоров'я та зменшуючи існуючу неефективність, щоб побудувати більш надійну та стійку систему охорони здоров'я, яка здатна поглинати майбутні шоки та кризи. Такий підхід відображає широку та глибоку підтримку ВООЗ напрямку реформування охорони здоров'я, який уже викладено урядом України в чинних законах, постановах, стратегіях і планах, водночас визнаючи, що для повної реалізації цих положень ще необхідні критичні кроки, враховуючи довоєнні проблеми в реалізації реформи.



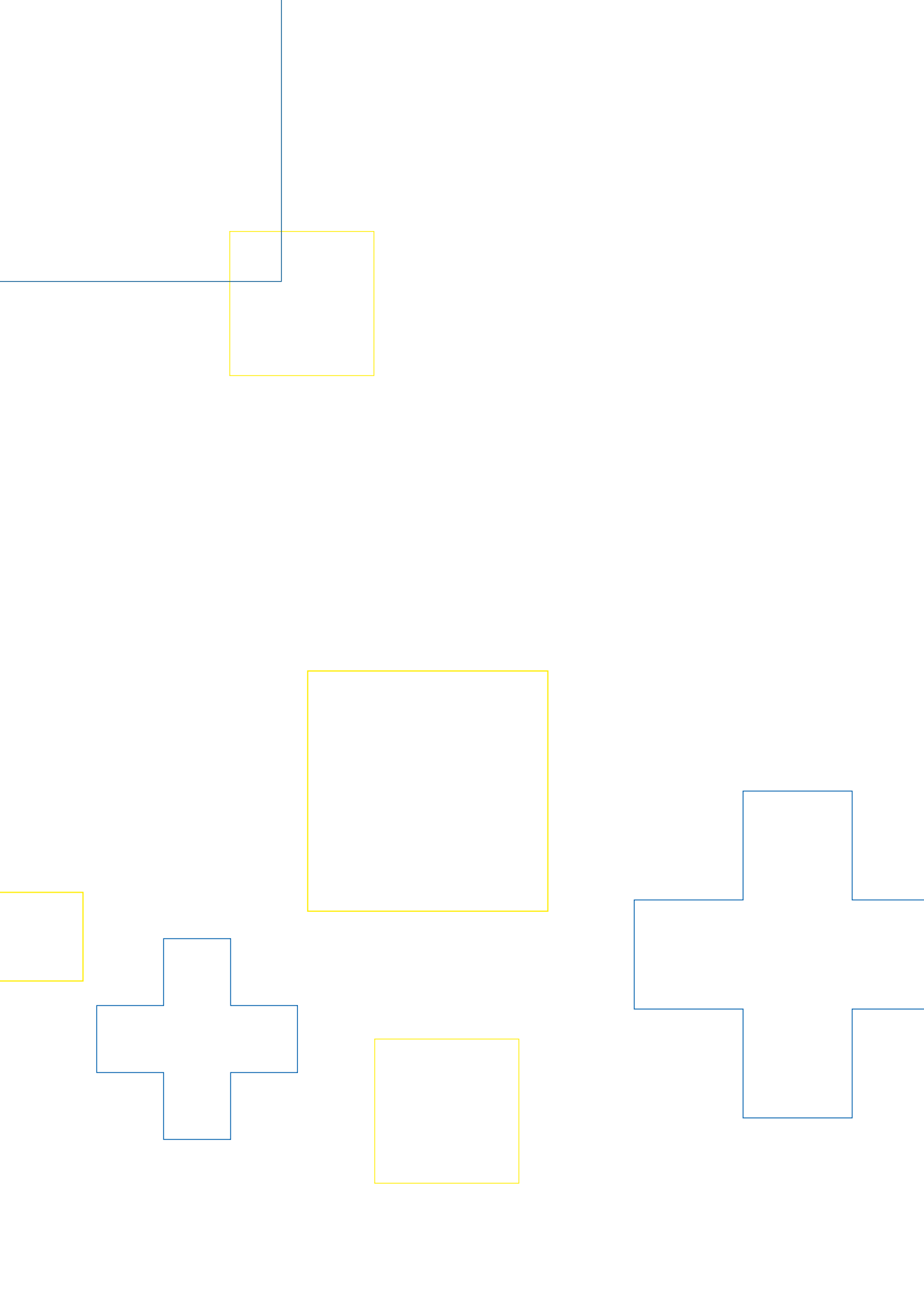


150

FORUS

DEFEATERS





4. Динамічне, послідовне бачення відновлення системи охорони здоров'я України

П'ять принципів, викладених у цьому документі, допомагають знайти відповіді на питання «що» та «як» робити в межах відновлення, але для планування також важливо визначити конкретні послідовні пріоритети. Контекст війни вимагає негайного реагування, зокрема відновлення функціональності мережі закладів охорони здоров'я та забезпечення доступу до основних послуг для задоволення поточних, зростаючих і нових потреб у галузі охорони здоров'я та загроз для громадського здоров'я. Поки триває реагування на надзвичайну ситуацію в межах війни, можна закласти основу для переходу від кризового управління (коли національні та місцеві органи влади діють в умовах воєнного стану та отримують гуманітарну допомогу, спрямовану на покриття нагальних потреб) до виконання звичайних ролей на всіх рівнях влади, впроваджуючи довгострокові реформи й забезпечуючи розвиток системи. Це вимагає стабільного, але динамічного бачення відновлення системи охорони здоров'я в Україні, яке:

- ґрунтується на сильних сторонах існуючої системи в Україні, попереднього порядку денного проведення реформ, існуючих установах і людського капіталу;
- якомога раніше пов'язує гуманітарну допомогу із середньостроковим розвитком системи, знаходячи можливості для стабілізації, поглиблення та прискорення реалізації існуючої стратегії реформ в Україні;
- враховує викладені вище принципи як критерії для розробки заходів та плану відновлення; та
- включає реалістичну послідовність впровадження заходів із відновлення.

Для досягнення цього бачення потрібен послідовний, але динамічний підхід, який визнає, що дії на багатьох фронтах пов'язані між собою та що існують певні пріоритети, але також, що залежно від ситуації деякі заходи можуть пересікатись. Для початку, гуманітарна допомога/короткострокова підтримка для задоволення невідкладних потреб (як грошова, так і допомога в натуральній формі) має бути негайно (або як тільки це стане можливим, залежно від різних обставин і наслідків війни в різних частинах країни) інтегрована в рутинне функціонування закладів і служб, які підпорядковуються системі охорони здоров'я України. Разом із цим,

необхідно зміцнити існуючі, відремонтовані або перебудовані заклади первинної медичної допомоги таким чином, щоб вони були більш орієнтованими на людину та на задоволення потреб тих, хто найбільше цього потребує, а також збільшити їхній потенціал надавати розширений перелік послуг. На практиці, розширення послуг первинної медичної допомоги включає в себе:

- переведення стаціонарних послуг на амбулаторний рівень в межах трансформації системи охорони здоров'я та збільшення охоплення населення цими послугами;
- розширення обсягу послуг, які надаються відповідно до клінічних протоколів;
- розширення переліку послуг для задоволення критичних потреб, що виникли в результаті війни, зокрема робота з травмою та реабілітацію, проблеми з боку психічного здоров'я, допомога особам, які пережили гендернозумовлене (в т.ч. сексуальне) насильство, та координацію послуг для ВПО;
- посилення зв'язків та ефективніша координація із системою громадського здоров'я (наприклад, питання санітарії, харчування та епідагляду за COVID-19 та іншими потенційними загрозами для громадського здоров'я);
- розширення послуг з профілактики хвороб і підтримки здорового способу життя на рівні громади;
- розширення надання послуг у спільноті шляхом залучення мобільних бригад, які наразі надають основні медичні послуги в рамках гуманітарної допомоги, які згодом можуть стати частиною надання послуг у форматі виїзних консультацій для віддалених районів або пацієнтів з обмеженими можливостями, або ж забезпечити надолуження у наданні основних послуг, таких як імунізація та скринінги (11).

Інтеграція послуг, що наразі надаються через гуманітарну допомогу (короткострокова підтримка невідкладних потреб), у розширені послуги первинної медичної допомоги (ПМД) повинна бути інституціоналізована шляхом адаптації існуючих моделей фінансування постачальників послуг через НСЗУ. Нові моделі фінансування мають покривати як послуги у сфері охорони здоров'я, так і основні лікарські засоби, оплата за які зараз здійснюється здебільшого громадянами власним коштом. Очікуючи скорочення гуманітарних поставок лікарських засобів та виробів медичного призначення, пріоритетним напрямком має бути розширення централізованих закупівель лікарських засобів і реімбурсації через НСЗУ в рамках програми «Доступні ліки». Це також сприятиме переведенню частини стаціонарних послуг на амбулаторний рівень. Разом із цим, необхідно звернути увагу на відновлення роботи приватних і державних аптек на звільнених територіях, де це дозволяють умови, посилення спроможності Центрального закупівельного агентства «Медичні закупівлі України», зміцнення національного виробництва та ланцюгів постачання деяких товарів. У поєднанні з наявністю розширених послуг первинної медичної допомоги та покращеними взаємосумісними інформаційними системами охорони здоров'я та фінансовими системами, ці дії забезпечать портативність і безперервність медичної допомоги по всій країні. Кошти як з державних, так і з міжнародних джерел можуть бути об'єднані щоб забезпечити адаптивність (тобто резильєнтність), необхідну для надання послуг у дуже різних контекстах в межах країни (наприклад,

