



Проф. О.І. Сердюк¹, доц. Б.А. Рогожин¹, доц. Ю.Г. Федченко¹,
В.В. Данно²

¹ Харківський національний медичний університет

² ГО «Міжнародний медичний кластер», Харків

Про стратегію розвитку національної системи охорони здоров'я України

Зміни в організації охорони здоров'я набули в Україні системного характеру. Вони продовжуються і під час війни, що свідчить про важливість цього процесу. Продовжуються кроки щодо інтеграції України у Європейський Союз (ЄС), залишається необхідність виконання рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та її Європейського бюро, як країни Європейського регіону (ЄР). Визначення подальших напрямів розвитку національної системи охорони здоров'я (НСОЗ) України потребує підходів на стратегічному рівні. Про що свідчить громадське обговорення Проекту Постанови КМ України, (Проект) який включає саму Стратегію та Операційний план її виконання як невід'ємну частину [2]. Вказані документи містять чисельні посилання, щодо європейського вектору розвитку НСОЗ України. Що обумовило актуальність дослідження можливих перспективних стратегічних завдань національної системи охорони здоров'я саме з позицій реалізації вимог які ставить ВООЗ перед країнами ЄР.

Мета дослідження: Метою дослідження є визначення напрямів стратегічного розвитку НСОЗ України відповідно завдань програмних міжнародних документів, які прийняті країнами ЄР

Матеріали та методи дослідження

Матеріалами дослідження є документи ВООЗ які визначають розвиток НСОЗ країн ЄР на період 2010–2025 рр.: Програма «Здоров'я-2020 — основи політики и стратегія» (ВНО, 2020), «Доповідь про стан охорони здоров'я в Європі 2021, «Підсумки реалізації пов'язаних зі здоров'ям Цілей у сфері сталого

розвитку під час пандемії COVID-19 з урахуванням принципу «нікого не залишити поза увагою» (ВНО 2019), «Європейська програма роботи, 2020–2025: у доповіді «Спільні дії для міцнішого здоров'я». [3,4,5].

Крім того, до уваги були прийняті відомі документи ВООЗ що містять директивні положення щодо розвитку первинної допомоги, на які є посилання у вище вказаних Програмах та Доповідях: Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [6], The World Health Report 2008 — Primary Health Care: Now More Than Ever [7].

Питання політики в сфері економіки та фінансування НСОЗ були досліджені за звітами ВООЗ (ВНО, 2010), даними сайту United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (ВНО, 2010-2018), Декларацією ВООЗ та її Регіонального Європейського Бюро, Таллін, 2008 р. [9,10,11].

Були використані власні польові спостереження діяльності медичних закладів у країнах ЄР (де перебувають і працюють члени ММК) щодо роботи приватних практик сімейних лікарів, лікарів-спеціалістів, стаціонарних установ.

Методами дослідження були системний підхід та системний аналіз, порівняльний аналіз, бібліосемантичний метод, методи спостереження описовий.

Отримані результати та їх обговорення

Головним завданням, яке декларує Проект та його Стратегія є: «... метою роботи системи охорони здоров'я є досягнення універсального охоплення

послугами охорони здоров'я населення в Україні, що передбачає можливість для кожного отримати доступ до необхідної медичної допомоги належної якості, не зазнаючи при цьому фінансових труднощів».

Дослідження програмних документів ВООЗ та його Європейського Бюро доводить, що задля реалізації такої мети, країнам ЄР наголошено та послідовно рекомендовані наступні стратегічні напрями:

- Стратегія створення та забезпечення діяльності Первинної медико-санітарної допомоги (за термінологією ВООЗ ПМСД) — в Україні це Первинна медична допомога (далі ПМД).
- Стратегія забезпечення фінансової доступності діагностики та лікування для громадян країни.
- Стратегія створення та підтримання системи гарантування якості надання медичної допомоги
- Стратегія створення сприятливого середовища з успішного розвитку різних видів партнерства в сфері охорони здоров'я.

