



МІНІСТЕРСТВО  
ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ

# ПУБЛІЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ СТРАТЕГІЯ ЗДОРОВ'Я 2030

ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ  
ПУБЛІЧНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ



INSTITUTE  
RESPUBLICA





# Зміст

<b>1. Вступ</b>	<b>4</b>
<b>2. Контекст консультації</b>	<b>5</b>
<b>3. Загальний огляд публічної консультації</b>	<b>6</b>
3.1. Мета/цілі консультації	6
3.2. Загальні результати консультації	6
<b>4. Процес проведення консультацій</b>	<b>8</b>
4.1. Про консультацію	8
4.2. Учасники консультацій та демографічний профіль	8
<b>5. Що ми почули?</b>	<b>11</b>
5.1. Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я	11
5.2. Громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації	14
5.3. Залученість людей та громад	17
5.4. Врядкування у сфері охорони здоров'я	21
5.5. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я (КРОЗ)	24
5.6. Запитання від учасників	28
<b>6. Наступні кроки</b>	<b>31</b>
<b>7. Методологія обробки та аналізу даних</b>	<b>32</b>
7.1. Збір, зберігання та формування даних	32
7.2. Аналіз даних	32
<b>8. Додатки</b>	<b>34</b>
8.1. Питання, які ставились учасникам консультації	34

# 1. Вступ

Цей документ є детальним звітом про проведення серій публічних консультацій щодо «Стратегії здоров'я 2030».

Публічні консультації «Стратегія здоров'я 2030», що відбулись у грудні 2021 року, були організовані Міністерством охорони здоров'я України, ВІ «Активна Громада» від Інституту «Республіка» (далі — Інститут «Республіка»), Коаліцією Реанімаційний Пакет Реформ (далі — Коаліція РПР) за сприяння Національного Демократичного Інституту.

Публічні консультації відбувались у форматі онлайн та офлайн-обговорення. До консультації мали можливість долучитись громадяни з усіх областей України.

У цьому документі представлено детальний опис етапів підготовки, методології організації та проведення публічних консультацій, аналіз масиву даних, отриманих з урахуванням пропозицій, зауважень та коментарів учасників консультацій під час обговорення.

Зокрема, звіт містить висновки, які стосуються подальшої державної політики щодо розроблення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року.

Пропозиції, які були зібрані під час консультації, будуть враховані в Стратегії.

Серія публічних консультацій стала можливою завдяки щедрій підтримці британського народу через Управління закордонних справ, Співдружності та розвитку (FCDO). Думки, висловлені тут, належать автору(-ам) та не обов'язково відображають погляди Уряду її Величності.



## 2. Контекст консультації

Міністерство охорони здоров'я України ініціювало публічні консультації щодо розроблення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року (далі — Стратегія).

Підготовка проєкту Стратегії здійснюється на виконання Указу Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою».

Для розроблення проєкту Стратегії Міністерством охорони здоров'я України утворено

міжсекторальну робочу групу (МРГ), затверджено положення про неї та персональний склад її членів. Також утворено 5 підгруп МРГ за окремими тематичними напрямками, до роботи в яких залучено понад 80 експертів — представників органів влади, інститутів громадянського суспільства, міжнародних організацій тощо.

Також на офіційному сайті МОЗ у рубриці «Стратегія» забезпечено оприлюднення матеріалів, пов'язаних із роботою та підготовкою проєкту Стратегії.

# 3. Загальний огляд публічної консультації

## 3.1. Мета/цілі консультації

Метою проведення публічної консультації було почути пропозиції та рекомендації від зацікавлених осіб для подальшого доопрацювання Стратегії.

## 3.2. Загальні результати консультації

Участь у чотирьох консультаційних подіях щодо «Стратегії здоров'я 2030» взяли 310 учасників/ць з різних регіонів країни. Учасники представляли різні групи заінтересованих сторін: надавачів послуг, експертів, науковців, представників влади, представників бізнесу, громадські організації та громадських активістів.

Усі учасники мали змогу долучитись до обговорення п'яти пріоритетів Стратегії та надати свої пропозиції.

### Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я

Перевагою інтегрованої системи є те, що всі громадяни отримують доступ до тотожних послуг. При впровадженні інтегрованої моделі, яка буде надавати універсальне охоплення послугами охорони здоров'я, необхідно врахувати імплементацію її на території всієї України з урахуванням території Донецької та Луганської областей (на лінії розмежування в районі проведення ООС необхідно передбачити окремий протокол надання медичних послуг); приведення системи до єдиного медичного простору; діджиталізацію послуг

(відсутність монополії в цій сфері) та доступ пацієнтів до своїх персональних даних; врахування положень щодо протидії корупції; реалістичність та досяжність поставлених цілей.

Особливу увагу потрібно приділити співпраці первинної та вторинної ланки і визначити дефіцит знань, який потрібно компенсувати лікарям.

Необхідно зберегти систему профільних медичних закладів та установ на законодавчому рівні. Закриття профільних закладів порушує рівні права та можливості пацієнтів на отримання фахової медичної допомоги.

Учасники/ці підтримали можливість змішаної моделі фінансування: за рахунок НСЗУ та приватних страхових внесків. З державного бюджету фінансування має бути збільшене щонайменше до 5% ВВП, а фінансова модель повинна забезпечувати поступовий перехід до страхової медицини.

Вбачаються проблеми у безперебійному постачанні лікарських засобів (особливо коли це стосується програмних закупівель), оскільки відсутнє довгострокове планування. Поставки медикаментів мають відбуватися не одноразово, а упродовж року.

### Громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації

Громадське здоров'я повинно регулюватись та фінансуватись державою без перекладання на місцеві бюджети, разом з цим на рівні територіальних громад слід створювати систему

раннього виявлення захворювань, розвивати профілактичний напрям та освітні проекти. Охорона здоров'я має бути найвищим пріоритетом, а медична допомога уже як похідна.

Необхідне кадрове забезпечення цього напрямку. Чітке визначення обов'язків лікарів, розроблення нормативів і стандартів.

Учасники відзначили необхідність розробки програм за окремими напрямками, наприклад, створення центрів по нозологіям, орфанним захворюванням, ВІЛ, окремі послуги для людей похилого віку, проблеми донорства крові та інші.

Запропоновано звернути увагу на роботу епідеміологічної служби, переглянути повноваження Держпродспоживслужби, функціонально посилити роботу санітарно-карантинних підрозділів у точках перетину державного кордону України.

Окремо виділили питання стратегії комунікації та стратегію кризової комунікації — взаємодія між органами, які беруть участь в реагуванні, роль ОМС, оповіщення населення, створення алгоритму поведінки всіх учасників.

Представники наукового середовища також звернули увагу на те, що існуюча ситуація, коли питанням займаються декілька структур (МНС, МОЗ, ДПСС), не є ефективною. Є потреба у визначенні факторів ризику та єдиній системі моніторингу для збору і аналізу даних в одному місці.

### **Залученість людей та громад**

Основним завданням для цього напрямку є популяризація свідомого ставлення громадян до свого здоров'я. Інформування та популяризація серед населення здорового способу життя, своєчасного звернення по медичну допомогу, відповідального вживання антибіотиків і неприпустимості самолікування, а також своєчасного проходження обстежень і щеплень. Інформування населення про те, як працює система охорони здоров'я, про існуючі послуги та де і як їх отримати. Має приділятися

належна увага профілактиці захворювань та розвитку соціально-гігієнічної культури.

Існує вагомий запит серед громадян щодо покращення комунікації та співпраці, розробки та прийняття спільних рішень, налагодження діалогу та залучення громадськості до процесів на всіх рівнях сфери охорони здоров'я. А також покладання на представників громадськості виконання певної наглядової, контролюючої функції.

### **Врядування у сфері охорони здоров'я**

Основними викликами у врядуванні сфери охорони здоров'я є недосконалість вже існуючої системи управління та контролю, недостатність фінансування для можливості вибудувати нову та удосконалену систему управління. Загалом спільна думка більшості учасників вказує на те, що причиною такої недосконалості є ряд невирішених проблем, що вже зараз існують у функціонуючій системі управління, а саме: недосконалість контролю якості послуг; державного регулювання; ефективності системи адміністративного управління; функціонування наглядових рад та іншого громадського контролю; системи міжсекторальної взаємодії, підзвітності та співпраці.

### **Кадрові ресурси системи охорони здоров'я (КРОЗ)**

Основною потребою у розвитку кадрового потенціалу медичної сфери є оновлення системи медичної освіти. Більшість учасників вважає, що осучаснене та практикоорієнтоване навчання в найближчому майбутньому сформує потужний кадровий ресурс, який матиме змогу та знання для інтеграції нашої системи охорони здоров'я в європейські системи, а також трансформує кращі світові практики у вітчизняній медицині. Тоді такі проблематики, як недосконала цифровізація, малий фонд заробітної плати, надмірна навантаженість та недосконалість нормативно-законодавчої бази, будуть закриті саме через освітнє збагачення кадрових ресурсів та їхню перекваліфікацію.

# 4. Процес проведення консультацій

## 4.1. Про консультацію

### Формат консультацій

Серія публічних консультацій відбулась у форматі **онлайн-обговорення** на платформі Zoom та у **офлайн-форматі**.

На платформі Zoom у форматі **онлайн-обговорення** було проведено 3 події. Запрошені учасники мали можливість дізнатись про «Стратегію здоров'я 2030» від експертів Міністерства охорони здоров'я України та поставити запитання. Також учасники працювали в групах та надавали свої пропозиції щодо визначених питань.

**Офлайн-форматом** було передбачено проведення безпосередніх зустрічей представників бізнесу з представниками Міністерства охорони здоров'я України.

Для найбільш ефективного збору інформації публічні консультації проходили у форматі модерованої дискусії.

На кожній публічній консультації були присутні аналітики Інституту «Республіка», які фіксували дані шляхом запису відео та нотували зі слів учасників.

### Географія

Для охоплення більшої кількості громадян серія публічних консультацій включила в себе чотири події, куди були запрошені учасники із різних регіонів України.

### Теми консультацій

Учасникам для обговорення були запропоно-

вані 5 стратегічних пріоритетів «Стратегії здоров'я 2030»:

- Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я
- Громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації
- Залученість людей та громад
- Врядкування у сфері охорони здоров'я
- Кадрові ресурси системи охорони здоров'я (КРОЗ)

*З запитаннями, що ставилися до стратегічних пріоритетів, можна ознайомитись у розділі 8.1. Питання, які ставились учасникам консультації.*

## 4.2. Учасники консультацій та демографічний профіль

### Кількість учасників

Всього в серії консультацій взяло участь 310 учасників.