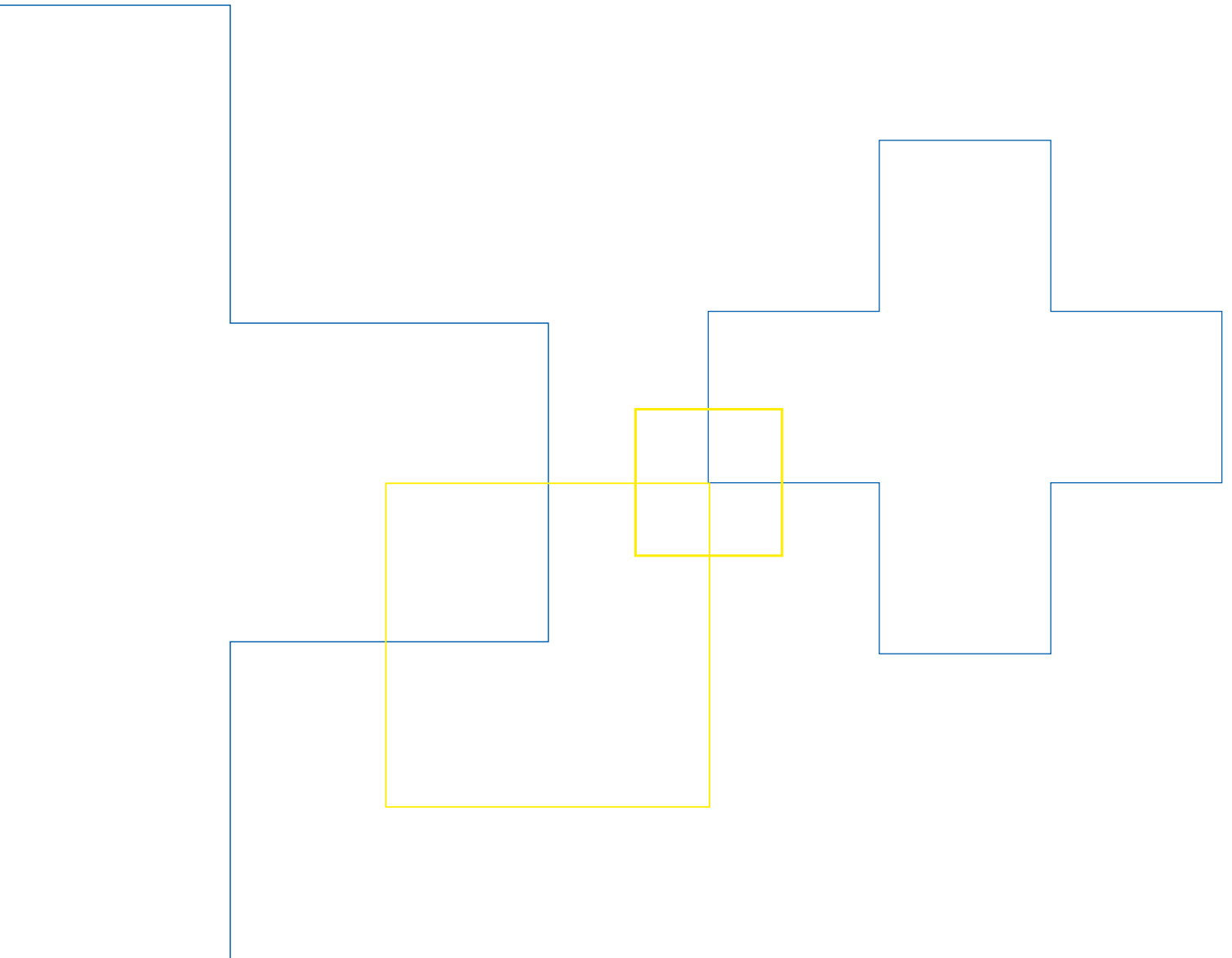
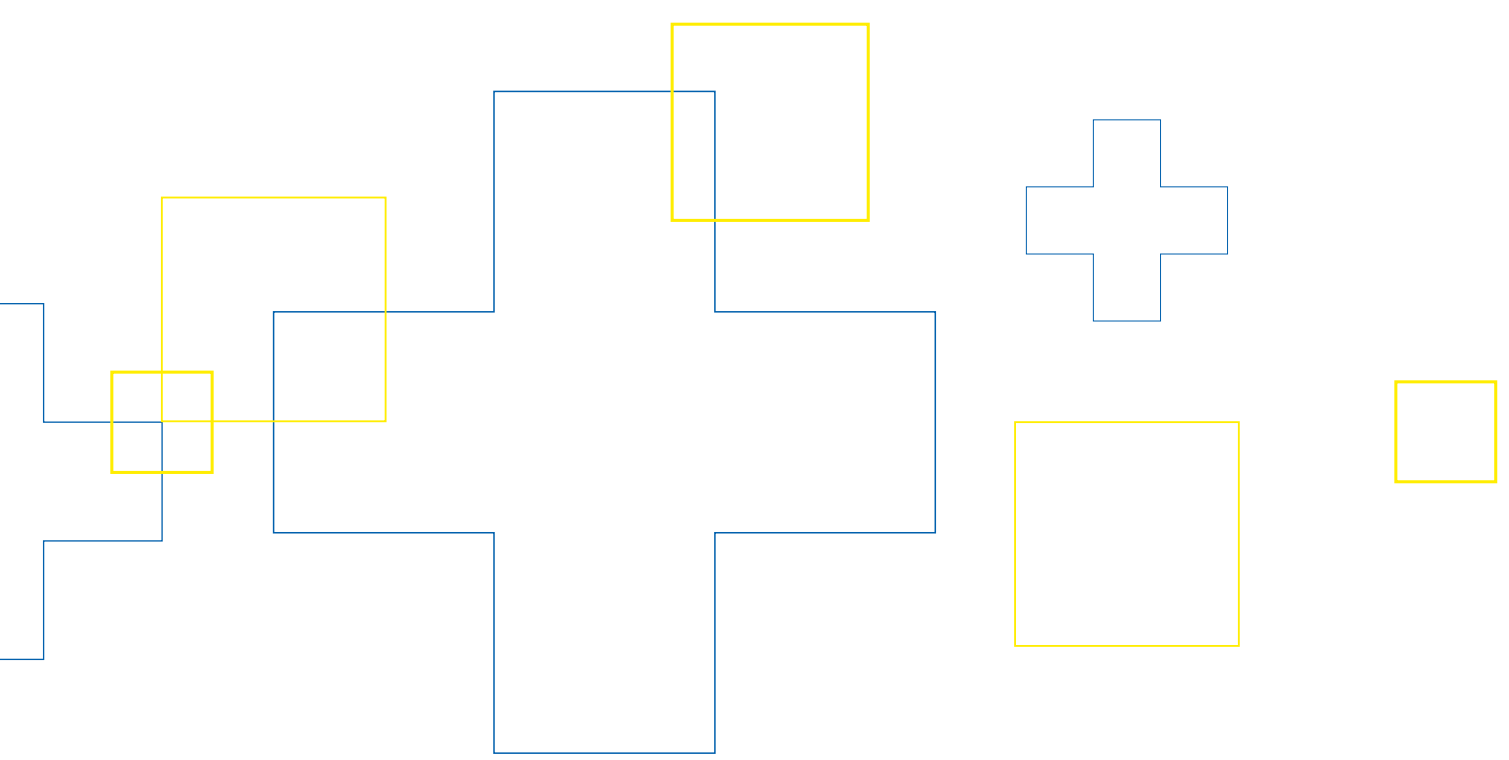
мобільність населення, велика кількість ВПО). Паралельно із цим, багатопрофільні лікарні мають бути (пере)будовані таким чином, щоб задовольнити очікувані потреби у вторинних і третинних послугах для кількості населення, яке проживає (або буде проживати) в кожній зоні охоплення, враховуючи потребу у послугах і наявність медичних працівників.

Початковий етап полягає у (пере)будові та розширенні послуг ПМД в процесі переходу від надання послуг в межах гуманітарної допомоги (за потреби) разом із покращенням доступу до лікарських засобів, травматологічної та невідкладної допомоги, а також посилення епідеміологічного нагляду. Це створить основу подальших дій щодо узгодження планів відбудови та реконструкції багатопрофільних лікарень і центрів амбулаторної допомоги. Враховуючи час, необхідний для відновлення та побудови медичної інфраструктури наступного покоління, початкові та подальші заходи можуть бути розпочаті одночасно, але певні заходи матимуть пріоритет для якнайшвидшого залучення фінансування та (або) прогресувати швидше. В таблицях із зазначенням прикладів використання принципів в межах різних функцій системи охорони здоров'я, які наведено в кінці кожного підрозділу 5, підсумовано приклади заходів, які варто (зелене світло) або не варто (червоне світло) впроваджувати, а також запропоновано поділ на початкові та подальші заходи.

Правильна послідовність дій забезпечує гнучкість, необхідну для адаптації впровадження плану відновлення до різних ситуацій та умов у різних регіонах України. Чотири фактори істотно відрізнятимуться в різних регіонах країни, а отже їх слід враховувати для контекстуалізації: (i) статус конфлікту (наприклад, державний контроль над територіями з різним рівнем порушення надання послуг, території бойових дій або території, які тимчасово не контролюються урядом); (ii) кількість ВПО та (або) біженців, що повертаються; (iii) кількість медичних працівників, які залишаються в медичних закладах або в регіоні; та (iv) перехід від військового до цивільного управління та використання медичних установ.

Послідовність заходів із відновлення також висвітлює практичні рішення для низки питань, які є особливо важливими в межах координації державних інвестицій із інвестиціями партнерів з розвитку. Рішення включають:

- визнання різних часових рамок для різних видів інвестицій, зокрема, розвиток фізичної інфраструктури та людського капіталу (наприклад, навчання, наставництво);
- синхронізацію інвестицій партнерів із розвитку в регіони із вимогами національних стандартів/настанов, особливо з огляду на необхідність планувати інвестиції в інфраструктуру лікарень на місцях за територіальним принципом, а не за рівнем місцевої адміністрації, та надання пріоритету багатопрофільним закладам;
- координацію інвестицій та нарощування потенціалу з інституційною структурою, ролями та взаємовідносинами, зокрема можливість закупівлі послуг ПМГ через НСЗУ для забезпечення стабільності інвестицій у заклади охорони здоров'я. Надання керівництву медичних закладів повноважень покращувати облік і фінансове управління на рівні закладу.



5. Впровадження принципів у функціонування системи охорони здоров'я

На рис. 1 показана модель системи охорони здоров'я, орієнтована на людину. Громадське здоров'я та індивідуальні послуги безпосередньо впливають на людей; для надання цих послуг потрібні медичні працівники та інші ресурси (лікарські засоби, обладнання, інфраструктура), а також моделі фінансування та управління для встановлення стимулів і правил для злагодженого функціонування системи. У наступних розділах описано взаємозв'язок між функціями системи охорони здоров'я та принципами відновлення. Уряд України може використовувати ці принципи як критерії для оцінки потенційних інвестицій у відновлення системи охорони здоров'я, гнучко адаптуючи їх до різних контекстів по всій країні.



Рис. 1 Система охорони здоров'я, орієнтована на людину

5.1. Система громадського здоров'я, готовність до надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я та реагування на них

5.1.1. Міжсекторальна готовність до надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я та реагування на них

Україна буде відновлюватись (при цьому одночасно, можливо, вести бойові дії на певних напрямках) і водночас долатиме наслідки нинішньої війни та пандемії COVID-19 для здоров'я населення, при цьому продовжуючи докладати значних зусиль щодо впровадження реформи системи охорони здоров'я, розпочатої в 2016 році. Комбінація цих факторів підкреслює важливість підсилення потенціалу системи громадського здоров'я, зосередженої на профілактиці, готовності, виявленні та реагуванні, відповідно до Міжнародних медико-санітарних правил (2005 р.) і з використанням підходів, які залучають усі верстви суспільства, враховують можливі небезпеки всіх типів та концепцію «Єдине здоров'я» (таблиця 1). Спільна зовнішня оцінка, проведена у 2021 році, забезпечує інформацію про базовий рівень функціонування 19 основних напрямків Міжнародних медико-санітарних правил (2005 р.) в Україні. Основою майбутнього відновлення є зміцнення (а в деяких регіонах, наприклад, на нещодавно звільнених територіях, відновлення) послуг у галузі громадського здоров'я, зокрема посилення епіднадзора за захворюваннями та факторами ризику, моніторинг небезпек для здоров'я, обмін та інтеграція інформації між системою громадського здоров'я та закладами охорони здоров'я, розуміння поточних і майбутніх загроз, раннього виявлення та реагування, а також комунікація з населенням та координація відповідних органів для забезпечення належних заходів контролю та захисту.

Готовність до надзвичайних ситуацій дозволяє ефективно реагувати на загрози здоров'ю населення. Важливими факторами для цього є ресурси (наприклад, безпечні заклади, лабораторії та склади), якісна медична інформація та її аналіз, персонал з необхідними навичками та досвідом, інтеграція вимог Міжнародних медико-санітарних правил (2005 р.) у всі елементи системи охорони здоров'я, прийняття підходу «Єдине здоров'я», ефективна комунікація між рівнями влади та підтримка цивільно-військового зв'язку. Готовність до всіх видів небезпек набула нової гостроти внаслідок війни. Це стосується підготовки до загроз здоров'ю населення, що виникають через хімічні, біологічні, радіологічні, ядерні та вибухові речовини (ХБРЯВР). Тому важливо переглянути функції Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф для підвищення його спроможності, а також забезпечити взаємозв'язок з діяльністю ЦГЗ та мережею обласних центрів контролю та профілактики хвороб, Державної служби України з надзвичайних ситуацій та військово-медичних відомств, щоб Україна була готова до використання підходів до усіх типів небезпек.

Для підвищення ефективності, в межах процесу відновлення важливо також зменшити фрагментацію служб громадського здоров'я на національному та регіональному рівнях, уникати потенційних конфліктів інтересів і дублювання функцій, а також створити добре узгоджені внутрішньо- та міжвідомчі механізми координації (зокрема щодо безпеки харчових продуктів, здоров'я тварин, охорони навколишнього середовища, цивільного захисту, оборони та безпеки). Ці дії забезпечать комплексний підхід «Єдине здоров'я» в розбудові спроможності України

до підготовки та реагування на загрози здоров'ю будь-якого походження. У межах відновлення важливо також підтримати впровадження рекомендацій СЗО (JEE) та уроків, винесених із пандемії COVID-19 (12), а саме:

- прийняти п'ятирічний національний план дій з безпеки у галузі охорони здоров'я;
- розробити та впровадити багатогалузевий план реагування на надзвичайні ситуації на небезпеки всіх типів на основі національного картування та стратегічної оцінки ризиків;
- розробити та впровадити багатоетапну програму регулярних навчальних курсів, симуляцій і тренувань для всіх секторів;
- прийняти та впровадити підходи «Єдине здоров'я» та «небезпеки всіх типів» на рівні уряду, різних секторів та міністерств;
- залучити громади до повідомлення про можливі ризики та інформування про алгоритм дій;
- створити готову до дії архітектуру командування, контролю та координації, засновану на доказах і пристосовану до потреб громад;
- планувати дії на основі використання своєчасних і якісних даних як підґрунтя для прикладних досліджень і використання інформації;
- забезпечити повноцінний ланцюжок поставок та можливості оперативної підтримки, що можуть бути доступними в будь-який час;
- підготуватися до надання основних послуг у галузі охорони здоров'я людям, які змінюють постійне місце проживання;
- спланувати ресурси (людські, фінансові та матеріальні) для потенційного реагування на сплески у потребах населення.

СЗО (JEE) визначила сильніші та слабкіші сторони в основних функціях системи громадського здоров'я. Період відновлення створить можливості для покращення деяких слабких місць, таких як біологічна безпека та біозахист, системи епіднадзора, готовність до надзвичайних ситуацій, активація та координація медичних контрзаходів у випадку надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я та інформування про ризики небажаних подій. У багатьох із цих напрямків вже були докладені спеціальні зусилля під час війни. СЗО (JEE) також визначила сильні сторони системи громадського здоров'я у довоєнний час, такі як доступ до вакцин і їх розповсюдження, аналіз епідеміологічних даних, відповідність Міжнародним медико-санітарним правилам (2005 р.) та звітність в межах тристоронньої угоди ВООЗ — Всесвітня організація з охорони здоров'я тварин — Продовольча та сільськогосподарська організація Організації Об'єднаних Націй (13), польова епідеміологія, системи екстреної медичної допомоги, а також механізми реагування на радіологічні та ядерні загрози. Уряд України може використати ці сильні сторони та поглибити їх розвиток.

