

ЗВІТ

з досліджень в рамках проєкту «Первинна та амбулаторна медична допомога громадянам України внаслідок військового конфлікту» підтриманого Міжнародним фондом «Відродження» та Європейським Союзом

Зміст

Вступ та огляд дослідження	1
Основні теми (виклики), що впливають з дослідження	6
Доступність медичних послуг для населення	6
Взаємодія системи охорони здоров'я з іншими системами	8
Мобільність людського ресурсу (міграція)	9
Нові потреби людей в умовах війни (здоров'я)	11
Вплив повномасштабної війни на надання амбулаторної медичної допомоги в 2022 році: економічний аспект	12
Пропозиції для розвитку системи охорони здоров'я в воєнних та післявоєнних умовах	15

Вступ та огляд дослідження

За перші 40 днів війни з України емігрували 4 млн людей¹ (з них 1,8 млн дітей), а внутрішніми переселенцями стало близько 7 млн людей¹ (з них 2,5 млн дітей). Усе це створило значні виклики для організації надання медичної допомоги. Зокрема через те, що самі лікарі, а в деяких випадках і адміністративний персонал закладів охорони здоров'я евакуювався в безпечніші куточки країни або за кордон або мобілізовані і боронять цілісність та суверенітет України. Як наслідок виникла низка проблем з наданням медичної допомоги населенню як в прифронтових громадах, так і в громадах, у яких утворилась велика концентрація тимчасово переміщених осіб (ТПО).

Проєкт реалізований Харківською експертною групою підтримки медичної реформи (www.kheg.com.ua) – громадською платформою, що спрямована на розбудову сучасної системи підтримки здоров'я населення в Україні, утвореною в 2015 році. Ми вивчаємо ситуацію, документуємо проблеми з наданням медичної допомоги населенню, а також досліджуємо кращі

¹ [Ukraine situation: Flash Update #6 - 30-03-2022 \(unhcr.org\)](https://www.unhcr.org/ukraine-situation-flash-update-6-30-03-2022)

практики вирішення таких проблем, як в Україні, так і в інших країнах, які мають досвід переживання війни в сучасний період, для вироблення рекомендацій щодо зміни правового регулювання та підходів до надання медичної допомоги, продовження реформування системи охорони здоров'я, для досягнення стратегічної мети відбудови України після завершення війни.

Загальною метою проекту було створення комплексу висновків та рекомендацій з організації надання первинної та спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги для громад з великою концентрації ТПО та в місцевостях, які розташовані поблизу зони воєнних дій.