Стратегія створення та забезпечення діяльності ПМД розглядається як головний чинник **забезпечення доступності медичної допомоги**. Вказано що належна ПМД, має гарантовано надавати не менше ніж 80% обсягів медичної допомоги, належної якості та ефективності, населенню країни. Для її забезпечення необхідно спрямовувати 30% громадських ресурсів (тобто всієї суми ресурсів НСОЗ: державні, комунальні бюджети, особисті кошти громадян). Саме це створює головний чинник доступності медичної допомоги, на який з 1979 року вказує ВООЗ — ПМСД, як базовий організаційний рівень НСОЗ.

Дослідження сучасного стану ПМД в Україні показує, що відбулося створення самостійних структур ПМД, яке мало наслідком деяке підвищення матеріального забезпечення роботи закладів ПМД комунальної форми власності. Це створило умови щодо збільшення обсягів первинної допомоги від 5% до 15 % у загальній структурі обсягів допомоги. [1, 12]

Слід вказати, що обсяги медичної допомоги складають амбулаторні відвідування, випадки госпіталізації, виклики швидкої та невідкладної допомоги. Кількість звернень рахують на 1 жителя на рік (ЄР, в середньому 9,0), рівень госпіталізації — за кількістю випадків госпіталізації на 1000 населення країни або регіону (у країнах ЄР,— 150; Україна 240). [11]

Вказані 9 контактів на рік і є показником доступності лікарської допомоги! З яких не менше ніж 6 має забезпечити Первинна медико-санітарна допомога, яка в такому випадку стає Базовою Первинною допомогою і забезпечує 80% обсягів потреби у медичних послугах НСОЗ.

На рівні ПМД пацієнти мають гарантовано отримати нагляд та лікування серцево-судинних захворювань, діабету, ведення вагітності та пологів, охорони здоров'я дітей, лікування туберкульозу та психічних розладів. Це положення вже було досягнуто країнами Західної Європи і Скандинавії станом на 2010–2015 рр. Інші країни ЄР, відповідно

Програми Здоров'я 2020, прийняли це положення до виконання і мали включити його (або прийняли зобов'язання включити) до своїх політик розвитку НСОЗ.

На теперішній час у країнах ЄР лікарі загальної практики забезпечують допомогу з розрахунку від 800 до 1200 декларацій на одного лікаря. Всі країни ЄР мають ліміти щодо навантаження сімейних лікарів та певні вимоги до лікарських практик, якщо має місце збільшення кількості декларацій понад прийнятих нормативів чисельності контрактів.

В першу чергу це примус мати додатковий персонал та лікарів-асистентів, або помічників, які забезпечують повноцінне надання ПМСД цією структурою. Структури ПМСД в країнах ЄР є приватними практиками. Лікарі працюють на засадах індивідуальної, або групової практики. Спостереження в країнах ЄС доводять, що у більшості випадків (80%) групова практика об'єднує до трьох спеціалістів, які мають декілька фахових ліцензій.

Окрім традиційних фахів: загальна практика, терапія, педіатрія, прийнятні такі як: кардіологія, неврологія, гомеопатія, фізіотерапія. Відповідно групова практика володіє УЗД та ЕКГ приладами, обладнанням з функціональної діагностики і мобільними системами моніторингу функцій серцево-судинної системи.

Якщо лікар працює самостійно то він має не менше трьох помічників: медична сестра, два адміністратори — що спроможні вести медичну та поточну документацію, виконувати широкий спектр допоміжних робіт і забезпечувати належний санітарний стан закладу. Він також може мати більше одного фаху, що розширює спектр послуг. Групові практики мають більше допоміжного персоналу.

Організація роботи спрямована та те, щоб лікар свою увагу мав зосередити на хворому. Цьому сприяють: форма ведення медичної документації: оптимальний баланс паперових та електронних документів.

Всі стандартні дані, включаючи рецептурні приписи до електронної бази вносять асистенти або адміністратори. Лікар має зробити мінімум записів на паперовому носії. Оформлення рецептів і довідок, також автоматизоване: за допомогою спеціалізованих програм та принтерів і вимагає від лікаря вказівки адміністратору щодо оформлення рецепту або довідки і візи підписом.