5.1.2. Система та послуги громадського здоров'я

Трансформація системи громадського здоров'я вже розпочалась в межах реформи та базується на ключових напрямках: охорона здоров'я, профілактика захворювань та сприяння здоровому способу життя. Для створення системи громадського здоров'я, яка здатна реагувати на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я, а також відповідати потребам населення, існує критична потреба в чіткому

розмежуванні ролей, відповідальності та підзвітності установ, які працюють в цій системі та за її межами. Це має бути закріплено на законодавчому рівні. Необхідно посилити роль ЦГЗ як найвищої професійної, політично незалежної та технічно спроможної інституції в галузі громадського здоров'я. Це можна зробити зокрема через делегування Центру повноважень щодо координації та управління обласними центрами контролю та профілактики хвороб, а також розподілу технічних ресурсів на основі власної оцінки ризиків. Центр також повинен узгоджувати та координувати свої зусилля з Міністерством охорони здоров'я як головним органом у формуванні політики у галузі охорони здоров'я. Це має забезпечити прийняття обґрунтованих рішень у галузі громадського здоров'я та підзвітність за весь континуум управління системою громадського здоров'я, зокрема оцінки потреб, планування та встановлення пріоритетів.

Приклад функції епідеміологічного нагляду (тобто систематичний і постійний збір, управління, аналіз, інтерпретація та поширення інформації з метою належного інформування осіб, які приймають рішення у галузі громадського здоров'я (14)) ілюструє, як можна застосувати принципи для ефективного спрямування інвестицій на послуги громадського здоров'я. Добре функціонуюча система епіднагляду покладається на (i) виявлення на рівні закладу; (ii) підтвердження, яке часто відбувається в лабораторіях; та (iii) реєстрацію, звітність та аналіз, які залежать від інтегрованих та ефективних інформаційних систем (15). Принципи **орієнтованості на людину** та **ефективності** разом передбачають організацію функції епіднагляду на рівні всієї системи охорони здоров'я, оскільки епіднагляд включає в себе наскрізні функції, які не обмежуються виключно зоною компетенції послуг щодо конкретної хвороби (таблиця 1). Відокремлені системи епіднагляду, коли вони організовані відповідно до захворювань або окремих груп населення, є застарілими, неефективними та не можуть задовольнити потреби в отриманні даних у режимі реального часу (16). Такі ізольовані системи також обмежують можливості застосування багатоцільових стратегій, які враховують повний спектр потреб людини (17).

Цей загальносистемний підхід узгоджується з рекомендаціями СЗО (ЖЕЕ) щодо покращення епіднагляду в Україні шляхом (i) впровадження електронної інтегрованої системи епіднагляду для моніторингу та рутинного нагляду за всіма інфекційними захворюваннями на всіх рівнях, а також для забезпечення скоординованого аналізу епідеміологічних та лабораторних даних; (ii) посилення міжгалузевої співпраці для уніфікованого підходу до епіднагляду на всіх рівнях, зокрема й з ветеринарним сектором, шляхом регулярних обмінів інформацією (наприклад, шляхом проведення щотижневих зустрічей); та (iii) покращення діяльності з епіднагляду за конкретними подіями на всіх рівнях, зокрема шляхом навчання персоналу та розширення існуючих підходів до спостереження за конкретними випадками, зокрема шляхом інтеграції додаткових джерел інформації. Ці рекомендації можуть бути реалізовані в межах відновлення для створення добре функціонуючої системи епідеміологічного нагляду, яка є чутливою та наскрізною (за межами вертикальних програм по кожному захворюванню).

Україна вже заповнила перший раунд опитувальника для потенційних держав-членів Європейського Союзу (ЄС). Процес вступу до ЄС також визначить обсяг необхідних заходів для зміцнення системи громадського здоров'я в таких галузях,

як нагляд за пріоритетними інфекційними захворюваннями; інтеграція систем раннього попередження в межах ЄС; виконання Міжнародних медико-санітарних правил (2005 р.); якість і безпека речовин людського походження, таких як кров, тканини та клітини; й вирішення основних детермінант і проблем охорони здоров'я, таких як здоров'я матері та дитини, психічне здоров'я та фактори ризику неінфекційних захворювань (контроль над тютюном, споживанням алкоголю та безпека дорожнього руху).

У центрі післявоєнного відновлення мають бути інвестиції в ці функції громадського здоров'я, які концентруються на потребах людини та орієнтовані на забезпечення готовності системи до реагування на надзвичайні ситуації. Ці послуги у галузі громадського здоров'я також тісно пов'язані з розширеною ПМД на рівні громади, та слугують основою майбутнього рівня здоров'я та добробуту українців. Для забезпечення ефективного реагування на нові загрози, знадобиться перегляд епідеміологічної ситуації, що може змінитись внаслідок війни. У світлі наслідків війни, забезпечення відновлення водопостачання та санітарних послуг є пріоритетом і має бути включено в заходи в межах гуманітарної допомоги та розширення спектру ПМД. Незважаючи на те, що люди можуть не вимагати або не знати про ці функції громадського здоров'я, вони є надзвичайно важливими для розбудови ефективної систем охорони здоров'я, орієнтованої на людину. Загалом, ця орієнтація вимагає міжсистемного, міжгалузевого та багаторівневого підходу до інвестування в кадрові ресурси системи громадського здоров'я, лабораторії та інформаційні системи в Україні на чолі з ЦГЗ (разом з обласними центрами контролю та профілактики хвороб, які зараз створюються).

Таблиця 1. Застосування принципів для системи громадського здоров'я, готовності до надзвичайних ситуацій та реагування, з послідовністю

Функції та приклади заходів	Зелене/ червоне світло	Початкові заходи	Подальші заходи
Чітко розмежувати ролі, обов'язки та підзвітність, а також розвинути потенціал ЦГЗ МОЗу, Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗу, обласних центрів контролю та профілактики хвороб і місцевих органів влади у питаннях функціонування системи та надання послуг у галузі громадського здоров'я	●	X	
Впровадити рекомендації СЗО (JEE) щодо готовності до надзвичайних ситуацій та узгодити з вимогами вступу до ЄС	●	X	X
Забезпечити інтеграцію та координацію послуг у галузі громадського здоров'я з індивідуальними послугами, зокрема на первинній ланці	●	X	X
Не залучати інвестиції в систему громадського здоров'я окремо за кожною хворобою, станом чи програмою	●		

5.2. Надання індивідуальних послуг у галузі охорони здоров'я

Україна матиме можливість трансформувати модель надання послуг охорони здоров'я, щоб краще задовольняти потреби своїх громадян у найближчі десятиліття, зокрема враховуючи такі фактори як (i) зростаючий тягар неінфекційних захворювань із значним рівнем смертності, яку можна уникнути; (ii) все ще актуальні проблеми боротьби з інфекційними захворюваннями, зокрема з туберкульозом, ВІЛ та інфекціями, яким можна запобігти вакцинацією; (iii) збільшення питомої ваги розладів психічного здоров'я та потреб у фізичній реабілітації внаслідок війни; та (iv) соціально-економічні проблеми, що так само впливають на фізичне та психічне здоров'я. Система охорони здоров'я повинна бути в змозі одночасно відновлювати надання послуг та адаптуватися до нових потреб та загроз у галузі охорони здоров'я, при цьому зменшуючи вже існуючі та нові бар'єри для доступу до послуг та прискорювати впровадження вже запланованих реформ. Покращення клінічної практики буде пріоритетом на всіх рівнях надання медичної допомоги. Цього можна досягти шляхом впровадження науково-обґрунтованих настанов/протоколів, покращення безперервної медичної освіти та розробки методів покращення якості. Пріоритетним завданням є покращення доступу та усунення перебоїв у наданні послуг з охорони здоров'я матері та дитини та менеджменту хронічних захворювань.

Принцип орієнтованості на людину ставить первинну медичну допомогу в центр моделі надання інтегрованих послуг у галузі охорони здоров'я. Акцент на первинку може забезпечити орієнтованість системи на потреби, цінності та вподобання пацієнтів. Відповідно до цього принципу, а також відповідно до принципів **рівності та фінансового захисту, ефективності та стабільності**, постає необхідність продовжити реформування моделей надання послуг у галузі охорони здоров'я для задоволення потреб пацієнтів у безпечних і зручних для них умовах із можливістю вирішення більшості проблем зі здоров'ям (а за необхідності долученням соціальних служб) в одному місці. Оновлена модель має покривати потреби пацієнтів у послугах з психічного здоров'я, лікування травм, реабілітації, а також потреби постраждалих від гендерного та сексуального насильства. Щоб задовольнити цей значний перелік задач, надавачі первинної медичної допомоги повинні поєднувати біомедичні та психосоціальні підходи для комплексного вирішення проблем людей, включаючи раннє розпізнавання небезпечних станів здоров'я, своєчасну реанімацію та подальше скерування, якщо воно є необхідним. Пандемія COVID-19 наглядно продемонструвала, який вплив може мати інтегрований багатодисциплінарний підхід до первинної медичної допомоги (зокрема послуги на рівні громади), та наскільки це реально може змінити якість життя людей (18–21). Враховуючи підходи до організації послуг у галузі охорони здоров'я, нинішні умови в країні, а також беручи до уваги минулий досвід України та викладені в цьому документі принципи, заходи направлені на підтримку, зміцнення та розширення послуг первинної медичної допомоги (таблиця 2) можуть стосуватися таких аспектів:

- впровадження мультидисциплінарного підходу, що поєднує в одну команду лікарів загальної практики, медсестер, психологів і соціальних працівників;
- розширення переліку послуг за рахунок психосоціальної підтримки;

- інституціоналізація альтернативних форматів надання послуг, щоб поєднувати особисті консультації в умовах закладу, мобільні бригади, що надають послуги на виїзді, та дистанційні консультації;
- організація мереж надання послуг, що сприяє більш ефективному використанню коштів за рахунок спільного доступу до ресурсів (наприклад, діагностика, психологічна допомога), кращому охопленню віддалених районів і створенню каскадного підходу до управління змінами та навчання;
- необхідність інвестувати в цифрову інфраструктуру в галузі охорони здоров'я для забезпечення роботи в режимі реального часу, виявлення та охоплення найбільш вразливих людей і людей, які належать до групи високого ризику, маючи змогу передбачити їхні потреби та реагувати на них.

Резильєнтність вимагає, щоб система охорони здоров'я була здатна реагувати на потреби людей у плановій і невідкладній медичній допомозі та забезпечувати доступ до інтенсивної терапії та хірургічних послуг, які можна безпечно надати лише в умовах лікарні. Інтегрована модель надання послуг, яка орієнтується на потреби людини, потребує поєднання надання невідкладної, інтенсивної та хірургічної допомоги із спільнотою через первинну медичну допомогу за рахунок налагодження механізмів комунікації, транспортування, скерування та перенаправлення.

Орієнтованість на людину та ефективність також передбачає оптимізацію мережі стаціонарів завдяки збільшенню доступу до амбулаторних послуг та послуг одного дня. Це має сприяти збільшенню ролі багатопрофільних закладів із посиленням інфекційним контролем (замість створення або відбудови окремих інфекційних лікарень). Обидва ці критерії також означають необхідність організації послуг за географічним (територіальним) принципом, а не за кожним адміністративним рівнем, що відповідає довоєнній реформі створення госпітальних округів на рівні областей. Однак такі зусилля із реструктуризації закладів у межах госпітальних округів потрібно буде активізувати, долучивши до цього процесу національні стандарти, рекомендації та нагляд з огляду на необхідність адаптації до переміщення населення, зменшення надлишкової потужності або перепрофілювання закладів для забезпечення нових потреб у галузі охорони здоров'я (наприклад, реабілітації). Впровадження принципів **людноцентричності та ефективності** також вимагає зменшення фрагментації системи охорони здоров'я між міністерствами та відомчими закладами.¹

Резильєнтність передбачає здатність адаптуватися до нових потреб і різноманітних ситуацій для забезпечення безперервності догляду в умовах високої мобільності населення, кількості ВПО та біженців, що повертаються. **Рівність** передбачає зменшення географічних перекосів у структурі системи надання медичної допомоги та наявність механізмів і ресурсів, необхідних для охоплення населення, що живе у віддалених районах, населення з низьким рівнем доходу та найбільш уразливих груп населення. Необхідно також буде приділити увагу бар'єрам для попиту

¹ Наразі заклади охорони здоров'я підпорядковуються різним органам влади, таким як Міністерство оборони України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство юстиції України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство молоді та спорту України, Національна академія медичних наук України, Національна поліція України, Служба безпеки України, Державне управління справами, Державна прикордонна служба України, Державна служба України з надзвичайних ситуацій та АТ «Укрзалізниця».

на послуги охорони здоров'я, зокрема необхідність усунути або компенсувати транспортні проблеми, постійну незахищеність поблизу лінії фронту, страх людей перед відвідуванням медичних закладів, які є мішенню під час війни, комендантські години та інші обмеження в пересуванні, а також втрату доходів, що призводить до зниження спроможності платити з власної кишені (особливо для людей літнього віку з хронічними захворюваннями та обмеженою рухливістю). Важливим фактором, який сприяє впровадженню всіх цих критеріїв, в тому числі принципу **підзвітності**, є подальший розвиток та забезпечення взаємосумісності інформаційних систем у галузі електронного здоров'я та фінансової інформації. Цифровізація дає змогу інтегрувати медичні та соціальні служби в межах численних програм охорони здоров'я, об'єднати індивідуальні послуги з послугами у галузі громадського здоров'я, якщо це необхідно, а також сприяти належному фінансовому управлінню та впровадженню ефективних методів оплат.