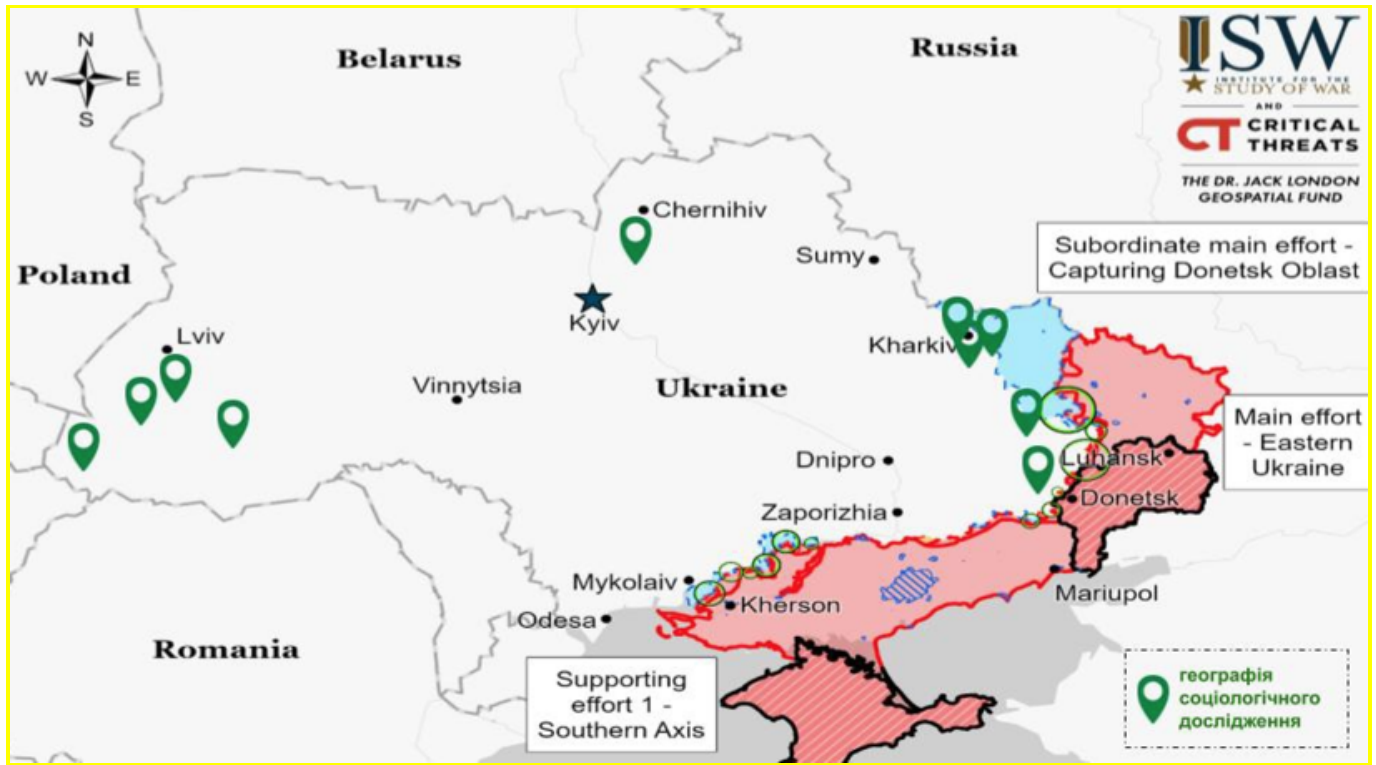
Партнерами проекту виступили Український центр охорони здоров'я (<https://uhc.org.ua/>) та Міжнародний фонд «Відродження».

В рамках проекту проводились кілька видів аналізу ситуації (соціологічний, правовий, економічний та структурний), такий підхід обумовлений багатогранністю проблем, з якими стикається громада під час війни. Цей звіт є зведеним за матеріалами кількох окремих досліджень, а в його тексті містяться посилання на матеріали детальних звітів за кожним окремим дослідженням. Пропозиції для розвитку системи охорони здоров'я в воєнних та післявоєнних умовах наприкінці цього звіту інтегрують результати всіх досліджень.

Соціологічне дослідження. Протягом чотирьох місяців (червень-вересень 2022) проводились глибинні онлайн-інтерв'ю щодо надання/отримання медичної допомоги в громадах (опитування стосувалось періоду бойових дій) з наступними категоріями населення:

- адміністрації громад,
- адміністрації медичних закладів (ЦМПД, заклади спеціалізованої амбулаторної допомоги),
- лікарі,
- тимчасово переміщені особи (для громад з великою концентрацією ТПО).

Дослідження охоплювало 10 територіальних громад, які ми умовно поділили на “прифронтові” і “тилові” (див. Карту). До “прифронтових” належать громади, які розташовані неподалік лінії фронту (на момент проведення дослідження або раніше у певний період повномасштабної війни) і з яких спостерігається відтік великої кількості населення: Валківська громада (Харківська область), Козелецька громада (Чернігівська область), Краматорська громада (Донецька область), Селидівська громада (Донецька область), Первомайська громада (Харківська область), Чугуївська громада (Харківська область). “Тиловими” в цьому дослідженні ми називаємо громади на заході країни, які є відносно “безпечними” і які прийняли велику кількість внутрішньо переміщених осіб: Долинська громада (Івано-Франківська область), Мукачівська громада (Закарпатська область), Коломийська громада (Івано-Франківська область), Славська громада (Львівська область).



Мал. 1. Карта розташування громад, що взяли участь в дослідженні

Детальний звіт соціологічного аналізу можна знайти за [посиланням](#)².

Командою Проекту також проводився аналіз формування політики держави щодо подолання викликів в сфері охорони здоров'я, які загострилися або виникли з початком повномасштабного вторгнення (**правове дослідження**). Предметом аналізу були нормативно-правові документи, ухвалені Верховною Радою України, Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я України, та інших органів влади, предметом регулювання яких є суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, ухвалені в період з 24-го лютого 2022 року до 30 вересня 2022 року. Детальний звіт про висновки правового аналізу наводиться можна знайти за [посиланням](#)³.