### Групи заінтересованих сторін

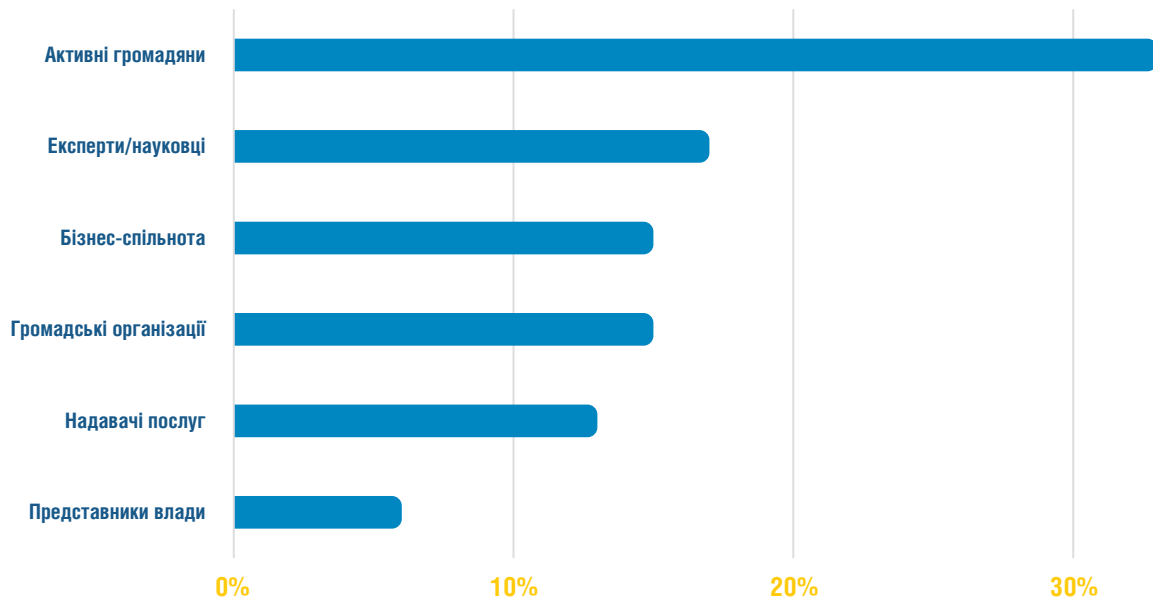
Відповідно до теми та мети публічної консультації було визначено групи заінтересованих сторін:

- Активні громадяни
- Експерти/науковці (національного та регіонального рівнів та їх професійні об'єднання, які опікуються темою охорони здоров'я)



- Бізнес-спільнота (аптечний бізнес, приватні клініки, лабораторії, міжнародні бізнес-асоціації, виробники медичних засобів)
- Надавачі послуг (керівники закладів охорони здоров'я, лікарі усіх ланок, медичний персонал, лікарські асоціації та профсоюзи)
- Громадські організації, що артикулюють та агрегують інтереси пацієнтів (пацієнтські ГО національного та регіонального рівнів, ГО у сфері громадського здоров'я та інклюзивності, гендерної рівності)
- Представники влади (ОМС та їх асоціації, народні депутати, в т.ч і мажоритарники, ДОЗ, очільники та працівники ЦОВВ)

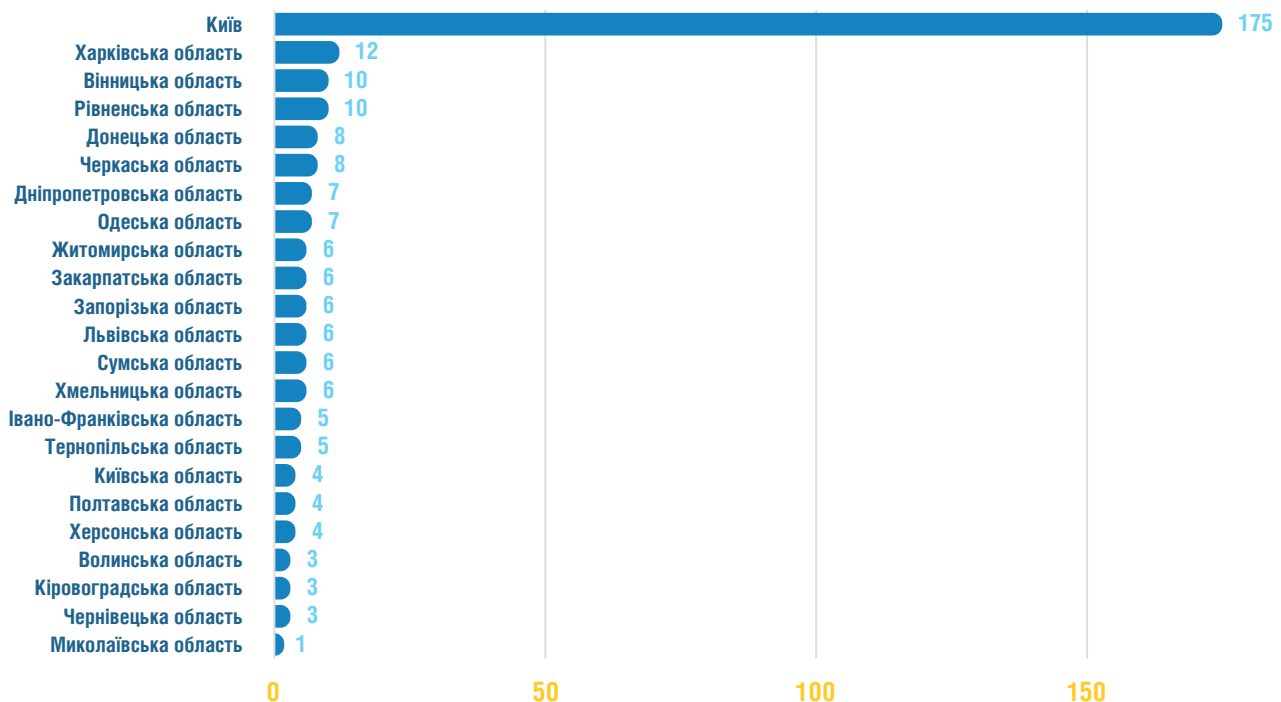
### Розподіл учасників за цільовими аудиторіями



### Географічний розподіл

З міста Київ — 56% учасників. 44% учасників — з інших регіонів України.

### Розподіл учасників за областями України



## Розподіл учасників за статтю



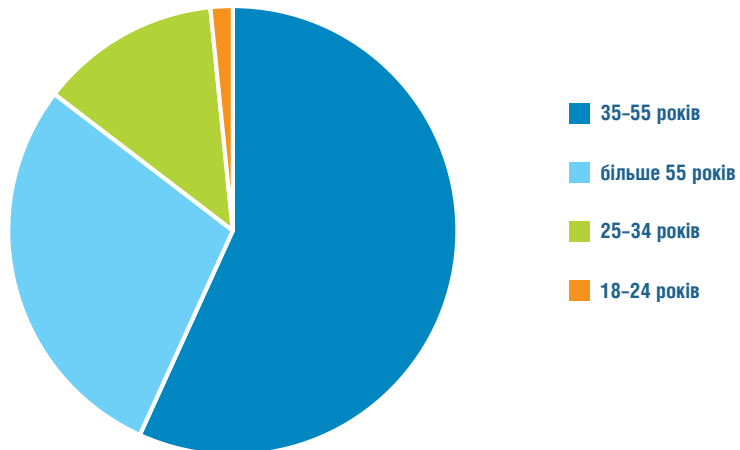
64,5



35,5

## Вік

## Розподіл учасників за віком



# 5. Що ми почули?

## 5.1. Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я

Під час обговорення переваг та ризиків інтегрованої моделі надання медичних послуг виникло питання щодо самої моделі надання. Так, деякі учасники/ці серед представників надавачів послуг вважали за необхідне розбити та розділити надання послуг на послуги первинної, вторинної та третинної допомоги відповідно. Інші — дотримувалися позиції, що необхідно розділяти надавачів послуг. Тобто якщо лікар первинної ланки може надавати допомогу як спеціаліст вторинної ланки, то він має отримати таку можливість на законодавчому рівні. Представники/ці активних громадян підтримали пропозицію, що в проєкті Стратегії мають бути відображені загальні норми щодо інтегрованості медичних послуг, але були окремі думки, що кожна із нозологій має мати окреме місце у цьому проєкті Стратегії. Ризиком моделі є те, що не всі пацієнти, у тому числі з рідкісними орфанними захворюваннями, внесені до пакетів НСЗУ. Необхідно створити пакети послуг НСЗУ допомоги «орфанним» пацієнтам з чітким визначенням такого переліку або коефіцієнтів.

Пропозицію щодо необхідності приведення системи до єдиного медичного простору, а саме законодавчо визначити взаємозв'язок між всіма ланками медицини, підтримали також представники влади. Особливу увагу потрібно приділити співпраці первинної та вторинної ланки і визначити дефіцит знань, який потрібно компенсувати лікарям.

У будь-якому разі Міністерство охорони здоров'я України та Національна служба здоров'я

України мають діяти спільно для забезпечення вирішення всіх законодавчих колізій. Так, потребує вирішення питання щодо надання медичних послуг на лінії розмежування в районі проведення ООС. На цих територіях (доречно таку практику запровадити і на територіях, де відбулися/відбуваються надзвичайні події тощо) ввести окремий протокол надання медичної допомоги, передбачити окрему оплату за надання таких послуг, можливо, це будуть мобільні бригади, які фінансуватимуться окремо (матимуть окремий пакет від НСЗУ). Такої думки дійшли всі учасники/ці.

Перевагою інтегрованої системи є те, що всі громадяни отримують доступ до тотожних послуг.

При цьому ризики вбачаються, по-перше, в тому, що обмежене фінансування та супротив відомчих структур призведе до обмеження переліку необхідних послуг. По-друге, існує невідповідність проєкту Стратегії розвитку охорони здоров'я до 2030 року іншим стратегічним документам (Державній стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року тощо).

Реформування первинної ланки дало позитивні результати, але серед недоліків варто виокремити недостатнє фінансування та слабе оснащення медичним обладнанням. При реформуванні вторинної ланки потрібно врахувати можливість пацієнтів самостійно (без направлення сімейного лікаря) звертатися до лікарів вторинної ланки.

Серед існуючих проблем зазначили монополію серед цифровізації послуг, а саме: всі надавачі послуг мають підключитися до елек-

тронної медичної інформаційної системи, інакше вони не зможуть працювати у системі. При цьому є застереження щодо захисту персональних даних, оскільки пацієнт не має доступу до інформації про себе, а інформація, наприклад, про прийоми лікарів відрізняється від фактичних даних.