Таблиця 2. Наслідки принципів для надання індивідуальних послуг у галузі охорони здоров'я, з послідовністю

Функції та приклади заходів	Зелене/ червоне світло	Початкові заходи	Подальші заходи
Координувати та інтегрувати гуманітарну допомогу в системи урядування та надання послуг державними закладами	●	X	
Посилити, розширити та збільшити обсяг послуг первинної медичної допомоги (також див. розділ «Інфраструктура»)	●	X	X
Розробити плани для багатопрофільних лікарень, організованих за територіальним принципом (також див. розділ «Інфраструктура»)	●	X	
Удосконалити клінічні протоколи та збір і використання даних із електронних системи охорони здоров'я та фінансової інформації (які мають бути функціонально сумісними)	●	X	X
Не надавати перевагу спеціалізованим лікарням перед закладами первинної медичної допомоги та багатопрофільними закладами	●		
Не організовувати мережу закладів охорони здоров'я за адміністративним принципом (окремо для кожного рівня місцевої адміністрації)	●		

5.3. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я

Нестача кадрів у галузі охорони здоров'я, безсумнівно, може бути критичною перешкодою для повноцінного відновлення системи охорони здоров'я та одночасно із тим є ключем до забезпечення **орієнтованості на пацієнта, рівності, ефективності та резильєнтності** системи. Уряду потрібно буде стимулювати повернення медичних працівників, підготуватися до повернення тих, хто виїхав як біженці, та задовольнити потреби щодо психічного здоров'я, фізичного здоров'я та

соціальні потреби різних працівників галузі охорони здоров'я. Тому дуже важливо розставити пріоритети (та запланувати інвестиції), які стосуються працівників галузі охорони здоров'я, адже саме вони є необхідним елементом для реалізації стратегій та моделей надання послуг, описаних у розділах 5.1 та 5.2, відповідно до п'яти принципів (таблиця 3). Вони полягають у тому, щоб:

- Визначити тип і кількість працівників галузі охорони здоров'я, необхідних для досягнення бажаної моделі надання послуг (включаючи зміцнення та розширення ПМД), і оцінити динаміку нестачі кадрів з часом, приділивши особливу увагу зонам бойових дій та сільській місцевості або іншим важкодоступним регіонам;
- встановити пріоритети для підготовки, найму на роботу та утримання людських ресурсів у галузі охорони здоров'я та відповідним чином відкоригувати розміри оплати праці;
- взяти до уваги досвід додаткового навчання працівників в рамках надання гуманітарної допомоги на Сході України з 2014 року, щоб включити нові потреби післявоєнного відновлення в медичну освіту та безперервний розвиток (такі як психічне здоров'я, сексуальне та гендерне насильство, фізична реабілітація та загрози здоров'ю з боку ХБРЯВР).

Принцип підзвітності передбачає вдосконалення системи регулювання медичної освіти (приділивши особливу увагу навчальним програмам середнього медичного персоналу) для підготовки працівників відповідного типу, кваліфікаційного рівня та кількості з більшою практичною підготовкою; а також професійне регулювання у галузі охорони здоров'я, зокрема процедури ліцензування та перехід до саморегулювання.

Таблиця 3. Застосування принципів для кадрових ресурсів системи охорони здоров'я, з послідовністю

Функції та приклади заходів	Зелене/ червоне світло	Початкові заходи	Подальші заходи
Стимулювати та готуватися до повернення працівників галузі охорони здоров'я. Розробити цифровий реєстр людських ресурсів у системі охорони здоров'я	●	X	
Забезпечити модульну підготовку для задоволення потреб, які виникли у зв'язку із війною, зокрема тих, що стосуються психічного здоров'я, гендерно-обумовленого та сексуального насильства, фізичної реабілітації та загрози здоров'ю з боку ХБРЯВР	●	X	
Визначити кількісні потреби в людських ресурсах у галузі охорони здоров'я відповідно до оновленої моделі надання послуг	●	X	
Покращувати медичну освіту та професійне регулювання у галузі охорони здоров'я (ліцензування, саморегулювання)	●	X	X
Не створювати окремі напрямки для освіти в галузі громадського здоров'я та медицини	●		

5.4. Інфраструктура, дороговартісне обладнання та лікарські засоби

5.4.1. Інфраструктура (фізична, цифрова) та дороговартісне обладнання

Об'єкти інфраструктури стануть найбільш помітним кандидатом для інвестицій в рамках відновлення. Однак процес відновлення не слід зводити до інфраструктурного проєкту. Проведення оцінки потреб населення в послугах у поєднанні з **критеріями ефективності та стабільності, людиноцентричності та рівності**, дає змогу прийняти рішення про те, чи варто і яким чином (від)будувати той чи інший заклад охорони здоров'я. Це має відбуватися в межах прийняття рішень щодо дизайну та функціональності локальної мережі надання послуг (розділ 5.2). Тим не менш, якщо говорити більш конкретно, критерії **ефективності, стабільності та резильєнтності** є найважливішими в процесі проєктування нової або відновленої інфраструктури: дизайн повинен враховувати майбутні експлуатаційні витрати закладу, а також шляхи підвищення енергоефективності, стійкості до змін клімату та спалахів інфекційних хвороб, екологічної стійкості (таблиця 4).

Стійкі до змін клімату та екологічно стійкі заклади охорони здоров'я передбачають, вчасно реагують, справляються, відновлюються та адаптуються до кліматичних потрясінь і надзвичайних ситуацій, мінімізуючи негативний вплив на навколишнє середовище та використовуючи можливості для його відновлення та покращення. Екологічна стійкість в контексті інфраструктурних об'єктів спрямована на зменшення небезпек, що виникають в результаті діяльності закладу охорони здоров'я (наприклад, відпрацювання медичних відходів), водночас докладаючи зусиль для мінімізації впливу та ризиків (як всередині, так і поза межами закладу охорони здоров'я) (22). Стійкість до спалахів інфекційних захворювань має бути врахована в процесі розробки дизайну закладів охорони здоров'я, щоб посилити готовність і здатність реагувати на них, а також забезпечити пристосованість до різкого підвищення потреб і управління відомими та новими патогенами.

Тут збігаються декілька цілей: фінансова стабільність (зменшення витрат при експлуатації), зелений підхід (більш екологічний дизайн, менше вуглецевих викидів) та національна безпека (зменшення залежності від імпорту енергоресурсів та можливість підтримувати власну діяльність у разі перебоїв із постачанням електроенергії). Аналіз того, як різні проєкти впливають на майбутні витрати на утримання закладів і комунальні послуги (наприклад, на опалення, електроенергію, переробку відходів, забезпечення води, санітарії та гігієни) має бути частиною будь-якого процесу планування інвестицій. **Принцип рівності** буде основним фактором у визначенні варіацій інвестицій у різні регіони, з національним моніторингом того, наскільки інвестиції збільшують географічну (не)рівність у доступності послуг.

Принцип підзвітності вимагає чіткої функціональної специфікації та розподілу ролей для прийняття рішень щодо капітальних інвестицій в інфраструктуру та обладнання (див. розділ 5.5 про фінансування постійних витрат через оплати надавачам послуг у рамках ПМГ). Крім того, для підвищення прозорості (та ефективності) слід посилити закупівельні процедури в процесі використання

коштів державного бюджету або міжнародних організацій. Потреби в медичному обладнанні мають бути добре сплановані, можливо, включно з механізмом регуляції цього процесу (схвалення Міністерством охорони здоров'я) з метою забезпечення ефективного планування, закупівель і використання дороговартісного обладнанням у межах госпітальних округів для уникнення дублювання та завищення витрат.

Розбудова та зміцнення цифрової інфраструктури (зокрема як забезпечення обладнанням, так і підключення) є першочерговим завданням для покращення доступу та використання послуг, що є запорукою впровадження всіх п'яти принципів і забезпечення потреб всіх функцій системи охорони здоров'я. Основна увага має бути зосереджена на розширенні сумісності на всіх рівнях електронної системи охорони здоров'я та розробці інтегрованих систем електронного здоров'я та фінансової інформації відповідно до державної політики з кібербезпеки.

5.4.2. Лікарські засоби

Критерії **орієнтованості на людину** та **рівності й фінансового захисту** вимагають зосередження зусиль на розширенні послуг первинної медичної допомоги, зокрема збільшення обсягу програми «Доступні ліки» в межах ПМГ (розділ 5.5) та функціонування мережі приватних аптек. Програма «Доступні ліки» може сприяти впровадженню більш ефективної моделі надання послуг і зменшення надмірних витрат населення «з власної кишені». Відновлення та зміцнення системи електронних рецептів є пріоритетом.

З міркувань забезпечення принципу **підзвітності** необхідно посилити процедури закупівлі лікарських засобів за рахунок державних коштів або міжнародних організацій, щоб зробити цей процес більш прозорим (та ефективним). За останні роки Україна досягла значного прогресу в цьому питанні. Більшість державних закупівель лікарських засобів і виробів медичного призначення проводить центральне закупівельне агентство «Медичні закупівлі України». Протягом останніх років багато зусиль було докладено для розвитку спроможностей співробітників Агентства в управлінні якістю шляхом спеціального теоретичного та практичного навчання з метою отримання ліцензії на імпорт. Уряд України також повинен розглянути критерії **резильєнтності** та **ефективності** та прийняти стратегічне рішення щодо державного ланцюга поставок. Після кількох років роботи за аутсорсинговою моделлю ДП «Медичні закупівлі України» та його зацікавлені сторони повинні вивчити плюси та мінуси (i) поточної моделі (в основному передача на аутсорс) у порівнянні з (ii) моделлю, в якій Агентство буде використовувати свої власні спроможності для імпорту, зберігання та розподілу лікарських засобів, або (iii) змішаною моделлю.

Відновлення національного фармацевтичного сектору залежить від збереження довоєнних досягнень і використання нових можливостей для посилення історично слабких місць, таких як ціноутворення. Надання фармацевтичних послуг зазнало значних збоїв у постраждалих від війни регіонах через переміщення населення, руйнування критичної інфраструктури з подальшими труднощами в плануванні поставок та закриття багатьох приватних аптек в перші тижні війни. Для підвищення **резильєнтності** у сфері забезпечення медикаментами необхідно створити чергові аптеки, що готові до безперервної роботи, максимально захищені від

непередбачуваних обставин, мають реєстр фармацевтів з кваліфікацію для роботи у воєнний час та запаси лікарських засобів, які сплановані таким чином, щоб забезпечити готовість до надзвичайного стану. Можливі різні варіанти, з хорошим потенціалом для партнерства, в якому держава відповідає за норми та специфікації запасів лікарських засобів і несе фінансову відповідальність за забезпечення наявності мінімального запасу основних медикаментів, а приватні аптеки зосереджуються на доставці та управлінні процесами.

До війни фармацевтична промисловість України забезпечувала близько 75 % національного ринку (в одиницях). Виробництво впало в березні через війну, оскільки кілька виробничих майданчиків і складів були зруйновані або пошкоджені. Були порушені ланцюги постачання сировини та пакувальних матеріалів, а також енергопостачання виробничих об'єктів. Фармацевтична промисловість, в якій працює багато жінок, також втратила значну кількість кваліфікованих кадрів, які стали біженцями. Крім того, очевидно, що компанії стикаються з величезними фінансовими проблемами в розрахунках зі своїми постачальниками (як українськими, так і закордонними). Незважаючи на ці проблеми, виробництво відновилося в квітні, деякі виробники працювали цілодобово, а деякі знову отримали доступ до міжнародного капіталу.

У межах гуманітарної допомоги поставки лікарських засобів проводились через ВООЗ, інші міжнародні, неурядові організації та фармацевтичні компанії за межами України. Останні також намагалися задовольнити підвищений попит на анальгетики, антибіотики та хірургічні матеріали. Ситуація є досить складною, оскільки відомо про затримки поставок як на етапі надходження в Україну, так і в процесі розповсюдження в межах країни.

У короткостроковій перспективі, заходи які наразі надаються в межах гуманітарної допомоги також можуть зміцнити підґрунтя для розвитку сектору в майбутньому. Існує негайна потреба у відбудові та наданні як фінансової, так і технічної підтримки для того, щоб компанії могли відремонтувати свої виробничі та складські приміщення, а також оновити їх відповідно до вищих стандартів (таблиця 4). Це може сприяти залученню нових технологій і підвищенню ефективності. Фінансова підтримка буде необхідна для закупівлі сировини, а також кредити для того, щоб галузь відновила свої ланцюжки постачання, як з постачальниками, так і з клієнтами. Зрештою, також існує короткострокова потреба в інтенсивній програмі навчання та працевлаштування, зокрема для персоналу виробничих потужностей, відділів досліджень і розробок препаратів, а також відділів контролю якості та нормативного регулювання. Хоча обсяг такого навчання залежатиме від кількості та швидкості повернення технічного персоналу, який виїхав з країни, важливо зосередитися на цьому вже зараз.