Український центр охорони здоров'я зробив структурний аналіз системи охорони здоров'я, звіт аналізу можна знайти за [посиланням](#)⁴.

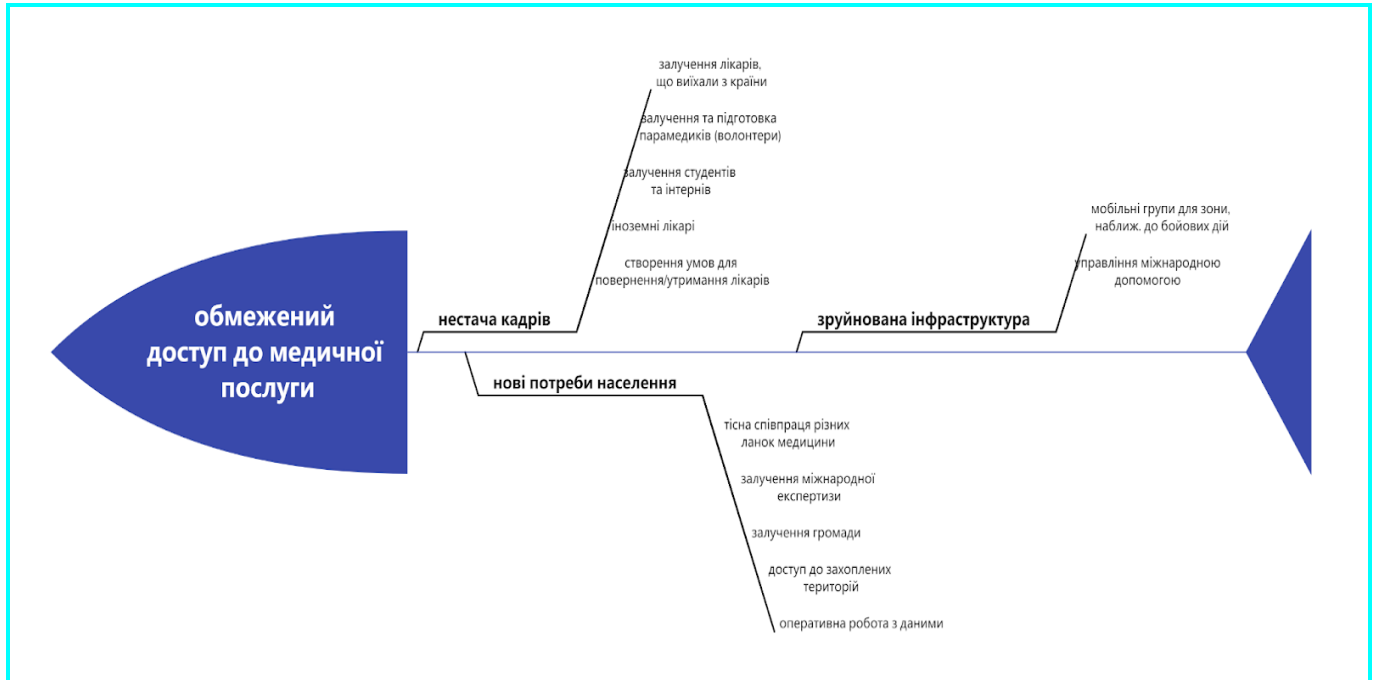
Вагомий вклад у системне розуміння питань медичної допомоги в умовах війни було зроблено завдяки зустрічі-обговоренню **International perspectives on improving access to healthcare and optimizing human resources for health during and post-conflict: Lessons for Ukraine** за участі міжнародних експертів, що були залучені до консультування урядів поствоєнних країн (Сирія, Афганістан, Сербія, Ліван). За запитом ХЕГ на початку проєкту the Institute on Inequalities in Global

²https://drive.google.com/file/d/1GZRQioV226EObmMGCw3VxSVbeQm77UQw/view?usp=drive_link

³https://drive.google.com/file/d/1qASUsLBcvx1_5jy07BJ4FcxJK2N3AOYI/view?usp=drive_link

⁴https://drive.google.com/file/d/1XNelaSG1s5qh1mNNhAHm7SgSf5WbDXyp/view?usp=drive_link

Health at the University of Southern California (Jonathan Cohen, Parveen Parmar, Justine McGowan, Michelle Anderson) ідентифікував та залучив учасників з наступних організацій: Research for Health System Strengthening in North West of Syria Project, University of Belgrade, MedGlobal, WHO Damascus, University of City London, University of Cambridge, WHO Ukraine, University of Cambridge. Інформація щодо особливостей української системи охорони здоров'я та змін, які сталися під впливом воєнних дій на травень 2022, була надана під час зустрічі. Ключові рекомендації за наслідками дискусії відображено у відповідних розділах тексту звіту.