Порівняння вказаного зі станом забезпечення роботи сімейного лікаря в Україні доводить саме прикрий висновок — ПМД в Україні не забезпечує доступність і навіть не має ознак щодо гарантування якості надання медичної допомоги.

В Україні на одного лікаря рекомендовано мати 2000 контрактів від пацієнтів. Разом з ним працює тільки одна медична сестра. Наші дослідження хронометражу роботи сімейних лікарів доводять що створена система електронного документообігу поглинає до 60% робочого часу лікаря та медичної сестри. За рік лікар спроможний в таких умовах забезпечити не більше 4500 візитів пацієнтів. Для

чого він часто працює понад свій робочий час, бере документацію до дому.

Ми маємо вказати, що у сімейного лікаря — лікаря загальної практики, який працює в Україні у комунальному неприбутковому медичному підприємстві (КНП), на рік є 250 робочих днів. Його робочий час складають на день — 6,5 годин.

Під час амбулаторного прийому лікар здійснює: розмову, огляд, маніпуляції і роботу з документами. На одного пацієнта — 12 хвилин. Що в підсумку створює можливість здійснити на рік не більше трьох прийомів з розрахунку на один контракт. І це якщо все працює добре: є Інтернет і немає перерв у роботі, які викликані умовами військового часу.

Наслідком чого є стан, коли у більш ніж 50% осіб, які мають контракт з сімейним лікарем в Україні, відсутній фізичний контакт з цим лікарем. Саме це обумовлює становище коли закладом первинного контакту в НСОЗ є аптека.

Навіть у часи до 24 лютого 2022 року, у лікарів були чисельні нарікання на роботу електронних сервісів та зв'язку зі структурами НСЗУ. Тому в теперішній час повномасштабного вторгнення стан з доступністю медичної допомоги став ще гіршим.

При цьому в країнах ЄР цей показник становить від 6 візитів на рік, до 90% загальних обсягів медичної допомоги. За наявності у сімейного лікаря щонайменше трьох помічників. Це обумовлює також спроможність сімейних лікарів виконувати приписи лікарів — спеціалістів, до яких вони спрямовують своїх пацієнтів.

На період до 2025 р. ВООЗ разом із країнами ЄР визначила завдання щодо подальшого розвитку НСОЗ. Збережені і підтверджені засади щодо місця та значення ПМСД та її фінансового забезпечення і відповідальності місцевих громад та влади за її наявність та показники доступності, зокрема транспортної та територіальної.

Прикладом цього, є власні спостереження, щодо реакції місцевої влади у разі виникнення екстреної ситуації коли, в країні ЄС, група населення (біля 1200 осіб) залишається без доступного сімейного лікаря. Наприклад, в разі його раптової відсутності. Наполегливість перших осіб місцевої влади та мобілізація наявних ресурсів дозволяє таку проблему вирішити за два-три дні.

Виконавча влада швидко приймає рішення щодо відстеження можливості мешканцям терміново отримати допомогу шляхом їх розподілу між практикуючими лікарями, забезпечення транспортними послугами осіб що потребують цього, та прийняття заходів щодо створення привабливих умов до залучення нового спеціаліста та збереження робочого місця. Це є свідченням того, що місцеві органи влади країн ЄР підтримують зв'язки із громадськими об'єднаннями сімейних лікарів та коледжів сімейної медицини.

Тому ми вважаємо за необхідне перегляд нормативів роботи сімейних лікарів та ресурсного забезпечення Первинної допомоги. Доцільно було б визначити у Проекті етапи досягнення показ-

ників роботи, які відповідали б вимогам Програми «Здоров'я-2020», що й справедливо повинно скласти окремих, найважливіший пункт Стратегії розвитку НСОЗ України.