У майбутньому Україна може отримати вигоду від розробки всеосяжної національної стратегії інновацій у галузі біомедицини, яка закладе основу для інвестицій у людський капітал, зокрема в університети та науково-дослідні установи. У поєднанні з зусиллями для передачі технологій та укладання ліцензійних угод, ця стратегія допоможе створити динамічний сектор промисловості, здатний виробляти високоякісні лікарські засоби та товари медичного призначення, за підтримки стимулів та нормативно-правового клімату для залучення інвестицій. Пріоритетом

Таблиця 4. Застосування принципів для інфраструктури, обладнання та лікарських засобів, з послідовністю

Функції та приклади заходів (також див. таблицю 2)	Зелене/ червоне світло	Початкові заходи	Подальші заходи
Відремонтувати або відбудувати заклади ПМД відповідно до розширеної та покращеної моделі надання послуг, враховуючи енергоефективні підходи, забезпечуючи стійкість до змін клімату, інфекційних захворювань, екологічну стійкість	●	X	X
Провести критичні короткострокові ремонтні роботи в лікарнях, враховуючи потребу збільшення енергоефективності та необхідність мінімізації негативного впливу на навколишнє середовище	●	X	
Розробити плани реконструкції та будівництва закладів охорони здоров'я із наданням пріоритету багатопрофільним закладам, розвиваючи мережу за територіальним принципом та дотримуючись принципу рівності між різними регіонами	●	X	
Відбудувати або побудувати заклади вторинної та третинної медичної допомоги на основі узгоджених планів госпітальних округів, враховуючи енергоефективні підходи, забезпечуючи стійкість до змін клімату, інфекційних захворювань, екологічну стійкість	●		X
Відновити та зміцнити ІТ-інфраструктуру, зокрема забезпечити наявність необхідного обладнання і його підключення	●	X	X
Спланувати потребу, закупити та керувати процесом інвентаризації дорогого високотехнологічного медичного обладнання	●	X	X
Продовжувати та покращувати ефективність централізованих закупівель лікарських засобів, а також закупівлю послуг ПМГ через НСЗУ разом із відшкодуванням програми «Доступні ліки» через приватні аптеки	●	X	X
Відновити або зміцнити власний потенціал виробництва вакцин, фармацевтичних препаратів і виробів медичного призначення	●	X	X
Оновити нормативно-правову базу для регулювання виробництва та обігу лікарських засобів і виробів медичного призначення	●	X	X
Розробити національну програму біомедичних досліджень та розробок з інвестиціями в науку і технології, щоб допомогти в модернізації промисловості з виробництва лікарських засобів і виробів медичного призначення	●		X
Не просто відновити те, що було знищено/пошкоджено війною, а відштовхуватись від оцінки потреб і планування мережі надання послуг (див. таблицю 2)	●		
Не створювати/відбудовувати фрагментовані електронні системи охорони здоров'я та фінансової інформації	●		

ІТ: інформаційні технології.

має бути забезпечення гармонізації регуляторної системи щодо виробництва та обігу лікарських засобів із законодавством ЄС та врахування вимог Угоди про асоціацію з ЄС та умов членства в міжнародних організаціях. Спрощення процедур для проведення клінічних випробувань в країні, за умови що вони добре регулюються, може відкрити додаткові можливості для доступу населення до інноваційних фармацевтичних препаратів та додаткових надходжень для закладів охорони здоров'я.

5.5. Фінансування системи охорони здоров'я

Проект Стратегії охорони здоров'я до 2030 року визначає пріоритетом зміцнення ключових інституцій у секторі охорони здоров'я, зокрема НСЗУ як єдиного стратегічного закупівельника послуг. Ще одним пріоритетом Стратегії є впровадження політик, спрямованих на те, щоб все населення мало фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних і доступних послуг у галузі охорони здоров'я (7). Ці підходи відповідають найкращій світовій практиці (23,24), і ВООЗ повністю підтримує цей підхід. Разом з іншими партнерами з розвитку ВООЗ продовжить співпрацю з Національною службою охорони здоров'я, Міністерством охорони здоров'я та іншими відповідальними органами, щоб підтримати Україну в подальшому впровадженні реформи фінансування охорони здоров'я.

Макроекономічні та фіскальні наслідки війни свідчать про те, що державні доходи будуть обмеженими, що може вплинути на об'єм державних видатків на охорону здоров'я. Хоча частка охорони здоров'я в загальних державних видатках суттєво зросла в період 2020–2021 рр., це значною мірою було пов'язано з заходами у відповідь на пандемію COVID-19. Однак з 2016 по 2019 рік сектор охорони здоров'я постійно втрачав пріоритет у державних видатках, хоча реальні рівні витрат на душу населення зростали через постійний зріст валового внутрішнього продукту протягом цього періоду (25). Однак ефективне фінансування охорони здоров'я залежить не тільки від рівня витрат. Здатність системи справлятися як з уже існуючими, так і з новими потребами буде порушена, якщо відновиться тенденція деприоритезації сектору, яка існувала з 2016 року, оскільки це означає стагнацію або зниження реального рівня державних витрат на охорону здоров'я, враховуючи очікуваний негативний вплив війни на зростання валового внутрішнього продукту України та податкових надходжень.

У цьому контексті можливості для мобілізації нових державних ресурсів є обмеженими. Проте, як зазначено в проєкті Стратегії охорони здоров'я до 2030 року, слід продовжувати підвищення акцизів на тютюнові вироби, розширювати оподаткування алкогольних виробів і вводити акцизний податок на підсолоджені цукром напої (7). Такі податки на продукти, що шкодять здоров'ю, є важливими заходами в секторі громадського здоров'я, які також можуть принести певний дохід уряду в короткостроковій перспективі. Враховуючи, що очікується збільшення потоків міжнародної допомоги для підтримки процесу відновлення сектору охорони здоров'я, розробка та обговорення фактичних механізмів надходження цих коштів мають враховувати необхідність забезпечити те, щоб ці зовнішні надходження доповнювали, а не замінювали державні бюджетні асигнування на охорону здоров'я. Нещодавно започаткована Президентом Зеленським ініціатива United24 включає медичну допомогу як один із трьох напрямків і дає можливість

спрямувати благодійні пожертви до державного бюджету (6). Таким чином, вона ефективно підтримує бюджет сектору охорони здоров'я відповідно до механізмів управління державними фінансами уряду України.

До інших варіантів мобілізації коштів від населення, таких як збільшення використання співоплат і добровільного медичного страхування (ДМС), слід ставитися з обережністю. Міжнародний досвід демонструє, що жоден із них не є панацеєю для вирішення проблеми недостатнього фінансування; крім того, ці моделі несуть ризик завдати більше шкоди, ніж користі. Проблема, яку досі вдалося вирішити дуже небагатьом країнам, полягає в тому, щоб розробити умови залучення цих приватних коштів так, щоб вони дійсно доповнювали державне фінансування гарантованого пакету послуг.

У більшості країн впровадження ДМС не стало ефективним інструментом скорочення особистих витрат «із кишені» пацієнтів. Навпаки, воно може призвести до погіршення нерівності в доступі до послуг (26). Лише в трьох країнах (Хорватії, Франції та Словенії) ДМС запроваджено конкретно для покриття співоплат, які є частиною загальнообов'язкового державного медичного страхування. Ці країни змогли забезпечити рівність завдяки обмеженню ролі ДМС та наданню додаткового державного фінансування для прямого субсидування ДМС для груп населення з низьким рівнем доходу. В інших країнах ДМС збільшує нерівність (27, 28). Використання податкових пільг та знижок — фактично державних коштів — для субсидування розвитку ДМС є особливо проблематичним у контексті, коли воно не призначене для доповнення гарантованого державою пакету. У таких випадках ці податкові субсидії непропорційно приносять користь саме людям з вищим рівнем доходів, які і так мають можливість придбати ДМС (27). Тому, перш ніж розглядати такі субсидії, Україні необхідно створити сприятливі умови для взаємодоповнюваності та **рівності**, зокрема потужну нормативно-правову базу.

Початковий план реформи фінансування охорони здоров'я в Україні передбачав створення переліку пріоритетних послуг (ПМГ), які повинні бути безкоштовними для користувачів, з наміром поступово розширювати цей об'єм послуг, відповідно до збільшення бюджетного простору. Хоча практика стягнення неформальних платежів «із кишені» пацієнтів зберігається, її не вдасться вирішити лише запровадженням співоплат. Реальне впровадження гарантованих безоплатних послуг для населення критично залежить від скоординованих політичних дій щодо збільшення державного фінансування на ПМГ, покращення методів закупівлі послуг через НСЗУ таким чином, щоб стимулювати постачальників підвищувати свою **ефективність** (наприклад, за рахунок зниження витрат на комунальні послуги), а також посилення моніторингу та управління з метою визначення, чи дійсно послуги, за які передбачається нульова співплата, надаються пацієнтам безоплатно. Для послуг, що не входять до ПМГ, будь-які моделі співоплат мають бути розроблені таким чином, щоб відповідати цілям державної політики. Таким чином, потенційні співоплати мають бути встановлені як фіксований розмір внеску, а не як відсоток від вартості чи тарифу; встановлені на низьких, доступних рівнях; визначені простими термінами, які легко зрозуміти населенню (**прозорість**); і включати механізми захисту осіб з низьким рівнем доходів (**рівність**). Рекомендації ВООЗ з цього приводу чітко вказують на те, що співплата не є дієвим механізмом для збільшення бюджетного простору для системи охорони здоров'я, а також що дизайн співоплати має відповідати зазначеним вище принципам (29).

Процес післявоєнного відновлення дає Україні можливість поновити реформу фінансування охорони здоров'я, розпочату в 2016 році (11), та зробити наступні кроки, необхідні для повної реалізації позитивних аспектів цієї реформи (таблиця 5). Об'єднання доходів державного бюджету на національному рівні сприяє впровадженню принципів **рівності** та **резильєнтності**, максимізуючи потенціал для перерозподілу бюджету туди, де потреби найбільші. Це є критичною необхідністю для забезпечення рівності, враховуючи різний вплив війни в різних регіонах і секторах, а також довоєнний розподіл рівня доходів і бідності в різних регіонах. До війни Україна так і не завершила до кінця реформу об'єднання державного бюджету на національному рівні. Місцеві органи влади й надалі продовжували покривати витрати на комунальні послуги для державних медичних закладів, окрім цього місцеві органи влади в регіонах із вищим рівнем доходу надавали додаткове фінансування постачальникам додатково до коштів, отриманих від НСЗУ через оплату послуг в рамках ПМГ. Проект Стратегії охорони здоров'я до 2030 року передбачає, що НСЗУ має бути єдиним національним закупівельником послуг і, відповідно, має розпоряджатись всім державним фінансуванням на поточні витрати в межах ПМГ, зокрема і бюджетом, який місцеві органи влади наразі використовують для оплати комунальних послуг закладів, які їм підпорядковуються (7). Таке подальше поглиблення реформи об'єднання державного бюджету на національному рівні та закупівель послуг охорони здоров'я має синхронізуватися з інвестиційними планами для відновлення інфраструктури надання послуг. Це дозволить узгодити фінансові стимули із механізмами врядування та підвищити їхню **ефективність** через зміни у структурі та моделях надання послуг (23,30). У цьому процесі органи місцевого самоврядування збережуть відповідальність за капітальні інвестиції та розвиток закладів охорони здоров'я.

Перехід на моделі фінансування постачальників послуг ПМГ в рамках оплат на основі формул дозволить підвищити критерії **орієнтованості на людину, рівності, ефективності** та **резильєнтності**, оскільки такий механізм оплати є більш гнучким. Наприклад, НСЗУ може розглянути можливість оновлення (постійного чи ретроспективного) районів обслуговування первинної медичної допомоги або капітаційної ставки відповідно до рівня мобільності населення та концентрації ВПО у певних регіонах, додавши до формули коригувальні коефіцієнти, щоб задовольнити короткострокові та довгострокові цілі державної політики, зберігаючи при цьому нейтральність бюджету та усунення будь-яких перешкод в управлінні державними фінансами. Спроможність НСЗУ впливати на ринок послуг можна збільшити шляхом стимулювання реструктуризації лікарняного сектору з акцентом на багатопрофільні лікарні, організованих за територіальним принципом (госпітальний округ), подолання нерівності між регіонами, зменшення фрагментації пакетів послуг і поступового переходу до вибіркового укладання контрактів.

Подальше розширення програм реімбурсації в межах ПМГ сприятиме впровадженню принципів **орієнтованості на людину, ефективності, рівності** та **фінансового захисту**, оскільки це буде покращувати якість надання послуг, прискорить перехід від стаціонарних послуг до амбулаторних, суттєво скоротить особисті витрати населення, при цьому сприяючи залученню приватного фармацевтичного сектору (та аптек) до реалізації цілей державної політики. Оновлення інформаційних систем НСЗУ є пріоритетом для забезпечення гнучкої роботи платіжних систем, інтеграції інформаційних систем фінансової та електронної охорони здоров'я та

використання актуальних і достовірних даних для постійного вдосконалення та покращення закупівель в рамках ПМГ.