Застереження викликає питання підпорядкування Міністерству юстиції України медичних послуг, які надаються у слідчих ізоляторах та установах виконання покарань. Це призводить до подвійного фінансування і неналежного/ненадання таких послуг. Надання всіх медичних послуг всім громадянам має бути відображено у Стратегії та контролюватися виключно Міністерством охорони здоров'я України.

Існують ризики щодо досяжності та реалістичності довгострокового планування Стратегії через швидку та непередбачувану зміну подій у країні і світі.

Щодо надання якісних та безпечних медичних послуг — громадянам потрібно враховувати попередній досвід, оснований на моделях надання послуг, які раніше використовувалися; він має стати підґрунтям для нових підходів. На сьогодні відсутня методика, яка може визначити якість надання медичних послуг. Через це неможливо належним чином обґрунтувати фінансування, яке повністю покривало б усі витрати. Можливим вирішенням буде адаптація міжнародних протоколів до українських реалій. Також потрібно враховувати, що для надання певних медичних послуг має бути передбачено відповідне обладнання. Має здійснюватися зовнішній контроль щодо того, які саме послуги (з урахуванням обладнання, лабораторій тощо) можуть надаватися лікарем. Пропозиції щодо необхідності посилення контролю за якістю послуг підтримали усі учасники/ці обговорення.

Лікарі мають проходити постійне навчання для підвищення кваліфікації на безоплатній основі як заохочення до роботи. При цьому у разі надання неякісних медичних послуг вони

мають нести відповідальність. На рівні закладів охорони здоров'я це може бути втрата медичної ліцензії.

Пацієнти мають отримати можливість надавати відгуки (не анонімні) щодо якості надання послуг для посилення контролю за якістю послуг.

Алгоритми надання якісних та безпечних медичних послуг мають містити: науково обґрунтоване визначення потреб в послугах, формування їх змісту та вартості, передбачення в бюджеті видатків на їх надання, визначення розпорядника коштів, контроль за якістю наданих послуг та усунення бар'єрів для доступу (приміром, з питань відсутності певних документів).

Учасники/ці зазначали, що на сьогодні відсутня методика для оцінки потреб громадян (особливо для вразливих груп населення), яка б могла повністю врахувати потребу у послугах/ліках. Відсутність планування відповідно до потреби призводить до того, що охоплення медичними послугами не є всебічним. Наприклад, для того, щоб отримати ліки для дитини з інвалідністю, батькам потрібно разом з дитиною обійти декілька лікарських установ і зібрати купу висновків. Вивчивши існуюче питання щодо відсутності інклюзії у наданні послуг дітям з інвалідністю, слід створити необхідні умови для універсалізації такої процедури.

Важливо забезпечити наявність та функціонування стандартів діагностики і лікування на національному, регіональному, місцевому рівнях і контроль щодо їх виконання.

Стандарти лікування для всіх нозологій повинні розроблятися на національному рівні на основі міжнародних практик та адаптуватися до реалій для того, щоб підвищити якість послуг.

Учасники/ці виступили з пропозицією збереження системи профільних медичних закладів та установ, державного регулювання цього процесу на законодавчому рівні (в деяких

областях немає жодного спеціалізованого закладу за окремими напрямками). Кількість закладів в області має бути оптимальною з огляду на кількість населення/пацієнтів. Закриття профільних закладів порушує рівні права та можливості пацієнтів на отримання фахової медичної допомоги. Також потрібно відокремити шкірно-венерологічні диспансери, а не об'єднувати їх з інфекційними лікарнями.

Існує необхідність у врегулюванні електронної системи обліку, яка найчастіше несправна. Через неналежний захист персональних даних були надані пропозиції щодо повернення медичної книжки на паперових носіях.

Існуюча фінансова модель забезпечує фінансовий захист і має лишитися як основа з певними доопрацюваннями. Мають бути додатково затверджені зміни за різними напрямками, які удосконалюють і уточнюють вже існуючий варіант. Серед пропозицій були такі: «гроші йдуть за пацієнтом», але можуть бути і варіанти, коли пацієнт закріплений за лікарнею. Також необхідно розглянути питання щодо оплати наданих послуг тільки після повного одужання пацієнта та частинами. Відповідно були пропозиції щодо закупівлі лікарських засобів та предметів медичного використання безпосередньо надавачами послуг, і бюджетні призначення мають надаватися не з огляду на розмір закладів, а з огляду на фактично надані послуги.

Фінансова модель надання послуг має насамперед відповідати потребам пацієнтів. Слід у будь-якому разі збільшити фінансування медичної галузі, приділивши увагу забезпеченню достатніми коштами напрямків боротьби із захворюваннями, що спричиняють найбільшу смертність.

Потрібно спонукати Міністерство охорони здоров'я України тісно співпрацювати з меценатами, іншими донорами, волонтерськими організаціями для залучення додатково не державних коштів та отримання інформаційної підтримки.

Необхідно встановити фінансування на рівні 5% ВВП (від активних громадян були пропозиції 6% ВВП) і шукати альтернативні джерела фінансування галузі (відрахування з азартних ігор, підакцизних товарів тощо).

Відкритим залишається питання страхової медицини, яка, на думку деяких учасників, зможе частково вирішити зазначені проблеми.

Учасники/ці підтримали можливість змішаної моделі фінансування: за рахунок НСЗУ та приватних страхових внесків. Також були надані пропозиції щодо часткового фінансування з місцевих бюджетів.

Важливим є питання контролю за розподілом коштів та наданням послуг на безкоштовній основі.

Має бути введена відповідальність за надання неякісних/ненадання медичних послуг. При цьому окрема увага має приділятися відповідальності держави щодо ненадання медичної допомоги ув'язненим, тому що такі дії порушують практику Європейського суду з прав людини.

Має здійснюватися суворий контроль за дороговартісними препаратами, для цього слід вести реєстри з обліком препаратів, необхідних для «орфанних» пацієнтів.

Учасники/ці дійшли згоди, що під час оплати праці має враховуватися будь-яка діяльність лікаря, при цьому будь-які дії, які може лікар не виконувати, мають бути визнаними такими, що ним не виконуються. Також окрім активності лікаря має враховуватись результат.

Причинами виникнення неформальних платежів є невідповідність тарифів НСЗУ реальній вартості послуг. Це може бути вирішено збільшенням фінансування галузі, справедливим розподілом коштів між закладами охорони здоров'я та у закладах.

Вартість медичних послуг має включати в себе не тільки капітальні витрати, витрати на медикаменти та обладнання, а і оплату праці

медичного персоналу. Оплата праці медичного персоналу має бути на гідному рівні.

Потрібно ввести заохочувальну систему для лікарів, яка буде їх стимулювати працювати без неформальних платежів. Як варіант — рейтингування лікарів за різними показниками.

Відсутність обов'язкових дій з боку пацієнтів, а натомість надання можливості вибору має зменшити корупційну складову («купівля ковідних сертифікатів»).

Для благодійних внесків передбачити єдиний державний фонд, кошти з якого будуть направлятися на визначені послуги (наприклад, боротьба з орфанними захворюваннями).

Основною проблемою у забезпеченні людей сучасними ефективними та безперебійними засобами учасники/ці вважають недосконалу процедуру закупівлі лікарських засобів. Вбачаються проблеми як в плануванні закупівель, особливо коли це стосується програмних закупівель (наприклад, вакцини), так і у відсутньому довгостроковому плануванні.

При плануванні закупівель потрібно враховувати такі дані: скільки людей має певне захворювання, скільки з них може отримати медичну допомогу і скільки її дійсно отримують. Невідповідність вказаних даних допоможе визначити необхідну кількість лікарських засобів.

Відповідно закупівлі потрібно планувати на три роки і проводити планування закупівель влітку поточного року на наступний рік для забезпечення безперебійності процесу. Постачання медикаментів має відбуватися не одноразово, а упродовж року.

Забезпечення громадян безперебійним доступом до лікарських засобів може бути надано шляхом впровадження фізичної та фінансової доступності. Фізична доступність полягає в можливості отримання ліків у будь-якому місці (незалежно від розміру громади). Фінансова доступність передбачає реімбурсацію, тобто відшкодування коштів за лікарські засоби.

Також учасники зазначають, що майже не існує конкуренції на фармацевтичному ринку, що призводить до обмеженого вибору лікарських засобів за найнижчою ціною. Відповідно на це впливає і складність (а в деяких випадках і недоцільність) процедури реєстрації лікарських засобів в Україні.

Важливо забезпечувати контроль за якістю ліків: перевірку на безпеку, якість, вірусне навантаження мають проводити не тільки на етапі реєстрації ліків, а під час їх впровадження. Інформація про експериментальні ліки повинна бути у відкритому доступі та має постійно оновлюватися.

При впровадженні інтегрованої моделі, яка буде надавати універсальне охоплення послугами охорони здоров'я, необхідно враховувати імплементацію її на території всієї України з урахуванням території Донецької та Луганської областей (лінії розмежування в районі проведення ООС); приведення системи до єдиного медичного простору; діджиталізацію послуг та доступ пацієнтів до своїх персональних даних; врахування положень щодо протидії корупції; реалістичність та досяжність поставлених цілей.

Збалансоване надання якісних медичних послуг можливо забезпечити при впровадженні стандартів надання послуг і контролю за їх виконанням.

## 5.2. Громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації

Серед надавачів послуг зазначалось, що, по-перше, мають існувати підзаконні акти, лише на основі законодавства можна побудувати систему громадського здоров'я. Учасники зійшлися на тому, що громадське здоров'я має регулювати держава, не можна перекладати ці питання на ОМС.

Серед ключових напрямів говорили про систему психічного здоров'я населення, профілактичну складову та просвітництво, напри-

клад, про освітні проекти. Також учасники звернули увагу на раннє виявлення недуги на рівні лікаря та на рівні територіальних громад, оскільки це економічно вигідно. Учасники поголосили, що важлива не тільки медична, а й соціальна складова.

Також було зазначено, що потрібно проводити оцінку поточних медичних послуг, які відповідають чи не відповідають запитам. Слід встановити нормативи і стандарти, які потім мають бути оцінені, і згодом впливатимуть на систему громадського здоров'я.

Представники органів державної влади, МОЗ, ОМС в ході публічних консультацій звернули увагу на напрями повноваження лікарів, фінансування системи громадського здоров'я, ролі ОМС.

Учасники підтримали забезпечення функціонування Центру громадського здоров'я і мережу центрів контролю та профілактики хвороб (п.5.3 Стратегії), але разом з тим були зауваження, що «вішати» громадське здоров'я на лікарів первинки — це велике навантаження і без додаткового фінансування воно не зможе ефективно функціонувати. Оскільки на Центр громадського здоров'я покладено функції основної експертної установи — для формування програм, учасники хотіли б, щоб були представництва у кожному регіоні: для формування профілів здоров'я на місцях і для розробки національних програм.