Стратегія забезпечення фінансової доступності діагностики та лікування для громадян країни. Показником рівня доступності є включення до програм часткового або повного покриття вартості медикаментів та діагностичних процедур, включаючи інструментальне та лабораторне обстеження, які присутні у не менш ніж 80% включених до програм державних гарантій/страхових програм протоколів.

Крім того, включення медикаментів (**конкретних лікарських форм конкретних виробників!**) до протоколів медичної допомоги які забезпечені фінансуванням та надають пацієнтам можливість щодо їх придбання через оформлення пільгового рецепту. Одночасно це забезпечує контроль з боку органів державного та корпоративного нагляду за обігом конкретної номенклатури лікарських форм цих засобів та відстежити їх клінічну ефективність. Відповідно у країнах ЄР таким інструментом забезпечено ефективний контроль застосування медикаментів широкої номенклатури.

У першу чергу це стосується: антибіотиків, серцево-судинних препаратів та інших засобів достатньо великої номенклатури. Номенклатура засобів які включено до пільгової категорії забезпечує не менше ніж 80% обсягів застосованих лікарських форм включених до протоколів надання медичної допомоги. Цей інструмент є дієвим щодо обмеження використання медикаментів поза лікарського призначення. Він також знімає проблему «використання засобів з недоказаною ефективністю».

У розвинених країнах ЄС — до 10-20% від загальних витрат спрямованих на охорону здоров'я, а у країнах східної частини ЄР (куди входить і Україна) — до 40% — це витрати на медикаментозне забезпечення. При цьому, абсолютні витрати цих країн різняться у кілька разів, внаслідок більш значних абсолютних витрат з розрахунку на одну особу на рік, що є наслідком можливостей ВВП цих економік. Дослідження документів ВООЗ та Європейського доводить, що саме у бідніших країнах, де видатки на охорону здоров'я менші ніж еквівалент 500 дол. США (500 дол. США становить 25% середнього значення абсолютного рівня витрат по країнах ЄР) наявна проблема забезпечення постійного доступу до якісних, безпечних та доступних за вартістю лікарських засобів.

Відповідно, для України цей показник абсолютного розміру фінансування можна визнати найближчою **метою досягнення**. Перелік прийнятих гарантованих послуг має мати терміни очікування здійснення цих призначень у планових та термінових випадках. Таким чином — визначення стратегічного напрямку щодо економічного забезпечення діяльності НСОЗ України є необхідним і відповідає рекомандованій політиці ВООЗ для країн ЄР.

Стратегія створення та підтримання системи гарантування якості надання медичної допомоги.

Сучасна організація надання медичних послуг вимагає наявності системи гарантування якості. Якість як категорія — це порівняння об'єкту обраного для порівняння зі зразком — еталоном. В сучасній медицині систему гарантування якості складають **Протоколи і Стандарти**, які виконують функції еталонів.

Застосування медичних технологій визначають **клінічні протоколи**. Які засоби необхідні для діагностики, лікування, профілактики та реабілітації. На національному рівні в країнах Європи наявні відповідні документи — «Національні керівництва» щодо надання медичної допомоги. Україна має достатній досвід розробки подібних матеріалів. Проте їх впровадження не завжди було успішним.

Досвід країн ЄР доводить що після розробки фахівцями «Керівництва» на їх підставі експертним шляхом розробляють **Протоколи та Стандарти**. **Протоколи** складають змістовну частину програми медичних гарантій, які складають основу страхових програм або гарантій інших платників за послуги закладів охорони здоров'я. Їх перегляд здійснюється на галузевому рівні із залученням спеціалістів та експертів.

В свою чергу, **Стандарти** — це довгострокові документи які визначають результати застосування медичних технологій. Стандарт приймається на державному рівні. Це в першу чергу політичний документ. Він має бути однозначно зрозумілим усім суб'єктам процесу надання медичної допомоги: пацієнтам і їх родичам, усім структурам та службам які мають компетенцію бути дотичними до нього. Це — в першу чергу політики, адміністратори, правники, лікарі та керівники медичних закладів, страхові агенти та працівники органів і організацій які здійснюють оплату медичних послуг.