Мал. 2. Фактори, що створюють обмежений доступ до медичної послуги на повоєнних територіях Підсумки зустрічі-обговорення *International perspectives on improving access to healthcare and optimizing human resources for health during and post-conflict: Lessons for Ukraine*

Команда проекту спільно з НСЗУ провела [конференцію](#)⁵ за участі представників закладів первинної та спеціалізованої допомоги прифронтових, деокупованих та тилкових громад для обговорення результатів дослідження та аналізу кращих практик. Результати обговорення враховані в цьому звіті.

⁵ [Міні-конференція «Здоров'я під час війни: виклики та рішення для системи охорони здоров'я»](#)

При плануванні дослідження ми виходили з наступних гіпотез:

I. Переміщені в межах країни особи уникатимуть сталості в місці тимчасового перебування та пов'язаних з нею патернів поведінки:

- медпрацівники - офіційного працевлаштування на новому місці,
- населення - передекларування з новим сімейним лікарем.

II. Більшість потреб населення під час війни залишається в зоні впливу сімейної медицини:

- попит на послуги збільшується на безпечних територіях при незмінному характері послуг (в тому числі планові послуги),
- попит на послуги зменшується на прифронтових територіях при зміні характеру послуг (наприклад, зростає попит на надання первинної допомоги при пораненнях, робота з кризовими станами тощо).

III. На прифронтових (загрожуваних) територіях виникатиме дефіцит кваліфікованої робочої сили (лікарі та медсестри), адміністративного персоналу та навичок лікарів в наданні допомоги.

IV. На безпечних територіях виникатиме надлишок кваліфікованої робочої сили, що недостатньо використовується.

V. Існуючі форми організації надання ПМД (КЗОЗ) недостатньо гнучкі для реагування на потреби населення, пов'язані з війною.

VI. Медичні послуги не є першим пріоритетом ГРОМАД відносно ТПО.

VII. Міжнародна допомога недостатньо інтегрована в поточну діяльність системи охорони здоров'я.

Основні теми (виклики), що впливають з дослідження

Шляхом контент-аналізу матеріалів глибинних інтерв'ю та висновків з результатів зустрічей з міжнародними експертами було виділено 4 ключових групи тем, які турбують населення та професійну спільноту або є неопрацьованими державними рішеннями. Деякі з цих тем також є можливостями для розвитку системи охорони здоров'я.



Доступність медичних послуг для населення

Цілком очікувано інтерв'ю виявили проблему зниження доступності медичних послуг: в прифронтових громадах через руйнацію медичної інфраструктури та відтік медичних кадрів (зв'язок з темою «міграція»). Міграція населення призвела до порушення процесів, наприклад, видача медичних довідок в школу на нових територіях є утрудненою. У деяких регіонах через евакуацію медичних закладів, які надавали спеціалізовану допомогу, певні послуги стали важкодоступними для населення.

Міжнародна експертна спільнота як найзначніший виклик окреслила довгострокову нестачу медичних кадрів внаслідок міграції медичних працівників.

Між тим свідчень про суттєву нестачу лікарів ми не виявили ані на територіях з великою кількістю ТПО, ані в прифронтових територіях. Порівнюючи ці дані з даними інших післявоєнних країн (Сирія, Сербія) за свідченням міжнародних експертів, можемо констатувати, що вітчизняна система охорони здоров'я була побудована з надлишком міцності, зокрема й з точки зору людських ресурсів, що дозволило їй не відчувати значного браку людських ресурсів під час кризи.