Учасники відзначили, що не можна в сфері громадського здоров'я розділяти первинку, вторинку тощо. Також звернули увагу на необхідність наявності кадрів та їх підготовку. Повинна бути програма, яка має чітко ставити завдання для чіткого виконання їх лікарями.

**«Якщо не буде кадрів на всіх етапах системи, буде дуже важко, щоб ця система працювала, а після того, як будуть кадри, треба їх навчити відпрацювати навички і залучити до симуляційних навчань. Ми були б раді, якби в навчаннях брали участь всі причетні до відомства».**

Учасники вказали, що потрібно відпрацювати стратегію комунікації та стратегію кризової комунікації. Саме в такій послідовності, оскільки на національному рівні її немає або вона застаріла. Для того, щоб це працювало, вона має бути скомунікована, а саме — потрібен постійний зв'язок між органами, які беруть участь в реагуванні. Система має містити інструмент, наприклад, мапу, яка відображатиме інформацію з декількох потоків. Як приклад реагування на ядерні загрози, учасники навели ядерну станцію в Запоріжжі.

**«Ми маємо реагувати на всі загрози, і є питання задвоєння функцій з ДСНС, і реагування на всі СБРН загрози (хімічні, радіологічні та ядерні)».**

Учасники порушили питання про бачення ролі ОМС в проведенні всіх заходів — навчань, комунікації.

**«Як можуть допомогти, як можуть проявити себе в організаційних заходах, як можуть проявити себе ОМС, яка роль? Як в Стратегії про це буде зазначено?»**

Експерти надали роз'яснення щодо ролі ОМС, але все одно варто звернути увагу на брак інформації у представників ОМС про їх роль в забезпеченні громадського здоров'я.

Активісти, представники НУО відзначають необхідність оперативного оповіщення населення при надзвичайних ситуаціях, створення Карти поведінки (алгоритму дій) для медичних працівників. Необхідно вдосконалювати систему комунікації між закладами охорони здоров'я, пацієнтами та іншими зацікавленими сторонами у т.ч. і для підвищення ефективності маршрутів пацієнтів.

**«Розробити міжсекторальний план комунікації та взаємодії з метою реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я, який би включав план заходів щодо кожної зацікавленої сторони та окремо ефективного інформування населення».**

Окрім цього учасники акцентували увагу на розробленні плану територіального розміщення опорних медичних закладів для своєчасного доступу до надання послуг, оцінки цих послуг на відповідність потребам; створенні системи аналізу та моніторингу, а також ефективного та прозорого перерозподілу коштів.

Також порушено питання порядку фінансування медичних закладів — удосконалення та розвитку ефективного управління, гарантованого фінансування, розширення та покращення програми медичних гарантій. Наголошено на необхідності навчання практикуючих лікарів і студентів основам соціального здоров'я населення, зменшення навантаження на сімейного лікаря, включення в завдання напрямків роботи лікаря первинки психологічного і соціального аспекту збереження здоров'я населення, відновлення валеологічних, профілактичних, патронажних напрямків роботи лікарів первинки. Прозвучала пропозиція фінансувати охорону здоров'я на рівні 5% від ВВП.

Також учасники звернули увагу на відсутність механізму впливу громадськості на формування та втілення стратегії ОГЗ.

**«Нова система повинна взяти все краще від системи санепіднагляду і контролю (бути її розвитком) + диспансеризація + інформатизація + профілактика індивідуальна та соціальна + постійний науковий супровід і гарантоване (захищене) фінансове забезпечення... + відповідальність».**

Учасники надали ще рекомендації та зауваження до системи в цілому:

- у надзвичайних ситуаціях важливим є міжвідомчий обмін компонентами крові;
- вивчити і вирішити проблему ВІЛ-дисидентства батьків ВІЛ-інфікованих дітей;
- внести в законодавство параграф про відповідальність батьків;
- відновити диспансерний облік пацієнтів;

- укомплектувати необхідною апаратурою медичні амбулаторії для забезпечення підтримання життєдіяльності пацієнта;
- формувати мікроклімат на рівні територіальної громади;
- підготувати окремий пакет послуг для осіб похилого віку;
- організувати ПЛР-тестування донорської крові;
- зобов'язати лікарів виписувати рецепти пацієнтам. Це не контроль аптек, а можливість контролювати правильність призначення.

Представники наукового середовища, експерти зійшлися в поглядах на таких твердженнях:

- до Стратегії потрібно включити експертність, довіру та акцентувати увагу на повноваженнях;
- потрібна чітка диференціація між поняттями «Громадське здоров'я» — «Охорона здоров'я» — «Медична допомога» для уникнення змішування функцій між ЦГЗ — МОЗ та НЗСУ;
- охорона здоров'я має бути найвищим пріоритетом, а медична допомога уже як похідна;
- існує потреба у прийнятті та розробці програм за окремими напрямками;
- охорона здоров'я повинна мати наглядові повноваження;
- необхідність кадрової підготовки;
- всі забезпечуючі речі мають йти вертикально (підпорядкування, можливо, саме РНБО);
- чітко розбудована горизонталь (реалізація деяких дій на місцях та у громадах);
- вирішення проблем міжсекторальної взаємодії (має бути установа, що об'єднує усі інші медичні заклади);



- необхідно посилювати комунікативну частину Стратегії;
- створення центрів по «орфанним» хворим і внести всі пункти, що стосуються «орфанних» хворих;
- створення регіональних центрів по нозологіях;
- інтегрувати до системи громадського здоров'я всі зацікавлені сторони;
- необхідно передати повноваження за факторами середовища життєдіяльності від Держпродспоживслужби або ліквідувати Держпродспоживслужбу з передачею її функцій у сфері громадського здоров'я до нової Національної інституції з охорони громадського здоров'я;
- має працювати епідеміологічна служба;
- в країні бракує наукових досліджень і науковців, які би працювали на випередження. Потрібно винести урок з ситуації з COVID-19 для надання медичних послуг швидкого реагування;
- відновити та функціонально посилити роботу санітарно-карантинних підрозділів (СКП) у точках перетину державного кордону України;
- прийняти постанову КМУ «Про впровадження системи державного моніторингу за детермінантами здоров'я» на заміну постанови КМУ №182 від 22.02.2006;
- впровадити методологічні підходи щодо оцінки ризиків для життя і здоров'я населення від небезпечних факторів середовища життєдіяльності людини;
- потрібно раннє виявлення надзвичайних ситуацій. Існуюча ситуація, коли питанням займаються декілька структур (МНС, МОЗ, ДПСС) не є ефективною. Є потреба у визначенні факторів ризику та єдиній системі моніторингу для збору і аналізу даних в одному місці.

Загалом, аналізуючи сказане різними цільовими групами, можна відзначити те, що наскрізними питаннями є фінансування, забезпеченість кадрами, підвищення кваліфікації та система комунікації як всередині самої системи охорони здоров'я, так і з іншими установами і організаціями.

### 5.3. Залученість людей та громад

#### ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМ ТА ПОТРЕБ

Забезпечити проведення регулярних громадських обговорень на всіх рівнях для більш чіткого визначення проблем і потреб. Це дозволить систематично вирішувати ці проблеми на державному рівні.

#### ІНФОРМАЦІЙНІ КАМПАНІЇ

Необхідність проведення ефективних інформаційних кампаній — найпопулярніша теза, що об'єднала усі залучені до публічної консультації цільові аудиторії. І представники влади, і науковці, і експерти активно засвідчили потребу в якісній інформаційній політиці. При цьому бажані теми, на які учасники пропонували звернути увагу у першу чергу, також були для них спільними.

В першу чергу, завданням інформаційної політики має стати популяризація свідомого ставлення до свого здоров'я. Це поняття включає в себе здоровий спосіб життя, вчасне звернення по медичну допомогу, відповідальне вживання антибіотиків і неприпустимість самолікування, а також вчасне проходження обстежень і щеплень. На важливості просвітницької роботи щодо вживання лікарських препаратів та медичних виробів було зроблено особливий акцент.

**«Люди інколи не зовсім розуміють важливість невживання антибіотиків без призначення лікаря, щеплень. Потрібно людей інформувати та навчати засадам відповідальності за своє здоров'я та здоров'я родини».**

**«Люди не розуміють питання своєчасного звернення, їм соромно чи страшно, незручно звертатися до фахівця-лікаря, це створює драматичну ситуацію».**

Серед учасників, а особливо серед представників громадськості, спостерігається запит на підвищення загального рівня обізнаності населення про різні захворювання, їх діагностику та лікування.

**«Рівень відповідальності людини щодо власного здоров'я має базуватися в першу чергу на рівні обізнаності людини про захворювання».**

Як приклад учасники наводили ВІЛ/СНІД та психічні розлади. На їхню думку, більша поінформованість населення сприяла би ранній діагностиці, а також — легшій інтеграції хворих у соціум. Важливим є не тільки надання якісних послуг для таких людей, але також і виховання поваги та толерантного ставлення до них. Просвітницька робота та формування суспільної думки може стати задачею локальних громад.

**«Важливо родинам і громадам усвідомити важливість таких людей. Завдання — це повернути їх до життя громад».**

Також важливим є інформування пацієнтів щодо можливостей отримання медичних послуг та роботу системи охорони здоров'я в цілому. Таке роз'яснення принципів функціонування медичної системи може проводитись централізовано, на державному рівні або на рівні громад.

**«Люди повинні чітко знати, які послуги забезпечує держава. Повинна бути стратегія комунікації, яка б це забезпечила».**

Щодо методів поширення інформації учасниками був напрацьований широкий спектр пропозицій, які можна об'єднати в три потужні напрями:

1) Застосування сучасних форматів, подання інформації в доступному, цікавому вигляді,

наприклад, через соціальні відео, онлайн-ігри, креативні заходи. Інформація має поширюватись як через традиційні ЗМІ, так і через соціальні медіа, можна використовувати різні види візуальної реклами.

2) Інтеграція в систему освіти — послідовна та систематична робота від дошкільних до вищих навчальних закладів. Знов-таки, інформація має бути подана в максимально практичному, доступному форматі.

3) Робота з конкретною людиною, наприклад, через сімейного лікаря, місце працевлаштування або тематичні просвітницькі заходи, що стануть в нагоді певній цільовій аудиторії. Як приклад, наводили курси надання першої домедичної допомоги, відеоуроки для вагітних тощо.