Принцип підзвітності вимагає чіткої функціональної специфікації ролей і відносин у поєднанні з покращеним фінансовим управлінням на всіх рівнях системи, особливо в медичних закладах. Оплата на основі результатів надає закладам охорони здоров'я право визначати та закуповувати найоптимальніший набір ресурсів, що вказує на необхідність покращувати системи управління, процедури закупівель і внутрішнього контролю. Як власники закладів охорони здоров'я в регіонах, місцеві органи влади повинні надати керівникам закладів спроможність та повноваження реагувати на фінансові стимули відповідно до визначених цілей державної політики й, таким чином, максимізувати результати інвестицій, надаючи послуги охорони здоров'я більш ефективно, проводячи належне фінансове управління та публічно звітуючи про використання коштів. Якщо місцеві органи влади продовжуватимуть фінансувати надання послуг, вони можуть перейти від фіксованих витрат на інфраструктуру (наприклад, комунальних послуг) до фінансування послуг у сфері громадського здоров'я та багатогалузевих програм медичної та соціальної допомоги, що враховують місцевий контекст. Це могло

Таблиця 5. Застосування принципів для фінансування системи охорони здоров'я, з послідовністю

Функції та приклади заходів	Зелене/ червоне світло	Початкові заходи	Подальші заходи
Зміцнювати інституційну та кадрову спроможність НСЗУ, забезпечивши достатнє фінансування на адміністративні витрати	●	X	X
Перевести кошти на оплату комунальних послуг закладів охорони здоров'я з бюджетів місцевого самоврядування до НСЗУ, таким чином повністю перетворивши НСЗУ в єдиного стратегічного закупівельника послуг	●		X
Удосконалити інформаційні системи НСЗУ, щоб забезпечити гнучкість стратегічних закупівель ПМГ шляхом адаптації оплат на основі формул (наприклад, щоб реагувати на мобільність населення) та стимулювати реструктуризацію закладів	●	X	X
Розширити впровадження податків на продукти, що шкодять здоров'ю для зміцнення здоров'я та збільшення надходжень до бюджету	●	X	X
Вдосконалити процедури обліку капітальних витрат та обладнання (див. розділ «Інфраструктура») (див. таблицю 4)	●	X	
Зміцнити автономію та підзвітність систем фінансового менеджменту на рівні закладів	●	X	X
Не повертатися до тенденції 2016–2019 рр. постійного зниження пріоритету охорони здоров'я в державних видатках	●		
Не відходити від універсального права на отримання послуг галузі охорони здоров'я для всіх резидентів. Продовжити фінансування системи охорони здоров'я за рахунок загальних надходжень до бюджету	●		

б стимулювати надання вкрай необхідних послуг, водночас зменшивши існуючі наразі спотворення стимулів для реструктуризації системи надання медичних послуг. Також будуть необхідні заходи на національному та місцевих рівнях задля забезпечення підзвітності та визначення того, чи реалізуються обіцяні гарантії ПМГ для населення. Закупівля дороговартісного обладнання (розділ 5.4.1) також має наслідки для сфери фінансування галузі охорони здоров'я, зокрема, пов'язані з посиленням процедур закупівель і внутрішнього контролю.

5.6. Врядування в галузі охорони здоров'я

Ефективне управління системою охорони здоров'я та інвестиційним процесом буде ключем до успіху зусиль з відновлення (таблиця 6). **Принципи підзвітності та ефективності** вимагають чіткої та прозорої функціональної специфікації, інституційної структури, а також чіткого розподілу ролей і відносин, зокрема:

- визначення ролей і функцій серед національних установ/агентств у галузі охорони здоров'я, зокрема Центральне закупівельне агентство «Медичні закупівлі України», Міністерство охорони здоров'я, НСЗУ та ЦГЗ МОЗу;
- визначення ролей і функцій в Уряді країни та між міністерствами, зокрема спільна робота з Міністерством фінансів і Міністерством економіки щодо багаторічного планування бюджету на поточні та капітальні видатки, а також з іншими міністерствами для забезпечення міжсекторального підходу до охорони здоров'я;
- визначення ролей і функцій на всіх рівнях державного адміністрування, зокрема в питаннях управління автономними закладами охорони здоров'я та новоствореними мережами медичних закладів, чітке визначення ролей на рівні закладу та на рівні місцевого самоврядування та, як частина цього процесу, визначення ролей і функцій органів управління, зокрема наглядових рад закладів охорони здоров'я та мереж медичних закладів;
- посилення механізмів координації та співпраці між сусідніми місцевими органами влади щодо планування та функціонування мережі закладів охорони здоров'я, скерування та транспортування пацієнтів (наприклад, шляхом налагодження співпраці в межах і між госпітальними округами), а також у секторі громадського здоров'я;
- посилення механізмів залучення та регулювання роботи приватного сектору для узгодження їхнього функціонування у системі охорони здоров'я із цілями державної політики; та
- посилення механізмів для залучення людей та громад у рішення, які на них впливають, такі як розвиток ПМГ, планування мережі закладів, моніторинг з боку громадського сектору та зворотній зв'язок щодо якості та доступності послуг та рівня неформальних платежів, а також підвищення соціальної відповідальності, зокрема залучення громадянського суспільства до інформування органів влади про потенційні випадки корупції та шахрайства.

Забезпечення **принципу підзвітності** в прозорих закупівельних процесах для великих капітальних інвестицій вимагає посилення спроможності до забезпечення належного нагляду на всіх рівнях уряду та створення баз даних, систем і процесів для моніторингу використання інвестиційних коштів. Використання незалежних експертних комісій допоможе забезпечити відбір інвестиційних проектів та розподіл

коштів відповідно до п'яти принципів. Процес прийняття таких рішень має бути керованим і прозорим, враховуючи дуже велику кількість зацікавлених сторін із різними інтересами, які намагатимуться впливати на рішення. **Орієнтованість на людину** та рівність означають що національні та місцеві органи влади мають керуватися достовірними даними щодо потреб та застосовувати прозорі критерії в процесі визначення пріоритетів для розподілу ресурсів та узгодженні інвестицій у різних регіонах країни.

Характер відносин державного та приватного секторів стане ключовим елементом у відбудові системи надання послуг у галузі охорони здоров'я в Україні. Досвід, отриманий під час війни в Україні, показує, що **рівність, ефективність та резильєнтність** найкраще забезпечуються в короткостроковій та середньостроковій перспективі шляхом збереження державної власності на більшість закладів.

Як і у випадку з іншими надзвичайними ситуаціями, конфлікти часто пов'язані зі швидким скороченням спроможності, ресурсів та активності приватного сектора. Наприклад, багато роздрібних аптек в Україні зупинили свою діяльність на початку війни та довго не відновлювали роботу в регіонах, постраждалих від збройної агресії. Під керівництвом Міністерства охорони здоров'я та Національної служби охорони здоров'я можна знайти надійне рішення для підвищення резильєнтності системи та підтримання безперебійного функціонування приватних аптек, наприклад, шляхом включення моделі фінансування у контракти, яка б оплачувала наявність послуг, навіть якщо попит істотно зменшиться через переміщення населення. Якщо державно-приватне партнерство буде розглядатись як важлива стратегія фінансування відбудови закладів або капітальних інвестицій у стаціонарне та амбулаторне надання спеціалізованих послуг, національні інвестори та партнери з розвитку повинні переконатися в тому, що вони використовують викладені в цьому документі принципи як критерії оцінки доцільності конкретних інвестиційних пропозицій і закупівельних моделей. Це допоможе зменшити ймовірність використання майбутніх ресурсів на дорогі та фіксовані інвестиційні проекти в напрямках, які не обов'язково є пріоритетними.

Коллективна спроможність закладів охорони здоров'я повинна бути достатньою, щоб покривати всі потреби населення (зокрема і для швидкого нарощення спроможності, за потреби), але не надмірною. Заклади охорони здоров'я повинні мати можливість легко та швидко адаптуватися до неочікуваних потреб у галузі охорони здоров'я (наприклад, в умовах епідемій, стихійних лих) або переходу від цивільної до військової адміністрації. Водночас, необхідно підтримувати баланс та уникати надмірного регулювання, забезпечивши достатню автономію закладів охорони здоров'я (з відповідною підзвітністю їхніх керівників). Це дозволить підвищити ефективність та реінвестувати зекономлені кошти на користь пацієнтів. Важливим є регулювання функціонування приватного сектору, особливо в контексті закупівлі НСЗУ послуг у приватних провайдерів та аптек в рамках ПМГ та програми «Доступні ліки». Загалом, чітка політика та нормативні акти мають важливе значення для узгодження функціонування приватних постачальників послуг із цілями державної політики, наприклад, щодо планування та організації мережі медичних закладів, планування у випадку надзвичайних ситуацій, а також доступу та кращого використання інформації в усьому секторі охорони здоров'я. Потенційна політика щодо залучення державно-приватного партнерства для реалізації деяких запланованих інвестицій

має бути ретельно продумана з метою забезпечення достатньої спроможності уряду в управлінні такими механізмами.

І насамкінець, як зазначено в розділах 5.1–5.5, ключовим фактором для реалізації всіх принципів є наявність даних для інформування процесу створення політик і прийняття рішень. Ефективне керівництво системою є необхідним для забезпечення ефективного надання послуг, дотримуючись державної політики з кібербезпеки. Точніше, існує необхідність переходу до безперебійного функціонування інтегрованих або сумісних систем електронної медичної та фінансової інформації для всіх функцій системи охорони здоров'я, рівнів керівництва, а також державного та приватного секторів.

Застосування принципів до окремих функцій системи охорони здоров'я може тягнути за собою довгий список необхідних заходів, хоча насправді багато з них тісно пов'язані між собою та взаємозалежні. В основі лежить надання індивідуальних послуг у галузі охорони здоров'я та громадського здоров'я (рис. 1), що є можливим завдяки зусиллям працівників системи охорони здоров'я, наявності та використанню обладнання, лікарських засобів і витратних матеріалів, а також завдяки фізичній та цифровій інфраструктурі в галузі охорони здоров'я. Так само на використання всіх цих ресурсів впливають фінансові стимули та правила й норми функціонування в галузі охорони здоров'я. Врядування разом із покращеним управлінням у всій системі охорони здоров'я допомагає об'єднати всі її частини для узгодження з пріоритетними цілями охорони здоров'я.