Виконання **протоколів** має забезпечувати результати надання медичної допомоги. Наприклад: стан хворого при завершенні протоколу стаціонарного лікування, час перебування в стаціонарі, термін компенсації показників об'єктивного стану хворого в умовах амбулаторного лікування, показники відновлення функції, працездатності. Ці результати становлять зміст **стандартів медичної допомоги**. Їх особливість — це простота викладення, яка зрозуміла всім суб'єктам процесу надання медичної допомоги: політикам, що визначають межі громадських витрат, громадянам які приймають участь у виборах політиків, платникам за медичні послуги, провайдерам медичних послуг та лікарям і медичному персоналу, і безпосередньо хворим.

Саме на підставі роз'яснення **стандартів** медичної допомоги лікарі роз'яснюють пацієнтам сутність допомоги яку пропонують, її можливі технічні варіанти та результати їх застосування. Що в свою чергу є підставою для інформованої добровільної згоди пацієнта на надання медичної допомоги. Формалізація якої в сучасних умовах є першим та обов'язковим кроком пацієнта у відносинах з лікувальними структурами. Тобто, розуміння мети медичного втручання визначає **стандарт** медичної

допомоги, наслідком чого стає вибір протоколу як для лікаря так і для пацієнта.

Відповідно, розробка саме **Системи гарантування якості медичних послуг, Державних Стандартів медичної допомоги та Національних протоколів** є необхідним важливим стратегічним напрямом розвитку НСОЗ України.

В свою чергу, створення Системи гарантування якості надання медичної допомоги дозволить збільшити **ефективність** використання обмежених суспільних ресурсів. Програмою Здоров'я-2020 було приділено значну увагу щодо визначення показника ефективності медичної допомоги. Про його значення свідчать чисельні приклади його вживання в наукових та популярних публікаціях. Особливе значення цей термін набуває в разі його застосування у нормативних та директивних документах, які визначають розвиток НСОЗ та використання суспільних ресурсів. [9,10,11]

Ефективність, як категорія в системах управління, визначає співвідношення результатів та витрат які було витрачено для досягнення певної мети. Відповідно, в системі громадських відносин НСОЗ метою є стандарти, прийняті на державному, регіональному або корпоративному або локальному рівні. Тобто, якщо є мета отримати соціальний стандарт — міру задоволення населення медичною допомогою, то його бажаний показник (наприклад 80%) і буде метою.

Витрати в свою чергу можуть відображати всі види ресурсного забезпечення, яке було необхідним для досягнення мети. Це може бути — час, фінанси, кадрові, матеріальні та інші необхідні ресурси.

Відомо що, медична ефективність це відношення саме медичних результатів (відновлення функції, нормалізація стану здоров'я т.ін.) медичних заходів і фінансових витрат, у тому числі збитків або доходів провайдерів медичних послуг, витрат населення, економічних втрат громадської економіки. Це свідчить, що саме суспільство визнає соціальне значення результатів яких досягає НСОЗ та висловлює на виборах своє ставлення до відповідальних політиків.

Виходячи з цього, ми рекомендуємо включити відповідні пункти щодо дослідження медичної, економічної та соціальної ефективності заходів та програм охорони здоров'я на всіх організаційних рівнях. Дослідження ефективності має проводитись з урахуванням суб'єкту відносин в сфері надання медичних послуг: держава, місцева влада, місцеве самоврядування, приватні підприємства та їх власники, керівники та робітники державних і комунальних медичних закладів, пацієнти та члени їх родин.

Окремим специфічним питанням для системи охорони здоров'я України є організація її роботи в цілому та **забезпечення надання медичної допомоги в умовах військового часу**. Особливо це складно в прифронтових регіонах та містах, які щоденно відчувають чисельні удари ворога по інфраструктурі життєзабезпечення та мирному населенню і громадським об'єктам. Крім того, окрема важлива

проблема надання медичної та реабілітаційної допомоги постраждалим від військових дій: військовослужбовцям і цивільним громадянам.