**«Люди є продуктом суспільства, і складно виховати дорослу людину. Процес освіти та виховання потрібно починати робити системно з дошкільних закладів».**

**«Необхідно також посилити ролі освітніх програм у формуванні власного стилю здорового способу життя».**

Варто зазначити, що громадські активісти хотіли би більшої включеності місцевої та державної влади в процес. При цьому представники влади хотіли би побачити максимально чіткі та деталізовані вказівки, прописані в комунікаційній стратегії.

До переліку інформації, що має бути доступною для пацієнта, варто додати прозорі та систематичні звіти про роботу медичної системи на всіх рівнях.

## ПРОФІЛАКТИКА

Значна частина пропозицій щодо проведення інформаційних кампаній стосувалась профілактики захворювань та розвитку соціально-гігієнічної культури. І представники влади, і громадськість, і надавачі послуг погоджуються з тим, що громадяни великою мірою відповідають за стан свого здоров'я.

Тому профілактичним програмам і заходам має бути приділена особлива увага. Вони повинні бути різноманітними і охоплювати як різні сфери життя, так і різні категорії населення.

**«Потрібна робота з профілактики захворювань в громадах, наявність місцевих програм по залученню коштів на зміцнення здоров'я. Це можуть бути ранкові руханки, спортивні майданчики, корисне харчування школярів».**

Була висловлена цікава ідея щодо фінансового стимулювання відповідального ставлення громадян до власного здоров'я. Якщо людина вчасно проходить всі необхідні медичні огляди та обстеження, активно займається зміцненням імунітету, профілактичними заходами, вона може отримати певне матеріальне заохочення.

**«У нашій культурі не прийнято говорити про фінансову складову, але фінансові важелі є важливим елементом. Громадяни мають фінансово бути зацікавлені піклуватись про своє здоров'я».**

**«Пацієнтів потрібно стимулювати до медобстежень через бонуси у страхуванні. Знов-таки, має бути інклюзивність і жодних каральних норм для людини».**

Учасники, представники влади, також висловили свою підтримку щодо ідеї функціонування Центру громадського здоров'я та мережі центрів контролю та профілактики хвороб, прописані у Стратегії.

Увагу також приділили важливості профілактичних оглядів на робочому місці та відповідальності роботодавця за створення певної «корпоративної культури» здорового способу життя.

**«Роботодавець має бути зобов'язаним надати час працівнику для проходження профілактичного обстеження або організувати такі на робочому місці».**

Представники влади також зазначили важливість та корисність таких показників, як індекс здоров'я та профілі здоров'я областей.

«Саме в них акцентуються проблеми як інфекційних, так і неінфекційних хвороб, а також проблеми, які впливають на громадське здоров'я громад».

## **ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК**

Активні громадяни також вважають важливим налагодження ефективного зворотного зв'язку. Для цього потрібно створити централізовану систему, максимально просту і наближену як до пацієнтів, так і до надавачів послуг. На основі отриманого фідбеку варто систематично проводити аналітику та оперативно реагувати на виклики.

**«Варто спростити форми подання скарг (на сайті ДЕЦ) на якість для можливості подачі скарг пацієнтами».**

**«Система зворотного зв'язку — він має бути різнобічним, централізованим і максимально наближеним до надавача послуг».**

**«Зворотній зв'язок має бути відпрацьований для того, аби мати можливість швидко реагувати на виклики в сфері охорони здоров'я. Інформаційна система має бути ефективна».**

Також існує запит на створення незалежної агенції, яка би здійснювала оцінку медичних технологій та розвитку галузі. Важливо, щоб такі агенції залишались незаангажованими і мали достатню експертність у всіх сферах охорони здоров'я.

Втім, на певному рівні здійснювати аналогічні функції можуть і розвинені пацієнтські організації, покликані лобювати інтереси пацієнтів та відстоювати їхні права.

Популярною ідеєю є запровадження системи рейтингування лікарів з максимально прозорим і зрозумілим механізмом дії. Кожен пацієнт повинен мати можливість залишити відгук та оцінити надані послуги. Таке оціню-

вання повинне мати реальний вплив, а не залишатись суто «інструментом репутації».

**«Прикладом може стати рейтинг сімейних лікарів ЦПМСД, люди самі можуть оцінити якість надання медпослуг, ці дані відкриті, їх можна переглянути на сторінці цього ЦПМСД. Аналог є в системі хелсі, але варто дати задачу для всіх щодо рейтингування лікарів».**

Згідно з відгуками учасників, система має охоплювати і первинну, і вторинну ланку. Рейтингування отримало підтримку серед представників влади та активних громадян. Серед останніх навіть виникла пропозиція запровадити аналогічну систему рейтингування пацієнта.

Втім, є також побоювання, що рейтингування лікарів не буде відображати реальний рівень експертності, адже пацієнт звертається в першу чергу за медичною консультацією, а оцінювати лікаря може за будь-якими власними критеріями, що можуть не співпадати, наприклад, з прийнятими протоколами і стандартами.

**«Пацієнт оцінює в основному обслуговування. Складно покладати оцінювання професіоналізму лікаря на пацієнта, може мати місце вплив, наприклад, його настрої».**

## ПАРТИСИПАЦІЯ

В цілому спостерігається запит на налагодження більш стійкої та ефективної комунікації між усіма зацікавленими сторонами. Цікавим є те, що і активні громадяни, і науковці, і представники експертного середовища висловили побажання широко залучити громадські організації до комунікації з населенням, налагодити з ними тісну співпрацю. Профільні громадські організації також можуть допомогти в роботі зі своїми цільовими аудиторіями — людьми з певним спектром захворювань.

Науковці вказали на необхідність донесення актуальної інформації, що стосується здоров'я населення, до людей, що приймають рішення. Як приклад можна навести смертність від хвороб — спираючись на ці дані, можна

розробити спеціалізовані державні або локальні програми.

Активні громадяни зацентрували увагу на роботу з керівниками і власниками медичних закладів, які теж відіграють важливу роль у загальному механізмі, але часто залишаються пасивними. Також, на їх думку, варто змінити ставлення медичних працівників до того, як саме надаються медичні послуги. Це повинні бути партнерські відносини з усіма сторонами процесу на всіх ланках, і тому необхідно організувати відповідне навчання іншому підходу для медичних працівників.

Згадали також можливість залучення спонсорів для вирішення точкових проблем. Потенційно ними можуть стати виробники, страхові асоціації, пацієнтські організації.

Вдосконалення системи дотримання стандартів лікування також може відбуватись як з боку медичних працівників, так і з боку пацієнтів.

## ГРОМАДСЬКИЙ КОНТРОЛЬ

Серед активних громадян є поширений запит на залучення представників громадськості у механізми прийняття рішень, а також виконання певної наглядової, контролюючої функції.

До цього можна віднести і створення робочих груп при НСЗУ та МОЗ із залученням громадськості, щоб контролювати заклади охорони здоров'я, і формування мережі громадських організацій, що можуть здійснювати незалежний контроль за інституціями охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

Відчувається запит усіх цільових аудиторій на покращення комунікації та співпраці, розробку та прийняття спільних рішень, налагодження діалогу та залучення громадськості до процесів на всіх рівнях. Можна виокремити такі тези:

- Є нагальна потреба у посиленні та чіткому плануванні інформаційної політики, зокрема, у проведенні масштабних інформаційних кампаній. Найбільш за-

требуваними темами є профілактика захворювань та відповідальне вживання лікарських засобів.

- Інформування населення має здійснюватися різними шляхами: через систему освіти, сучасні медіаформати, особистісний підхід.
- Важливо розробити програми з профілактики захворювань у громадах у тісній комунікації з експертним середовищем та громадськістю.
- Необхідно розробити зручну та ефективну систему зворотнього зв'язку на різних рівнях — вона має приносити реальні результати. Варіантом такого зв'язку може стати рейтингування лікарів.
- Громадський сектор може взяти на себе частину роботи з комунікації. Особливо це стосується профільних організацій, що мають чітко окреслену цільову аудиторію. Тут можлива партисипація або «соціальне замовлення».

Варто відзначити, що залучені до публічної консультації цільові аудиторії в питаннях включення людей і громад мають практично спільне бачення. Пропозиції груп відрізняються лише акцентами та уточненнями, пов'язаними зі сферами відповідальності.

#### 5.4. Врядування у сфері охорони здоров'я

Найбільше учасники обговорення зацентрували увагу на проблематиці фінансування, а також на оцінці та контролі якості послуг, що надаються. Щодо вирішення питання фінансування було запропоновано забезпечити належний гарантований рівень фінансування відповідних державних органів (зокрема, Національної служби здоров'я України — далі НСЗУ), оскільки скорочення фінансування може створювати ризики щодо забезпечення незалежності та неупередженості.

Щоб різні інституції у сфері охорони здоров'я були сталими і незалежними, вони повинні бути фінансово спроможними. Відповідно до цього, саме для орфанних центрів, які повинні бути створені в рамках концепції, має бути чітко прописано коефіцієнт фінансування через НСЗУ, а також самі центри мають визначити допоміжні джерела фінансування, не заборонені чинним законодавством.

В Україні обсяг комерційного обігу лікарських засобів приблизно в 10 разів перевищує обсяг державних закупівель лікарських засобів на всіх рівнях. З одного боку, це добре для розвитку ринку, з іншого — це дискримінує та недофінансовує ті сфери охорони здоров'я, які не мають великої або надвеликої поширеності. Потрібно запровадити фінансові стимули з місцевих бюджетів для медзакладів та лікарів, які працюють тільки в комунальних закладах з надання медпослуг населенню (а не використовують роботу комунального медичного закладу для скерування пацієнтів в приватні заклади, де вони підпрацьовують). І тому закладам охорони здоров'я, особливо третинного рівня, місцевим органам виконавчої влади, науковим установам, важливо дозволити та допомогти залучати та використовувати недержавні джерела фінансування, та взагалі всі, не заборонені законом.

**«Міжнародні експерти пропонують довести фінансування медичної галузі до 6% ВВП. Для аналізу важливо проаналізувати, яку частку ВВП отримують від приватного сектору (бізнесу), яку — від державного (державних медичних структур). Це дозволить оцінити можливість спроможності та сталості».**

Стосовно оцінки та контролю якості послуг, було запропоновано підвищити громадську активність населення, створити систему оцінки медичних технологій, встановити баланс і прописати правила взаємодії й формування послуг і тарифів. Запровадити інструмент — договори керованого доступу. Також зазна-

чалось, що управління якості потребує інституалізації, своєї, специфічної. Ця функція не притаманна НСЗУ і тому до цього питання потрібен більш ґрунтовний підхід. Таке питання не можна розглядати побіжно. Також пропонувалося використати досвід Литви.