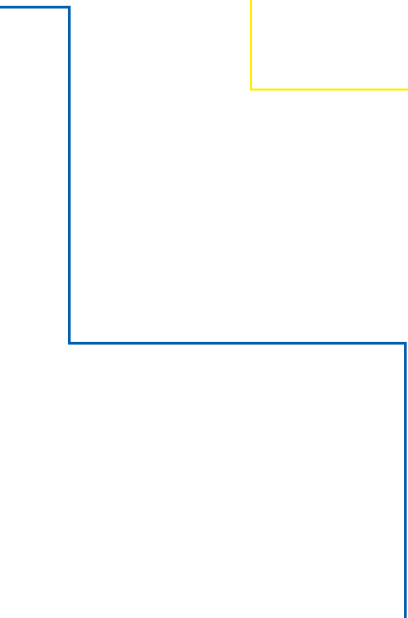
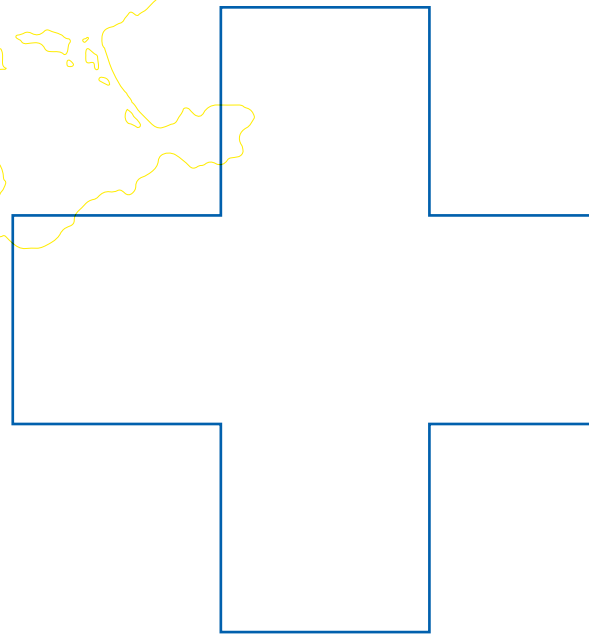
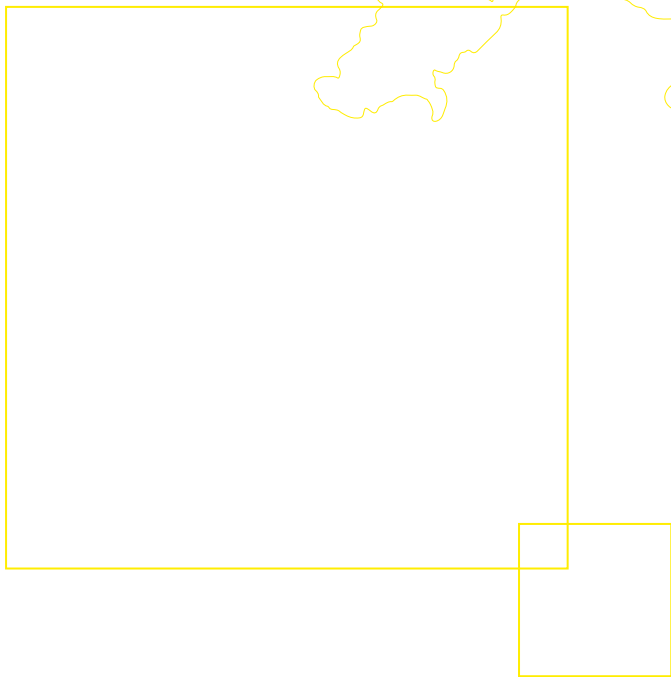
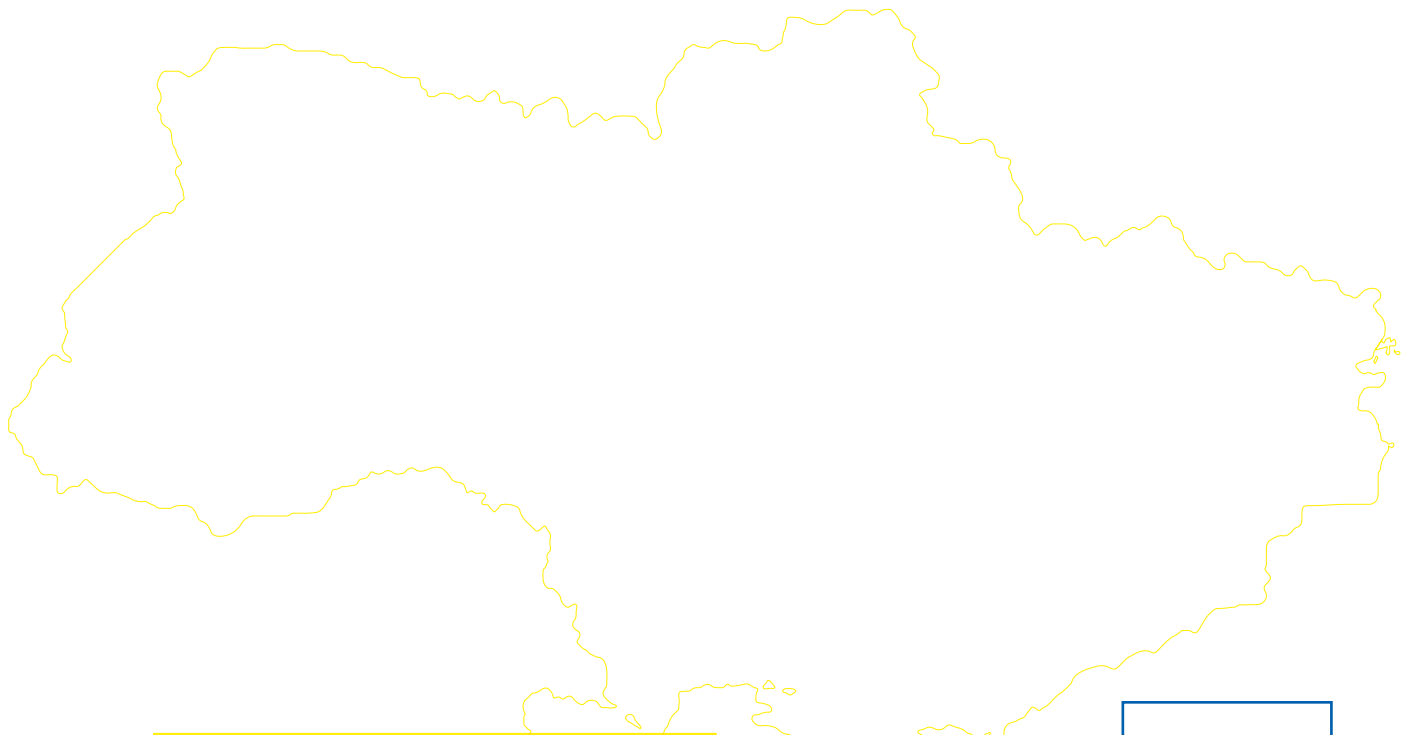
Таблиця 6. Застосування принципів для врядування в системі охорони здоров'я, з послідовністю

Функції та приклади заходів	Зелене/ червоне світло	Початкові заходи	Подальші заходи
Уточнити функції, обов'язки та відносини на всіх рівнях державних органів, які відповідають за галузь охорони здоров'я. Сприяти нарощуванню їхнього потенціалу	●	X	
Підвищити залученість громадян до планування рішень, які їх стосуються	●	X	X
Посилити прозорість і незалежний нагляд за капітальними інвестиціями	●	X	X
Інтегрувати або створити сумісні інформаційні системи, забезпечуючи кібербезпеку	●	X	X
Не зменшувати автономію закладів (менеджмент закладами охорони здоров'я має важливе значення для відновлення)	●		

ГРАФІК ПРИЙОМУ

П.І.Б	ПН.	ВТ.	СР.	ЧТ.	ПТ.	СБ.
Конев Едуард Якович						
Тимчасово відсутній						
Моргун Сергій Васильович	9:00 - 14:00	9:00 - 14:00	9:00 - 14:00	9:00 - 14:00	9:00 - 14:00	
Білоус Тетяна Володимирівна	9.30 - 14.30	9.30 - 14.30	9.30 - 14.30	9.30 - 14.30	9.30 - 14.30	
Околіта Микола Миколайович				9.30 - 14.30	9.30 - 14.30	
Гізатуліна Олена Олександрівна	14.30 - 18.00	14.30 - 18.00	9.00 - 12.30		9.00 - 12.30	
Подройко Світлана Володимирівна				8:00 - 13:00		
Романенко Олег Володимирович				Тимчасово відсутній		
Крохмаль Тетяна Вікторівна	8:00 - 11:00			8:00 - 11:00		
Логінова Тетяна Олексіївна	14:00 - 19:00	9:00 - 14:00	9:00 - 14:00	9:00 - 14:00	9:00 - 14:00	
Винниченко Микола Миколайович				Тимчасово відсутній		
Новак Ірина Леонідівна				Тимчасово відсутній		
Онїкієнко Євгеній Петрович				Тимчасово відсутній		
Корчинський Андрій Анатолійович				Тимчасово відсутній		
Пучкова Юлія Ігорівна				Тимчасово відсутній		
Шпагін Сергій Олександрович				Тимчасово відсутній		

№ каб.	Спеціальність	П.І.Б	ПН.	ВТ.	СР.	ЧТ.	ПТ.	СБ.
Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини, вул. Володимирівна								
337	Сімейний лікар	Валничний Володимир Володимирович				9:00 - 11:00		
215	Сімейний лікар	Рагуліна Ольга Володимирівна						
125	Сімейний лікар	Кудрявцев Володимир Владиславович	15:40-20:00	8:00 - 12:20	8:00 - 12:20	12:00 - 16:20	12:00 - 16:20	15:40-20:00
128	Сімейний лікар	Кифлюк Тетяна Миколаївна						ВІДПУСКА
330	Сімейний лікар	Шелія Егері Севастієвна						ВІДПУСКА
317	Сімейний лікар	Шпагіна Олена Василівна	12:00 - 16:20	10:00 - 14:20	9:00 - 13:20	15:40-20:00	10:00 - 14:20	15:40-20:00
327	Сімейний лікар	Денисенко Валентина Антонівна	9:00-13:20	8:00 - 12:20	12:00 - 16:20	15:40 - 20:00	8:00 - 12:20	15:40-20:00
333	Сімейний лікар	Лисенко Катерина Едуардівна	10:00 - 14:20	12:00 - 16:20	15:40-20:00	8:00-12:20	9:00 - 13:20	15:40-20:00
117	Сімейний лікар	Огороднійчук Ольга Олександрівна	8:00 - 12:20	15:40-20:00	12:00 - 16:20	9:00-13:20	12:00 - 16:20	15:40-20:00
Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини, вул. Турова								
224	Сімейний лікар	Терентьєва Євгенія Володимирівна						
225	Сімейний лікар	Кривонос Леоніла Василівна						
226	Сімейний лікар	Рибалкіна Катерина Генріхівна						
227	Сімейний лікар	Валничний Володимир Володимирович	9:00 - 13:20	13:00 - 17:20				9:00 - 13:20





6. Підсумки, висновки та майбутні дії

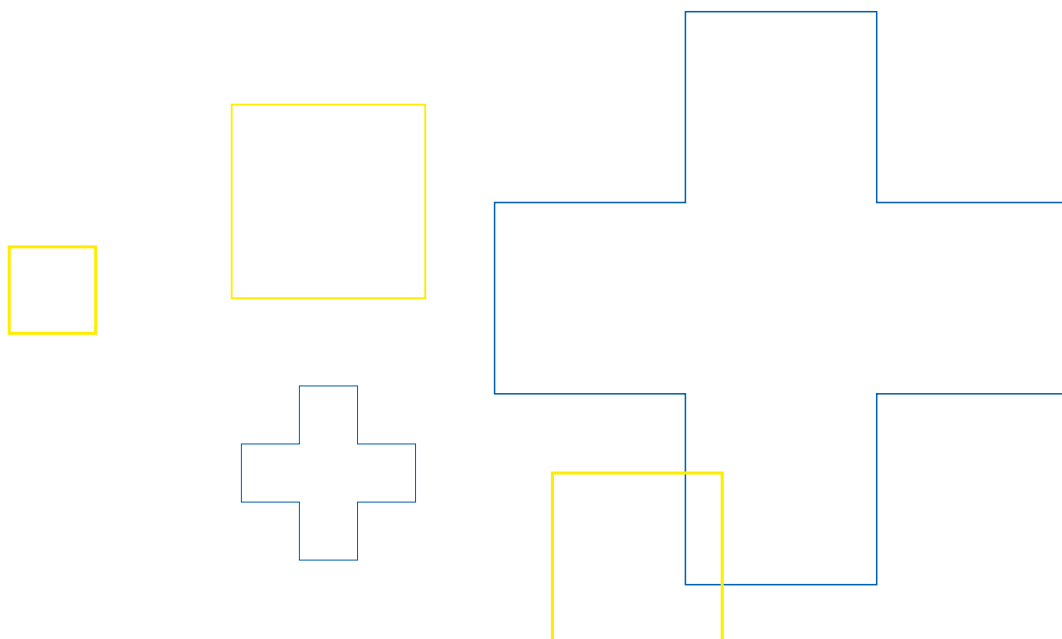
Незважаючи на продовження війни в Україні, уряд готується до відновлення та відбудови країни. Враховуючи масштаби нападів на систему охорони здоров'я та, як наслідок, порушення її функціонування, відбудова системи охорони здоров'я є невід'ємною частиною відбудови країни. Безпосередніми пріоритетами у процесі відновлення є забезпечення надання основних послуг, реагування на нові потреби фізичного та психічного здоров'я, захист громадського здоров'я та забезпечення безпечного та привабливого середовища для повернення як медичних працівників, так і населення в цілому.

У цьому документі визначено стратегічні напрями післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я в короткостроковій та довгостроковій перспективі, одночасно з продовженням надання основних послуг у галузі охорони здоров'я під час бойових дій, що тривають. Стратегічні напрямки базуються на п'яти принципах. Ці принципи можуть використовуватися як критерії для оцінки потенційних інвестицій у заходи з метою забезпечення надання якісних індивідуальних медичних послуг і послуг у галузі громадського здоров'я, а не лише відбудови того, що було зруйновано під час війни. П'ять принципів — це **орієнтованість на людину, рівність та фінансовий захист, резильєнтність, ефективність та стабільність, а також підзвітність**. Застосування цих принципів в межах стратегії відновлення дає можливість узгодити інвестиції та пріоритети післявоєнної політики з основними напрямками реформи охорони здоров'я України, зокрема з вимогами процесу вступу до ЄС, та прискорити трансформацію системи охорони здоров'я України.

У документі також надані конкретні рекомендації щодо послідовності дій і пріоритетів, водночас зазначається, що контекст у різних частинах країни може значно відрізнятись через наслідки війни. Існує потужна база, з якої можна почати: сильні сторони довоєнної системи охорони здоров'я України, напрямки реформ, які вже запроваджувались, а також досвід і спроможність керівництва та кадрового ресурсу системи. Пропонований підхід полягає в тому, щоб негайно інтегрувати гуманітарну допомогу (короткострокову підтримку на задоволення невідкладних потреб) з наданням послуг закладами, які підпорядковуються системі охорони здоров'я України. Такий підхід закладе основу для зміцнення вже існуючих або відбудованих закладів ПМД таким чином, щоб вони стали більш орієнтованими на людину та орієнтованими на охоплення тих, хто найбільше цього потребує. Це також сприятиме розширенню обсягу допомоги, яка надається на первинному рівні та допоможе задовольнити нові потреби, що виникають внаслідок війни.