Ми вважаємо що це має бути предметом створення окремої Стратегії та системи заходів її реалізації. До її роботи потрібно залучити фахівців які вже мають досвід організації подібної допомоги, громадські організації та спеціалістів і науковців з організації і управління охорони здоров'я.

Досвід виконання НСОЗ країн ЄР Програми Здоров'я-2020 визначає успішні заходи щодо **створення сприятливого середовища з успішного розвитку різних видів партнерства в сфері охорони здоров'я.**

Зокрема, із залучення громадянського суспільства до участі у процесі встановлення пріоритетів та прийняття рішень пов'язаних з охороною здоров'я. Наприклад, з партнерствами між державними та приватними структурами, лікарськими асоціаціями та платниками медичних послуг.

Досвід країн ЄР свідчить, що це сприяло стабільному стану у діяльності приватного сектору, який залучений до надання ПМСД і спеціалізованих медичних послуг в умовах економічних та інших проблем, які стали наслідками пандемії COVID-19. В країнах ЄР стали більше приділяти уваги на те, щоб громадяни отримали мотивацію та можливості краще дбати про власне здоров'я. До цього були залучені різноманітні освітні структури та громадські організації.

Особливо чутливим в цьому сенсі в Україні повстала проблема пов'язана зі створенням організації лікарського самоврядування. Чисельні проекти відповідного закону були неодноразово обговорені та отримали негативну оцінку правників, медичного загалу і громадськості. Тому включення його до переліку Заходів Операційного плану без нового широкого обговорення є недоцільним. При цьому умови військового стану в державі суттєво ускладнюють такому обговоренню. Що неминуче викличе чисельні проблеми, серед яких будуть соціальна напруга в сфері охорони здоров'я та надання медичних послуг.

В цьому напрямі доцільно прийняти до уваги, що в країнах ЄР знайшли практику наступні форми партнерства:

- виділення державного фінансування для приватних некомерційних організацій, які займаються роботою з населенням на місцях;
- приватні організації охорони здоров'я, до адміністративної ради яких входять місцеві політики;

приватні організації охорони здоров'я, що належать благодійним організаціям;

- державні організації охорони здоров'я (лікарні, центри реабілітації, санаторії, освітні заклади, сервісні центри) які перебувають в управлінні приватних організацій.

Впровадження вказаних форм цілком відповідає європейському вектору розвитку НСОЗ і створює організаційні умови щодо підвищення рівня її соціальної та економічної ефективності.

Висновки

1. Опрацювання та визначення стратегії розвитку НСОЗ України відповідає вимогам та рекомендаціям програмних та аналітичних документів ВООЗ та її Європейського бюро для країн ЄР.

2. Стратегічний напрям щодо створення та забезпечення діяльності ПМД в Україні залишається головним та визначальним чинником щодо гарантування доступності медичної допомоги для населення.

3. Доцільно визначити заходи та терміни досягнення показників організації ПМД в Україні у відповідності з практикою країн ЄС.

4. Потребує визначення рівня забезпечення фінансової доступності діагностики та лікування населення України у відповідному стратегічному плані де контрольними показниками мають бути загально визнані індикатори для країн ЄР.

5. Потребує системного опрацювання Стратегія створення та підтримання системи гарантування якості та забезпечення ефективності надання медичної допомоги зі створенням Національних протоколів та Національних стандартів надання медичної допомоги у відповідності з вимогами та практикою діяльності країн ЄР.

6. Необхідно терміново розробити Стратегію щодо організації роботи НСОЗ України в умовах військового часу, забезпечення надання медичної допомоги в прифронтових регіонах та містах та організації системної допомоги військовим та цивільним особам що потребують реабілітації внаслідок травматизму що пов'язані з військовими діями та іншими наслідками війни.

7. Співпраця з громадським сектором щодо розвитку НСОЗ України має здійснюватись у урахуванням практики країн ЄР та рекомендацій Європейського бюро ВООЗ.