**«Ви почали з 200 найменувань медпослуг. У Литві зараз їх більше тисячі. Для лікарень може бути проблематично прописувати свої послуги і це формує корупційний ризик. Ці критерії мають бути в електронній системі. У Литві — це Свідра. Це забезпечує прозорість лікарень. Якщо збільшуватиметься кількість найменувань, то потрібна така система і ці найменування повинні бути чіткими».**

Учасники зазначили, що наступними викликами є покращення державного регулювання та функціонування спостережних рад. Вказували, що відсутня стабільна співпраця держави з фармкомпаніями, що потрібні джерела інгредієнтів. Пропонували розмежувати політичні та державні інтереси, оскільки допоки буде прив'язка команд управління у виконавчих органах влади до політичних еліт, доти не буде незалежності й сталості. Ввести сувору регуляторну систему, систему «Win-Win», систему клінічних досліджень, стимуляції, захищеності наших і міжнародних виробників (партнерів). Створити новий незалежний контролюючий державний орган та окреслити його повноваження.

Щодо спостережних рад, то тут зазначалось, що компетентність громад і їх очільників залишає бажати кращого, тому навіть створення наглядових рад може не дати позитивного ефекту. Пропонувалося стимулювати функціонування наглядових та спостережних рад в закладах охорони здоров'я, які наразі визначені в законодавстві. Було сказано, що тут важливим компонентом є експертна функція, тому потрібно сприяти здійсненню саме професійного аудиту діяльності публічних закладів охорони здоров'я.

Також зазначалось, що фактично наглядові ради при закладах охорони здоров'я мали б бути основним органом, який забезпечує і прозорість і підзвітність управління закладів охорони здоров'я. Але для цього потрібен відкритий конкурс, з визначеними кваліфікаціями та критеріями потенційних членів наглядових рад та їх навчання, підвищення кваліфікації та комунікації між наглядовими радами закладів охорони здоров'я для обміну досвідом та впровадження кращих практик.

**«Зараз завершується формування законодавчого документа щодо створення Спостережних Рад — є на сайті Міністерства і знаходиться на стадії обговорення. Необхідно періодично звертатись до сайту МОЗ та бути в курсі».**

Наступними викликами, на які вказують учасники є недостатній громадський контроль і необхідність покращення системи адміністрування. Тут пропонується створити робочі групи при НСЗУ та Міністерстві охорони здоров'я України із залученням громадськості, щоб контролювати заклади охорони здоров'я й надавати або ліквідувати ліцензії на діяльність. Вказується, що в контексті децентралізації важлива активність самого населення. Починаючи з первинної ланки, важливо сформувати мережу громадських організацій, що можуть здійснювати незалежний контроль за інституціями охорони здоров'я.

**«Радянський» патерналізм має бути викоринений. Потрібне широке залучення громадськості, що буде контролювати і діяльність закладів охорони здоров'я, і роботу Міністерства (наприклад, наглядові ради, громадські організації)».**

З приводу адміністрування системи пропонувалося створити ефективну систему аналізу та моніторингу постачання й надання медичних послуг, а також забезпечити прозорі механізми прийняття управлінських рішень із залученням громадськості. Забезпечити самодостатність цих інституцій (ресурси,

процеси тощо). Встановити контроль за ліцензійним ринком, контроль ефективності медичних препаратів. Змінити існуючу систему на систему верифікації (як у Європейському Союзі).

**«Важливо зафіксувати думку про забезпечення сервісної ефективності і клінічної ефективності. Ефективне управління системою охорони у кінцевому підсумку має досягати сервісної та клінічної ефективності».**

Також учасниками було вказано й на ряд інших викликів — міжсекторальна взаємодія, підзвітність, системність та співпраця. Стосовно вирішення питання міжсекторальної взаємодії, то тут пропонувалося чітко прописати функції, які покладені на конкретну інституцію, і важливо не дублювати їх. Зазначалося, що інституції взаємозалежні, і потрібно встановити правила цієї взаємодії і взаємозалежності. Найважливішою річчю є функція координації цих сфер (надконцентрація повноважень є небезпечною і може «породити» нового «монстра».

**«Підтримую, що незалежність та сталість вибудовується шляхом відкритості та комунікації/координації між інституціями, і не треба створювати додаткових «монстрів».**

Щодо підзвітності, то велика проблема є в тому, що конкурси на посаду відбуваються за участю одного кандидата, тому ключовою була пропозиція зробити конкурси більш прозорими, створити єдину національну платформу, де будуть відбуватись конкурси, і результати їх проведення можна буде відстежувати. Зазначається, що тут ключовим є питання кадрів і на посаду мають потрапляти кваліфіковані люди.

З приводу системності та співпраці пропонувалося надати методологічне обґрунтування системи охорони здоров'я через запровадження загальнонаціонального принципу «охорона здоров'я в усіх політиках держави» та її базових складових «систему медичного обслуговування» та «систему охорони гро-

мадського здоров'я» з визначенням мети, завдань, функціоналу та індикаторів. Необхідність співпраці з іншими галузями і міністерствами.

**«Система охорони здоров'я — це надсистема, яка є дотичною до усіх сфер діяльності».**

Ще учасниками було надано доволі багато інших унікальних пропозицій, нижче наведено їх цитати:

**«Визнання відповідності та належного рівня зрілості регуляторної системи України відповідними міжнародними угодами про взаємне визнання з країнами зі строгими регуляторними органами, що досягається за результатами мультирівневої гармонізації та реалізації належних норм стандартів і практик діяльності».**

**«Мають бути покращені (гармонізовані з європейськими нормами) та вдосконалені ліцензійні умови для закладів охорони здоров'я».**

**«Діджиталізація процесів в регуляторній сфері (електронні процеси та ел. механізми, тобто не лише електронна форма документу) має бути розроблена та імплементована міжсекторальна стратегія щодо діджиталізації».**

**«Для забезпечення сталості та спроможності необхідні ресурси, в першу чергу — фінансові, а також повноваження та доступ до інформації (доказові бази та інша інформація). Наукова діяльність та наукова інформація має бути інтегрована до системи охорони здоров'я».**

**«Врегулювати та покращити роботу відділу зв'язків з громадськістю. Важлива сама позиція громадськості, що має сформулювати конкретний запит».**

**«Напрямом ефективного управління закладами охорони здоров'я є ефективна кадрова політика. Потрібні професіонали, які мають освіту не тільки в напрямку ме-**

дицини, але й економісти та юристи».

*«Ефективність управління передбачає досягнення мети найоптимальнішими (у наших умовах — найменшими затратами) засобами. Але якісну медичну допомогу не завжди можливо надавати мізерними коштами. Тому баланс затрат і якості — це дуже важке питання. Отут громадський контроль і може зіграти достатньо позитивну роль. І незаангажований громадський контроль — це не менш важливе питання у сучасних реаліях України».*

*«Питання вибору керівника закладу охорони здоров'я є принциповим, треба зосередитись на навчанні щодо підготовки керівників закладів охорони здоров'я. Також варто встановити KPI для керівників».*

*«НСЗУ дуже повільно розробляє і свої пакети, і свої стандарти. Є ДУЖЕ багато потреб та послуг, які ще не охоплені та неформалізовані пакетами НСЗУ. Перш за все це стосується експертної допомоги, орфанних, рідкісних, складних захворювань».*

*«В асоціаціях мають бути представлені медичні бізнес-середовища за визначеною квотою. До експертного середовища так само варто залучати і бізнес (фарм і медичний)».*

*«Потрібно законодавчо визначити повноваження, без окреслення яких дуже важко працювати. В багатьох повноваження не визначені, немає простежуваності між основними законами і підзаконними актами, часто змінюються направлення, вектори діяльності».*

*«Можливо варто було б ввести посаду провізора, який буде працювати тільки з сімейним лікарем (це дозволить лікарю більш виважено приймати рішення щодо призначення ЛЗ на початковому етапі лікування хворого). Тим більше, що великий вплив на лікаря має фармацевтичний представник від тієї чи іншої фірми. Про-*

*візор в цьому випадку допоміг би вибрати відповідний ЛЗ з-поміж рівноцінних ЛЗ інших фірм».*

*«Служба здоров'я має поділитись конкретними кейсами корпоративних культур, де вже є досвід страхування, поширити його з супровідною аналітикою та висновками. Створити окремий департамент з розробки реформ та запровадження страхування. Медичні послуги є дуже вартісними для громадськості, тому страхування — на часі».*

*«Створити Національну інституцію з громадського здоров'я та реагування на надзвичайні ситуації на базі Центру громадського здоров'я МОЗ».*

Отже, зважаючи на викладене, можна дійти висновку, що основними викликами у врядуванні сфери охорони здоров'я є недосконалість вже існуючої системи управління та контролю, недостатність фінансування для можливості побудувати нову та удосконалену систему управління. Спільною думкою більшості учасників встановлено, що причиною такої недосконало-сті є ряд невирішених проблем, що вже зараз існують у функціонуючій системі управління, а саме: недосконалість контролю якості послуг; державного регулювання; ефективності системи адміністративного управління; функціонування наглядових рад та іншого громадського контролю; системи міжсекторальної взаємодії, підзвітності та співпраці.

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

Основною темою для дискусії серед надавачів послуг стала освіта медиків та їх бажання отримувати таку освіту. На їхню думку, на сьогоднішній день виникла необхідність у зміні законодавчої бази з урахуванням потреби в сфері охорони здоров'я саме в частині освіти, або ж існує необхідність взяти до уваги моделі, які існують в інших країнах, та



впроваджувати їх на теренах нашої держави.

Медики повинні мати можливість підвищувати свій професійний рівень за державні кошти. Потрібно, щоб провайдери частково надавали платні послуги, а частково ці послуги надавались коштом держави (необхідно визначити співвідношення).

Дотичною була пропозиція щодо вивчення питання і внесення змін до законів щодо спрощення працевлаштування медичних працівників нерезидентів (інших країн) задля практичного впровадження міжнародних стандартів в Україні. І основним стейкхолдером у вирішенні таких питань щодо інтеграції освіти та наукової діяльності має бути саме МОЗ.

На думку надавачів послуг, МОЗ має стежити за медичною активністю:

**«Будь-яка функція має бути оцінена і оплачена. Необхідно розділити всі функції, які виконує лікар, і це оплачувати. Необхідно розробити список медичних активностей і визначити, яку оплату він має отримати».**

Необхідно, аби була фіксована навантаженість на медичний персонал. І для того, щоб оцінити увесь обсяг роботи, лікар має вносити в систему всі свої дії. Проте це забиратиме у нього багато часу. У даному випадку  $\frac{2}{3}$  часу лікар має витратити на ведення документації і  $\frac{1}{3}$  на процедури. Але передача таких повноважень менш кваліфікованим працівникам може бути не завжди ефективною. Проте напрямом ефективного управління закладами охорони здоров'я є ефективна кадрова політика. Потрібні професіонали, які мають освіту не тільки медичну, але й економісти та юристи.