Перешкодою доступу до медичної системи для ТПО стала інертність громад та медичних закладів. Відсутність уваги до громадського здоров'я, яка спостерігалася і до війни, призвела до того, що під час масової міграції населення в безпечні громади, останні, здебільшого, займали реактивну

позицію, не забезпечуючи належної комунікації з ТПО щодо можливостей локальної медичної системи та не аналізуючи їх потреби. Це також стосується громад, на території яких розміщені модульні містечки. Але є й позитивні приклади: Мукачівська ОТГ налагодила проактивну роботу лікарів та середнього медичного персоналу з людьми, що вимушено опинилися в громаді, у тому числі ефективно організувавши кампанію з соціальної та медичної підтримки, забезпечення фармацевтичними препаратами. Лікарня створила [сторінку на сайті](#), через яку медичні працівники можуть податись на роботу до лікарні, щоб полегшити працевлаштування переміщених осіб. Треба звернути увагу на той факт, що в громаді до війни була створена Гуманітарна рада - дорадча група впливових представників громади при медичній системі покликана координувати дії різних стейкхолдерів та залучати громадськість до прийняття рішень.

Ефективна взаємодія керівництва Краматорської громади та адміністрації ЦПМСД м.Краматорськ дозволила мешканцям міста, які залишилися у прифронтовій зоні, мати доступ до медичних послуг та необхідних ліків. Директор ЦПМСД доклав зусиль для збереження необхідної кількості медичних працівників на місці, враховуючи актуальну кількість населення міста.

Окремою темою прозвучав **розподіл гуманітарної допомоги, що надходить від міжнародних партнерів**: цей процес часто виявляється некерованим та непередбачуваним, коли громади не отримують те, що їм потрібно, натомість отримуючи значні кількості непотрібних медикаментів. Значна частина міжнародної гуманітарної допомоги концентрувалася на базі потужних та відомих лікарень, опорних для надання медичної допомоги великій кількості пацієнтів (цивільних та військових).

На державному рівні після аналізу недоліків в координації розподілу міжнародної гуманітарної допомоги на базі health cluster, який координується Бюро ВООЗ в Україні, були запроваджені он-лайн інструменти, які дозволяли краще аналізувати та моніторити надходження гуманітарної допомоги від різних партнерів, а також он-лайн інструмент, відкритий для будь-яких ЗОЗ, що гостро потребують обґрунтованого переліку лікарських засобів або критичного обладнання. МОЗУ запровадив систему обліку надходжень, яка дозволила співставляти запити ЗОЗ та закупки на центральному рівні. Дієвою стала і робоча група при МОЗ, яка координувала поставки від міжнародних донорів з різними волонтерськими ініціативами та приватними фондами.

Вочевидь, цей процес також пов'язаний з прийняттям рішень та формулюванням консолідованого запиту з боку громади, що не відбувається належним чином (див. тему “Взаємодія системи охорони здоров'я з іншими системами”). Ми не виявили ефективних моделей стратегічного партнерства та координації дій публічної влади, громадського сектору, бізнесу для подолання гуманітарних викликів в громадах.

З досвіду міжнародних експертів для **деокупованих регіонів**, де значно порушено надання медичної допомоги, найбільш впливовими є наступні дії:

- залучення студентів медичних вишів до роботи первинної медицини у районах, де є тимчасові проблеми з забезпеченням медичними працівниками;
- скоординоване застосування мобільних бригад та мобільних шпиталів;
- залучення **іноземних лікарів**: важливо спростити процедури доступу іноземцям в українську систему охорони здоров'я, також слід інформувати міжнародну медичну спільноту про те, яких саме спеціалістів не вистачає в Україні (приклад - пластичні хірурги, ортопеди, спеціалісти з травми та торакальної хірургії) та створювати стимули для діаспори чи міжнародних лікарів-волонтерів направляти цих спеціалістів;
- налагодження онлайн підтримки місцевих лікарів та медичних сестер через розвиток партнерських/twinning відносин з міжнародними клініками, лікарями з діаспори;
- залучення та навчання громадських фахівців (**community health workers**) / волонтерів для роботи з населенням для визначення проблем зі здоров'ям та зв'язком з медичною системою;
- організація швидкої інтеграції ТПО до медичної системи на новому місці, а також при поверненні на місце постійного мешкання.

Взаємодія системи охорони здоров'я з іншими системами

Ключовим питанням в цій темі стала роль громади в рішенні питань здоров'я населення. Ще до війни виникла проблема невідповідності ролі громади тим викликам, що виникли після адміністративної децентралізації в країні. Громадам бракує усвідомлення своєї ролі як відповідального власника та управлінських компетенцій в адміністрації громади. Під час війни це проявляється у відсутності ініціативи та неготовності реагувати на нові нестандартні виклики, що постають перед громадами в питаннях здоров'я (реактивність).