Список використаної літератури

1. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності — Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52). С 5–11.
2. Проект розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2024–2026 роках» <https://moz.gov.ua/strategija>
3. Програма «Здоров'я-2020 — основи політики и стратегія» Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century IGO https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf
4. Доповідь про стан охорони здоров'я в Європі 2021, «Підсумки реалізації пов'язаних зі здоров'ям Цілей у сфері сталого розвитку під час пандемії COVID-19 з урахуванням принципу «нікого не залишити поза увагою». Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2022 г. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352138>
5. Європейська програма роботи, 2020–2025: у доповіді «Спільні дії для міцнішого здоров'я». Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. WHO Geneva, 1978, IGO http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.
7. The World Health Report 2008 — Primary Health Care: Now More Than Ever. WHO, 2008, IGO <http://www.who.int/whr/2008/whr08>.
8. Health Systems, Health and Wealth: WHO European Ministerial Conference on Health Systems: Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008: report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 IGO <https://iris.who.int/handle/10665/345410?locale-attribute=en&>
9. Method protocol for the evaluation of census population data by age and sex/ United Nations Department of Economic and Social Affairs (United Nations Population Division) IGO https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd_2022_tp-methodprotocol.pdf
10. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://iris.who.int/handle/10665/326879>.
11. WHO. Review of 40 years of primary health care implementation at country level. 2019. IGO https://www.who.int/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/phc-final-report.pdf?sfvrsn=109b2731_4.
12. Первинна медична допомога в Україні: досягнутий прогрес і наступні кроки: аналіз даних за 2020–2021 рр.: серія аналітичних записок. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2023». Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367317/WHO-EURO-2023-7087-46853-69102-ukr.pdf?sequence=1>

Про стратегію розвитку національної системи охорони здоров'я України

Проф. О.І. Сердюк¹, доц. Б.А. Рогожин¹, доц. Ю.Г. Федченко¹, В.В. Данно²

¹ Харківський національний медичний університет

² ГО «Міжнародний медичний кластер», Харків

Проведено дослідження напрямів стратегічного розвитку НСОЗ України, відповідно завдань програмних документів ВООЗ, в сучасних умовах військового часу. Обґрунтовано необхідність організації ПМД в Україні у відповідності з практикою країн ЄС. Доведено, що економічна доступність медичної допомоги в Україні повинна мати метою загально визнані індикатори країн ЄР. Визначено, що систему гарантування якості та забезпечення ефективності надання медичної допомоги складають Національні протоколи та Національні стандарти надання медичної допомоги.

Потребує опрацювання Стратегія щодо організації роботи НСОЗ України в умовах військового часу. Співпраця з громадським сектором щодо розвитку НСОЗ України має здійснюватись у урахуванням практики країн ЄР та рекомендацій Європейського бюро ВООЗ.

Ключові слова: охорона здоров'я, стратегія, доступність, якість.

About strategy development of the national health care system of Ukraine

Prof. O. Serdiuk¹, assoc. prof. B. Rogozhyn¹, assoc. prof. Yu. Fedchenko¹, V. Danno²

¹ Kharkiv National Medical University

² Public Organization «International Medical Cluster», Kharkiv

A study of the directions of strategic development of the National Health Service of Ukraine, in accordance with the tasks of the program documents of the WHO, in modern wartime conditions, was conducted. The need to organize PMD in Ukraine in accordance with the practice of EU countries is substantiated. It has been proven that the economic availability of medical care in Ukraine should aim at generally recognized indicators of EU countries. It was determined that the system of guaranteeing quality and ensuring the efficiency of the provision of medical care is made up National protocols and National standards for providing medical care.

The strategy for organizing the work of the National Health Service of Ukraine in wartime conditions needs to be worked out. Cooperation with the public sector regarding the development of the NHS of Ukraine should be carried out taking into account the practice of EU countries and the recommendations of the WHO European Bureau.

Key words: health care, strategy, accessibility, quality/

Контактна інформація: Сердюк Олександр Іванович —
доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини,
управління та організації охорони здоров'я ХНМУ,
+380675711186, oi.serdiuk@knu.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 21.05.2024 р.