Серед усіх пропозицій було визначено ряд проблем і ризиків, які потребують подальшого вирішення:

- мала кількість спеціалістів в ОТГ;
- велика кількість вузьких спеціалістів у крупних містах, які працюють і в державних, і в приватних структурах;

- небезпечність діяльності медичних працівників;
- недостатня кількість лікарів, особливо, коли вони працюють у різних районах міста;
- відсутність системності у наданні освіти вузьким спеціалістам.

Серед представників влади виникла думка про необхідність прописати нормативні засади/критерії від держави щодо понаднормового навантаження лікарів. Варто приділяти увагу співпраці первинної та вторинної ланки, а саме: який дефіцит знань потрібно буде компенсувати за рахунок один одного.

Не менш важливим є питання забезпечення кадрами на всіх етапах системи. Проте наявність таких кадрів не означає, що решта звільняється від навчання, відпрацювання навичок і залучення до симуляційних навчань. Потрібний подальший розвиток системи безперервного професійного росту (розширення ринку провайдерів).

Важливою ланкою мають бути державні інституції, як провайдери безперервного професійного розвитку, зокрема, як ті, що забезпечують стандарти цього процесу, на які можуть орієнтуватися інші. І було б непогано, якби в навчаннях брали участь всі причетні до відомства. А для цього слід створювати і підтримувати університетські клініки, де система оплати праці із соціальними гарантіями має бути затверджена в галузевій угоді.

Що стосується судових рішень, то лікар залишається сам на сам з пацієнтом. Тут потрібна система самоорганізації лікарів для допомоги у таких ситуаціях.

Питання щодо протоколів лікування виявилось важким та дороговартісним процесом.

Багато прикладів та пропозицій щодо реалізації стратегії було наведено саме з досвіду розвитку медицини в Литві:

**«Найбільшою проблемою в Литві було те, що в певний момент наше законодавство залишило їх наодинці з відповідальністю»**

**за їх дії. Це була помилка. Дослідження показують, що помилки у 80% відбуваються виключно через помилки в системі. Потрібна система, де юридично ціла лікарня відповідальна за помилки в медичній системі, оскільки саме вони відповідальні за системне забезпечення діяльності лікарні».**

**«Лікарі їздять по цілому світу, де можуть вивчити нові технології і привозити їх в свою країну. Тому потрібні центри компетенцій у тих сферах, які є сильнішими. І потрібно це реалізовувати не у всіх сферах одразу».**

**«Коли не вистачає лікарів, то вони працюють 1–2 години в день відповідно до запиту пацієнтів в конкретній лікарні. Лікарі вторинної ланки можуть і повинні так працювати. Пацієнти повинні знати чіткий графік прийому».**

Проте до цих пропозицій представники влади поставились скептично та висловили свою думку:

**«Для маленьких країн це не підіймно. Можливо, для України це буде реально в майбутньому. Проте деякі стандарти не можуть бути реалізовані на даному етапі в Україні».**

Громадяни з активною позицією запропонували розпочати розвиток кадрового потенціалу медичних працівників з вивчення досвіду інших країн (з високим рівнем розвитку медичної галузі) та залучити експертів цих країн до навчання. Адже це дасть змогу «створювати» і навчати/готувати вітчизняних експертів із інновацій в медичній галузі.

Проте для того, щоб європейська освіта була інтегрована в нашу систему, необхідно, щоб у лікарів був стимул-зобов'язання брати участь у міжнародних конференціях / читати лекції/ вчити інтернів і для цього має бути фінансове заохочення або професійні бонуси (бали до кваліфікації) для таких фахівців. Тому в першу чергу необхідно уточнити питання фінансування наукової діяльності в Стратегії 2030. Оскільки будь-яке професійне благополуччя

працівників пов'язане з фінансовим благополуччям (забезпеченням фінансовою зацікавленістю лікарів щось робити). Але з огляду на це стає доцільним рейтингування лікарів.

Активні громадяни вважають, що необхідно визначити відповідальних за внесення інформації про дослідження і аналізи пацієнтів до електронної картки пацієнта, а лікарів зобов'язати дбати про соціальне здоров'я та включити в завдання лікаря первинки напрямки роботи щодо психологічного і соціального аспекту збереження здоров'я населення.

Зниження навантаження на сімейного лікаря до 1000 пацієнтів є не менш обговорюваною проблемою. Існує і необхідність окреслення нової структури для лікарів та ієрархії системи, яка має діяти після реформи. Для вирішення цього потрібно забезпечити проведення регулярних громадських обговорень на всіх рівнях для більш чіткого окреслення проблем і потреб в сфері медицини. Це дозволить систематично вирішувати ці проблеми на державному рівні.

Ще одним способом комунікації може стати зворотній зв'язок від пацієнтів (наприклад, стандартизована НЕ анонімна анкета або відгук в електронному кабінеті пацієнта).

Не менш важливим пунктом Стратегії має бути забезпечення престижності комунальних закладів, підтримка фахівців, що в них працюють, а також врегулювання закупівлі медичних послуг не тільки в медзакладах, але і у наукових.

І найбільш дискусійним питанням серед активних громадян стала відсутність якісних досліджень, операційних досліджень, особливо тих, що стосуються досвіду та якості життя пацієнтів.

**«Цю сферу треба kick-start та підтримувати через гранти дослідникам тощо»,** — говорять активні громадяни.

Потрібен єдиний стандарт, заклади третинного рівня, адже наукові установи вже проходили

інтеграцію, проте вона була не зовсім стандартизована. Наразі процес є ще більш невідповідним, бо наукові установи розформовуються, відтак втрачається науковий потенціал.

Серед найбільших недоліків активні громадяни виділили таке: наразі не маємо достатньо кадрового ресурсу, особливо тих, хто навчений комунікувати з колегами і проводити професійні дискусії, оперуючи науково доведеними протоколами.

Тому на сьогодні вкрай необхідно сформулювати медичне середовище, що надає клінічні послуги пацієнтам та впевнено йде на комунікацію, та окремо — наукове середовище, що здійснює наукові дослідження.

Експертне середовище перш за все вважає за необхідне розробити та впровадити Національну програму підготовки кадрів для СОЗ України до 2030 року, в якій буде передбачено кадрові політики за різними напрямками СОЗ: охорони громадського здоров'я, медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами тощо. І в першу чергу система охорони громадського здоров'я повинна забезпечуватись кадровим потенціалом лікарів-профілактиків (епідеміологів, гігієністів і т.п.), а не лікарів лікувального профілю — це прерогатива системи медичного обслуговування.

Для того, щоб ця програма з підготовки кадрів ефективно працювала, необхідно розробити відповідні стандарти, нормативні документи та методичні матеріали для функціонування цифрових інструментів в першу чергу. Потрібно забезпечити надання відповідного освітнього контенту кадрам з урахуванням використання цифрових інструментів. Впровадити спеціалізовані курси для лікарів з оволодіння інструментами систем e-health, e-ambulance (електронна система швидкої медичної допомоги), e-prescription (електронний рецепт) та телемедицини. А також окрему увагу приділити єдиній методології оцінки цифрових навичок.

Саме створення єдиної структури цифрових

навичок (Digital Competence Framework — Концепція цифрової компетенції) слугуватиме дорожньою картою розвитку цифрових навичок для малого та середнього бізнесу в сфері медицини.

Щодо критеріїв освіти, то потрібно:

- синхронізувати програми і забезпечити компетентнісний підхід;
- забезпечити проведення кампанії з підвищення обізнаності лікарів про функціональність цифрових інструментів;
- включити знання щодо професійних цифрових навичок до обов'язкових кваліфікаційних вимог для медичних працівників;
- оновити державне замовлення в закладах вищої освіти відповідно до нових професій — медичні інформаційні системи;
- забезпечити запит на наукові розробки у відповідності до гострої проблематики.

Кадровий потенціал/кадрова підготовка має ґрунтуватися не лише на базі вітчизняних медичних закладів, а і на найкращих практиках світу. І в цей час система охорони здоров'я має застосовувати свої наглядові повноваження (зверху донизу), аби контролювати процес підготовки кадрів медичної сфери.

Представники громадськості вважають, що у сфері охорони здоров'я (не медичної допомоги) дуже умовні міжнародні стандарти і вони полягають у дотриманні лише «гігієнічних нормативів». Коли ж йдеться про медичну допомогу, то тут теж дуже різні стандарти у різних країнах, які стосуються не лише самої системи, але й розвитку кадрового потенціалу.

Представники бізнес-спільноти вважають, що головною рушійною силою у розвитку кадрового потенціалу медичної сфери стане поглиблена співпраця медичних працівників з медичними навчальними закладами. Не менш важливим для них є запровадження середньої медичної освіти в сфері виробництва медичних товарів та нових медичних спеці-

альностей під спеціальні потреби ЕБА.

Додаткові спеціальності, новий курс для спеціалістів та сучасні медичні спеціальності, відповідно до потреб ринку праці, осучаснять систему охорони здоров'я. А забезпечення належної якості освіти та освітнього процесу, а також контролю дотримання уніфікованих стандартів навчання медичних та фармацевтичних працівників — підвищать якість освіти для всіх спеціалістів, в тому числі і для управлінців.

А для розвитку саме науково-дослідної частини сфери медицини потрібно забезпечити проведення додаткових заходів (заохочення з боку держави, бізнесу тощо) для розвитку їхньої наукової діяльності.

В контексті забезпечення належного рівня захисту та оплати праці виникли такі думки.

**«Заробітна плата не може бути меншою собівартості підготовки фахівця (а це на сьогодні більше 30 тис. грн). По-друге, гідна заробітна плата, як безпека професійної діяльності, — це засоби захисту, як мінімум. У випадку зараження КОВІД у наш час — абсолютний соціальний захист. І останнє — це реалізація можливостей (в т.ч. фінансове забезпечення) самовдосконалення та професійного росту».**

Також було зазначено, що ефективний контракт, який передбачає підвищення стимулюючої ролі оплати праці на одному робочому місці, створення належних умов — все це надає можливість медичним працівникам покращувати професійний рівень з усіх сторін.

Ще учасниками було надано доволі багато інших унікальних пропозицій, далі наводимо їх цитати.