Все це має сприяти посиленню зв'язків із службами громадського здоров'я та функціями епідеміологічного нагляду, а також покращенню доступу до лікарських засобів та невідкладної допомоги. Це є основою, на якій можна далі розбудовувати відновлені/реструктуровані/нові та більш енергоефективні багатопрофільні заклади та амбулаторні спеціалізовані центри.

Принципи та підхід цього документа узгоджуються із заявленими урядом намірами розробити план відновлення для України (8). Кожен сектор, зокрема сектор охорони здоров'я, повинен розробити план відновлення, в якому визначені цілі, оцінені шляхи їх досягнення в контексті поточних викликів та прогресу у впровадженні реформ, а також визначені подальші плани. План відновлення сектору має бути готовим до обговорення під час Конференції з питань відновлення України, яка відбудеться в Лугано у липні 2022 року — ці амбітні часові межі вимагають підготовки проекту плану відновлення у травні та червні. Цей документ можна розглядати як *нульовий крок* цього процесу, п'ять принципів якого узгоджені з проектом Стратегії охорони здоров'я до 2030 року, щоб скерувати розробку плану відновлення сектору охорони здоров'я (7). Протягом травня та червня 2022 року для ВООЗ та інших партнерів буде важливо тісно співпрацювати з урядом України, щоб забезпечити своєчасне виконання майбутнього плану, який відповідає негайним потребам країни та підтримує бажану трансформацію системи охорони здоров'я. Це сприятиме тому, що населення України буде впевнене, що система охорони здоров'я є ефективною та справедливою, вона готова реагувати на загрози, сприяє зміцненню здоров'я населення та пропонує якісні послуги у сфері охорони здоров'я із захистом від фінансових труднощів.



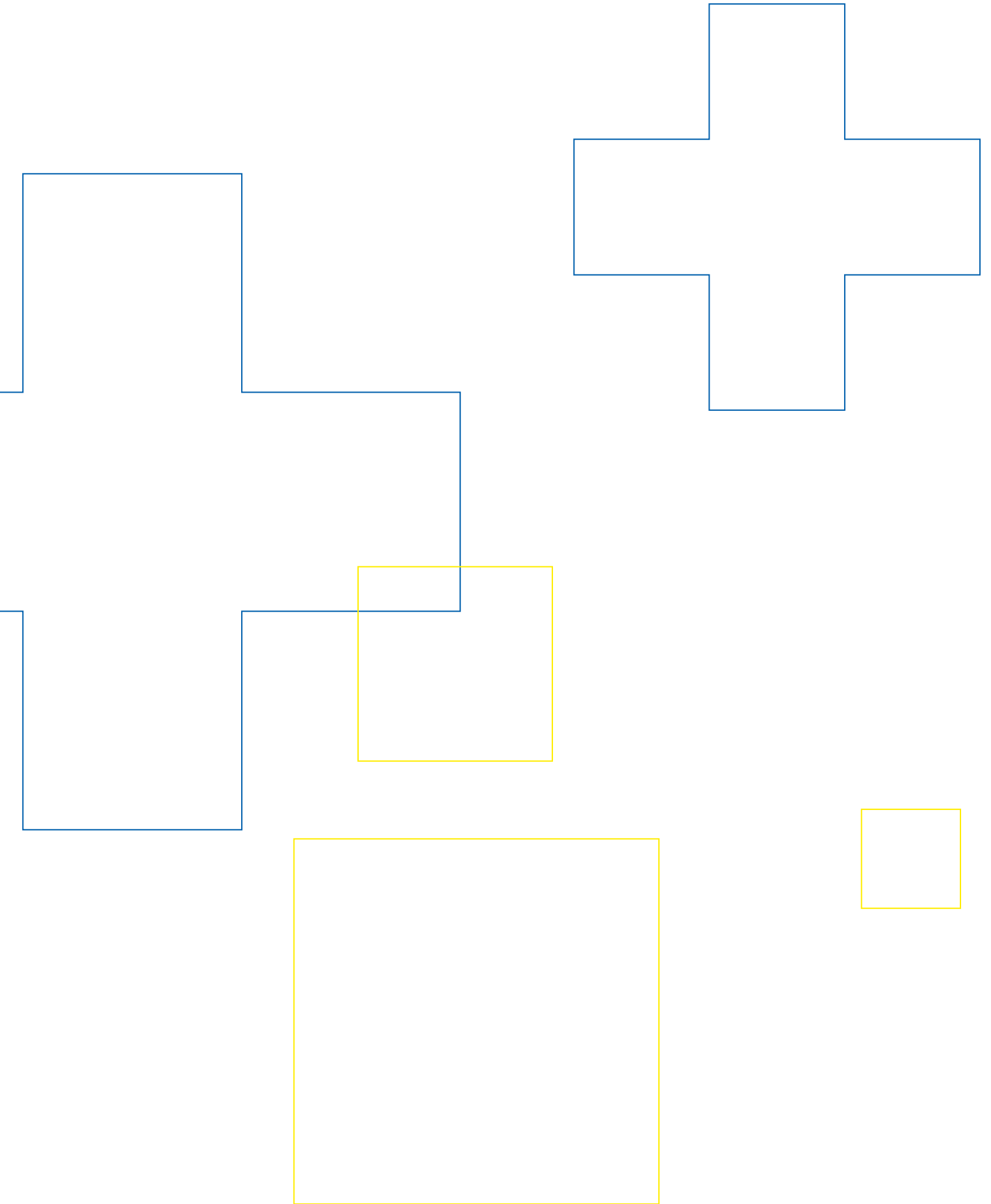


AMBULANCE

103

UA AA 5904 PH

ЛІКАРНА ДОПОМОГА



Посилання²

1. Health and economy [website]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2021 (<https://eurohealthobservatory.who.int/themes/observatory-programmes/health-and-economy#:~:text=Health%20and%20the%20economy%20are,development%20and%20a%20strong%20macroeconomy>).
2. The WHO Council on the Economics of Health for All – Manifesto: 24 September 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/who-council-eh4a_manifesto_09112021.pdf?sfvrsn=788671_5).
3. Health Strategic Advisory Group. National health reform strategy for Ukraine 2015–2020. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2014 (https://en.moz.gov.ua/uploads/0/16-strategy_eng.pdf).
4. The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349648>).
5. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. New York: United Nations; 2019 (73rd session of the General Assembly of the United Nations; <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>).
6. United24: ініціатива Президента України. Київ: Уряд України; 2022 (<https://u24.gov.ua/>).
7. Міністерство охорони здоров'я. Про утворення міжсекторальної робочої групи з питань розробки стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. (<https://moz.gov.ua/strategija>).
8. Про Національну раду з відновлення України від наслідків війни [website]. Київ: Урядовий портал; 2022 ([Про Національну раду з відновлення України від наслідків війни | Кабінет Міністрів України \(kmu.gov.ua\)](https://www.kmu.gov.ua/ua/press-releases/20220520001)
9. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020 (Policy Brief 36; <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-health-system-resilience-key-concepts-and-strategies>).
10. World Meteorological Organization, United Nations International Strategy for Disaster Reduction. UN system task team on the post-2015 UN development

² Усі використані посилання оновлені станом на 20 травня 2022 р.

agenda: disaster risk resilience. Geneva: United Nations International Strategy for Disaster Reduction; 2012 (https://library.wmo.int/index.php?lvl=notice_display&id=12490#.YoeUMqjMKSk).

11. Допомога, відновлення та стійка відбудова. Надання допомоги Україні у задоволенні невідкладних та середньострокових економічних потреб. Вашингтон: Світовий Банк; 2022; <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099547405052230400/pdf/IDU063b2f81900861047a70b5540e3e950f93a8c.pdf>).
12. Response to the COVID-19 pandemic: lessons learned to date from the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (Regional Committee for Europe 71st session; EUR/RC71/6 Rev.1; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343157/71wd06e-rev1-PR-Response-LessonsLearned-210693.pdf>).
13. The FAO–OIE–WHO Collaboration: sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal–human–ecosystems interface. A tripartite concept note. Paris: World Organisation for Animal Health; 2020 (https://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Current_Scientific_Issues/docs/pdf/FINAL_CONCEPT_NOTE_Hanoi.pdf).
14. Porta M, editor. A dictionary of epidemiology, 5th edition. Oxford: Oxford University Press; 2008 (<https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195314496.001.0001/acref-9780195314496>).
15. McNabb SJ, Chungong S, Ryan M, Wuhib T, Nsubuga P, Alemu W et al. Conceptual framework of public health surveillance and action and its application in health sector reform. BMC Public Health. 2002;2:2. doi: 10.1186/1471-2458-2-2.
16. Mirza N, Reynolds T, Coletta M, Suda K, Soyiri I, Markle A et al. Steps to a sustainable public health surveillance enterprise: a commentary from the international society for disease surveillance. Online J Public Health Inform. 2013;5(2):210. doi: 10.5210/ojphi.v5i2.4703.
17. Baker EL, Koplan JP. Strengthening the nation's public health infrastructure: historic challenge, unprecedented opportunity. Health Aff (Millwood). 2002;21(6):15–27. doi: 10.1377/hlthaff.21.6.15.
18. André F, Kergadallan M-L, Zheleznyakov E. France: community partnership in multidisciplinary primary health care in France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 ([https://www.who.int/europe/publications/m/item/france-community-partnership-and-transformation-in-multidisciplinary-primary-health-care-in-france-\(2021\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/france-community-partnership-and-transformation-in-multidisciplinary-primary-health-care-in-france-(2021))).
19. Giniyat A, Jurgutis A, Abeuova Z, Stetsyk V, Jakab M. Kazakhstan: multidisciplinary teams for better alignment of primary health care services to meet the needs and expectations of people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 ([https://www.who.int/kazakhstan/publications/kazakhstan-multidisciplinary-teams-for-better-alignment-of-primary-health-care-services-to-meet-the-needs-and-expectations-of-people-\(2021\)](https://www.who.int/kazakhstan/publications/kazakhstan-multidisciplinary-teams-for-better-alignment-of-primary-health-care-services-to-meet-the-needs-and-expectations-of-people-(2021))).

20. United Kingdom: population health management: meeting the needs of the vulnerable during COVID-19. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 ([https://www.who.int/united-kingdom-of-great-britain-and-northern-ireland/publications/m/item/united-kingdom-population-health-management-meeting-the-needs-of-the-vulnerable-during-covid-19-\(2021\)\)](https://www.who.int/united-kingdom-of-great-britain-and-northern-ireland/publications/m/item/united-kingdom-population-health-management-meeting-the-needs-of-the-vulnerable-during-covid-19-(2021)))).
21. Czechia: community-based mental health services: a lifeline during COVID-19. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 ([https://www.who.int/czechia/publications/m/item/czechia-community-based-mental-health-services-a-lifeline-during-covid-19-\(2021\)\)](https://www.who.int/czechia/publications/m/item/czechia-community-based-mental-health-services-a-lifeline-during-covid-19-(2021)))).
22. WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news/item/12-10-2020-who-publishes-guidance-on-climate-resilient-and-environmentally-sustainable-health-care-facilities>).
23. WHO Regional Office for Europe, The World Bank. Ukraine: review of health financing reforms 2016–2019: WHO–World Bank joint report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346328>).
24. Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326420>).
25. Indicators and data. In: Global Health Expenditure Database [database]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>).
26. Thomson S, Sagan A, Mossialos E. Private health insurance: history, politics and performance. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
27. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>).
28. Sagan A, Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326316>).
29. Co-payment policy: considerations for Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341727>).
30. Bredenkamp C, Dale E, Doroshenko O, Dzhygyr Y, Habicht J, Hawkins L et al. Ukraine health financing reform: progress and future directions. Washington (DC): World Bank; 2021 (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf>).

Європейське регіональне бюро ВООЗ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) — спеціалізована установа Організації Об'єднаних Націй, створена у 1948 році, основна функція якої полягає у вирішенні міжнародних проблем охорони здоров'я та охорони здоров'я населення. Європейське регіональне бюро ВООЗ є одним із шести регіональних бюро в різних частинах земної кулі, кожне з яких має свою власну програму діяльності, спрямовану на вирішення конкретних проблем охорони здоров'я країн, якими вони опікуються.

Країни-члени

Австрія
Азербайджан
Албанія
Андорра
Бельгія
Білорусь
Болгарія
Боснія і Герцеговина
Вірменія
Греція
Грузія
Данія
Естонія
Ізраїль
Ірландія
Ісландія
Іспанія
Італія
Казахстан
Киргизстан
Кіпр
Латвія
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нідерланди
Німеччина
Норвегія
Північна Македонія
Польща
Португалія
Республіка Молдова
Російська Федерація
Румунія
Сан-Марино
Сербія
Словаччина
Словенія
Сполучене Королівство
Таджикистан
Туреччина
Туркменістан
Угорщина
Узбекистан
Україна
Хорватія
Фінляндія
Франція
Чехія
Чорногорія
Швейцарія
Швеція

WHO/EURO:2022-5750-45515-65487

World Health Organization
Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Website: www.who.int/europe