**«Разом з розвитком послуг потрібно розвивати і тих, хто надає ці послуги. І не тільки лікарі. Де брати середній та молодший медичний персонал?»**

**«Якщо в малих містах мінімальна ЗП це ще і нормально, то навіть у середніх містах — це вже значна перешкода. Припу-**

**стимо, рівень ЗП підвищиться, але ж де взяти фахівців?»**

**«Стратегічні цілі щодо підвищення кваліфікації, освіти більше стосуються другого етапу реформи — вторинки?»**

З огляду на все вищезазначене, можемо виділити основну потребу у розвитку кадрового потенціалу медичної сфери — це оновлення системи медичної освіти. Адже розвиток будь-якого спеціаліста ґрунтується на якості та сучасності отриманих ним знань. Саме тому більшість учасників вважає, що осучаснене та практикоорієнтоване навчання в найближчому майбутньому сформує потужний кадровий ресурс, який матиме змогу та знання для інтеграції нашої системи охорони здоров'я в європейські системи, а також трансформує кращі світові практики у вітчизняній медицині. Тоді гештальти у вигляді перелічених проблем, таких, як недосконала цифровізація, малий фонд заробітної плати, надмірна навантаженість та недосконалість нормативно-законодавчої бази, будуть закриті саме через освітнє збагачення кадрових ресурсів та їхню перекваліфікацію.

## 5.6. Запитання від учасників

Під час реєстрації на публічну консультацію учасникам пропонувалось порушити питання щодо Стратегії охорони здоров'я України, відповіді на які вони хотіли б почути під час заходу.

Близько 60% учасників поставили такі запитання.

Найчастіше (15%) учасники цікавилися темою орфанних захворювань, а саме: чи буде включено до Стратегії питання «орфанних» пацієнтів. Такі питання порушували представники різних громадських організацій. (Перелік громадських організацій поданий у розділі «7.1 Організації»).

Пропозиції стосувалися:

- створення спеціалізованих центрів для «орфанних» пацієнтів;
- створення електронних реєстрів «орфанних» пацієнтів;
- передбачення державного фінансування на лікування та придбання ліків для таких пацієнтів;
- покращення рівня обслуговування «орфанних» пацієнтів;
- підвищення рівня кваліфікації фахівців, що опікуються «орфанними» пацієнтами.

Питання фінансування порушували учасники з усіх цільових аудиторій (10%). Запитання стосувалися фінансування галузі в цілому, а також:

- джерел фінансування;
- участі органів місцевого самоврядування в питаннях забезпечення фінансової спроможності ЗОЗ щодо капітальних видатків;
- термінів розробки детального плану та бюджету під Стратегію;
- збільшення фінансування медичного персоналу;
- диференційованого підходу до оплати праці медичних працівників;
- фінансового захисту людей при отриманні необхідних послуг;
- доступності до безоплатних послуг пацієнтами.

9% запитань стосувалися врядування в системі охорони здоров'я, їх ставили представники різних цільових аудиторій. Зокрема, вони говорили про:

- самоврядування лікарів;
- інструменти участі громадян в формуванні політик та рішень щодо сфери громадського здоров'я та охорони здоров'я в цілому. Участь громадян, пацієнтів та їхніх родичів в роботі комісій чи робочих груп департаментів охорони здоров'я та лікарень;

- надання послуг організаціями громадянського суспільства;
- контроль за дотриманням законодавства у сфері охорони здоров'я в регіонах. Відповідальність чиновників та лікарів за ненадання медичної допомоги, за бездіяльність в питанні забезпечення медикаментами;
- бачення щодо централізації висококваліфікованої медичної допомоги (третинного та четвертинного рівня);
- підхід до визначення необхідної кількості медичних закладів та їх спеціалізації;
- підхід до навчання та розвитку акціонерів комунальних підприємств-лікарняних закладів;
- бачення реальних організаційних структур корпоративного управління комунальних підприємств-лікарняних закладів (хто прийматиме стратегічні рішення на рівні КП: міські ради, наглядові ради КП, генеральні директори КП);
- реалізація поетапної комплексної цифрової трансформації галузі охорони здоров'я з метою діджиталізації функцій, послуг та взаємодії регуляторних органів, переходу до безпаперового документообігу, ефективного інтегрованого використання даних, а також вдосконалення, розширення електронних послуг, інформації про пацієнта та відповідної комунікації, забезпечення необхідного рівня технічного оснащення та кадрового забезпечення відповідних органів державної влади та закладів охорони здоров'я.

У 8% учасників питання стосувалися кадрів охорони здоров'я. Переважно йшлося про фахівців спеціальності 229 «Громадське здоров'я», їх підготовку та працевлаштування. А також про план розвитку кадрового потенціалу на місцевому рівні та в цілому.

Близько 5% учасників турбували питання:

- моніторингу охорони здоров'я;
- оцінки якості медичних послуг;

- оцінки якості послуг громадського здоров'я;
- оцінки медичних технологій;
- впровадження ефективної інтегрованої моделі, яка забезпечує збалансоване, науково обґрунтоване, безперервне надання якісних і безпечних послуг;
- розширення медичних послуг;
- розширення безоплатних медичних послуг та доступність до безоплатних послуг пацієнтами;
- інформування населення щодо переліку гарантованих послуг;
- розвитку системи громадського здоров'я;
- впровадження державних програм про-

філактики захворювань.

Учасників також цікавили питання:

- страхової медицини;
- медичної освіти;
- відповідальності лікарів;
- ліцензування лікарів;
- надання ефективних медичних послуг у сільській місцевості;
- доступності медичних препаратів.

Що стосується нозології, то учасники порушували питання щодо онкології, жіночого здоров'я, говорили про пацієнтів, які живуть з ВІЛ.

## 6. Наступні кроки

Отримані в ході проведених консультацій зауваження та пропозиції було опрацьовано експертами за відповідними напрямками Стратегії. Пропозиції, що узгоджувалися із загальною рамкою проєкту Стратегії, було враховано редакційно або концептуально. Частина пропозицій буде використана при підготовці плану впровадження Стратегії. Проте деякі

пропозиції зводилися до окремих нозологій, а отже, будуть розглянуті при підготовці інших нормативних документів в системі охорони здоров'я.

Відповіді на питання учасників, на які не встигли відповісти під час публічних обговорень, будуть надіслані через е-пошту.

# 7. Методологія обробки та аналізу даних

## 7.1. Збір, зберігання та формування даних

Усі онлайн-обговорення, що відбувались на платформі Zoom, були записані. По завершенню кожної публічної консультації зберігалися відео обговорення та коментарі чатів: як загального обговорення, так і обговорення з цільовими аудиторіями в окремих кімнатах. Також напрацювання цільових аудиторій впродовж обговорення нотувались модераторами в кожній групі, а також у офлайн-форматі. Усі дані, які були зібрані під час публічних консультацій, оцифровано і збережено аналітиками Інституту «Республіка» у машинно-читабельному форматі «comma-separated values» (.csv). Цей формат має декілька переваг, зокрема:

- виступає стандартом для збереження та аналізу даних для більшості сучасних business intelligence (BI) інструментів: Microsoft Excel, Tableau, STATA, Statistical Analysis Software (SAS) і т.д.;
- зберігає дані у вигляді таблиць;
- оптимізований для роботи з великими обсягами даних.

Обраний алгоритм збереження та структурування даних є подібним до структури реляційних баз даних, де кожен учасник, консультаційна подія, консультаційне запитання та нотатки аналітика по кожному груповому обговоренню мають унікальний номер (primary

and foreign keys), який дозволяє об'єднати дані публічної консультації в окремий масив для аналізу за різними параметрами.

За результатами проведеної серії консультацій аналітики Інституту «Республіка» створили кілька наборів даних:

1. «Консультаційні запитання» — метадані, де вказано детальний перелік питань, які виносилися на консультаційні події;
2. «Список учасників консультації» — персоналізовані дані про кожного учасника консультації, у тому числі: стать, вік, населений пункт, область та контактні дані;
3. «Онлайн-обговорення учасників на платформі Zoom та офлайн-обговорення» — дані, які були отримані в результаті опрацювання обговорень;
4. «Обговорення учасників на платформі Zoom в чаті» — дані, які були отримані в результаті опрацювання коментарів чату на платформі Zoom під час публічних консультацій;
5. «Нотатки результатів групового обговорення» — дані, які були зібрані модераторами-аналітиками під час групового обговорення в кожній консультаційній події.

## 7.2. Аналіз даних

Стратегія опрацювання та аналізу даних була обрана відповідно до типу даних. Всі отри-



мані під час онлайн-обговорення дані були приведені до реляційної моделі даних із застосуванням тематичного кодування. Аналіз цього набору даних дозволив сформулювати висновки у загальному вигляді, які окреслили ключові позиції учасників консультаційних подій щодо поставлених їм запитань у фор-

маті групового обговорення.

Ці висновки подано у Розділі 4 «Що ми почули?». Також було визначено кількість учасників консультації та розподілено учасників за демографічними параметрами.

# 8. Додатки

## 8.1. Питання, які ставились учасникам консультації

### Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я

1. Які ви бачите переваги та ризики інтегрованої моделі надання медичних послуг?
2. Яким чином, на вашу думку, краще забезпечити збалансоване, науково обґрунтоване надання якісних та безпечних медичних послуг громадянам, особливо для вразливих груп населення?
3. Яка фінансова модель, на вашу думку, є найбільш доцільною, щоб забезпечити фінансовий захист при отриманні необхідних послуг в ОЗ? Чому?
4. Як фінансова модель дозволить запобігти практиці неформальних платежів у медичній системі?
5. Як, на вашу думку, варто забезпечити безперервний доступ людей до сучасних, ефективних та безпечних лікарських засобів?

### Громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації

1. Якою має бути система громадського здоров'я, на вашу думку, аби створити такі умови, щоб забезпечити збереження та зміцнення здоров'я населення?
2. Як, на вашу думку, має працювати система попередження виникнення, раннього виявлення та ефективного реагування на надзвичайні ситуації?

### Залученість людей та громад

1. Які заходи, на вашу думку, можуть сприяти підвищенню рівня відповідальності людей щодо власного здоров'я та права прийняття клінічних рішень?
2. Яким чином, на вашу думку, потрібно забезпечити повноцінну участь людей та громад у спільному виробленні медичних послуг?

### Врядування у сфері охорони здоров'я

1. Яким чином, на вашу думку, забезпечити незалежність, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я?
2. Якою має бути система ефективного управління закладами охорони здоров'я, що забезпечує громадську підзвітність та нагляд? Чому?

### Кадрові ресурси системи охорони здоров'я (КРОЗ)

1. Яким чином, на вашу думку, забезпечити інтеграцію освіти та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я до сучасного міжнародного стандарту?
2. Які мають бути створені умови для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я?



**Київ, грудень 2021 року**