Одним з рішень проблеми недостатньої проактивності та комунікації медичної системи з пацієнтами-ТПО може бути створення нових ролей в системі надання медичних послуг – громадських фахівців зі здоров'я, які допомагатимуть інклюзії новоприбулих до медичної системи та ефективному використанню медичних послуг населенням.

Окрему увагу ми звернули на відсутність у місцевої влади навичок роботи з даними, як передумови для прийняття рішень. Попри те, що відкриті до початку війни дашборди державних інституцій, зокрема НСЗУ, давали важливу для прийняття рішень інформацію, керівництво громад не використовувало її.

У той же час поодинокі випадки, коли громади демонструють лідерство та проактивну позицію, зокрема в питаннях безпеки та відбудови громади, показують можливості такої позиції для збереження людських ресурсів. Так, в громаді міста Краматорськ відбувалась регулярна комунікація керівництва з працівниками медичної галузі щодо майбутнього громади та окремих закладів, що сприяло зменшенню міграції працівників закладів з регіону.

“...ми перші дні по чотири рази на день виходили в ефір, заспокоювали людей, дуже гарно відпрацювала [головна лікарка], вона постійно з колективом контактувала. ...І те, що ми постійно давали якісь маркери безпеки: ми повідомляли, де знаходиться зараз ворог, на якій відстані...”

представник влади, прифронтова громада, серпень 2022

Тема «лікар як психолог» не є новою в медицині: дослідження⁶ показують, що якість стосунків з лікарем впливає на перебіг лікування. Але війна загострила потребу в цій ролі лікаря. Здатність вислухати та зрозуміти пацієнта високо цінується людьми під час війни. Водночас наше дослідження виявило запит на психологічну підтримку для медичних працівників, а також на методичну підтримку розвитку навичок роботи з пацієнтами з психологічними травмами.

Мобільність людського ресурсу (міграція)

Однією з ключових тем дослідження стала міграція. Нас цікавили фактори, що спонукають людину їхати чи навпаки – утримують її на місці, особливо це стосується медичних фахівців – лікарів та медсестер. Виявилось, що серед факторів, що утримують людей на місці, провідні місця займають: *відсутність досвіду мобільності* (як особистого, так і культурного, тобто такий досвід не є поширений в середовищі лікаря), *маломобільні близькі люди*, що потребують турботи.

“...люди, которые могли выехать, они выехали. К родственникам, там. А людям, которым некуда ехать, мы никому не нужны, скажем так. У нас покатались сотрудники и вернулись уже практически все домой. Потому что надо за что-то жить, где-то жить”

сімейна лікарка, прифронтова громада, серпень 2022

Натомість сприяють міграції (і тому, що люди воліють залишитись на новому місці) такі фактори: *втрата житла* на місці постійного проживання / можливість отримати житло на новому місці, *досвід мобільності, знання іноземних мов* (в першу чергу стосується міжнародної міграції).

Ми виїхали – ще будинок був цілий наш, а вже в травні взривною хвилиною відірвало нам шифер, тобто знесло дах, і вилетіли вікна. Так що ми не знаємо, куди повертатися, чи буде нам куди повертатися, тому що зараз там дуже масивні йдуть дощі... Дитину в садочок з вересня відправляємо, а я на роботі, поки що стабільно працюю, дай бог, буде далі. Зимуватимемо точно тут.

лікарка-ТПО, тилова громада, серпень 2022

⁶ Див, наприклад Can a Nice Doctor Make Treatments More Effective? Lauren C. Howe and Kari Leibowitz, NewYork Times, Jan 22, 2019

Дослідження показує, що змушена мобільність створює нові можливості для фахівців як за рахунок виведення людей з «зони комфорту», так і за рахунок привнесення потрібних компетенцій в нове середовище (приклад – лікарі з центральних лікарень, які мали там ролі виконавців, отримують від місцевих лікарень кар’єрні пропозиції, що відкривають перспективи професійного розвитку, збільшують соціальний вплив). Окремо слід звернути увагу, що такі “інвестиції” людського капіталу в місцеві лікарні мають потенціал впливу на якість медичних послуг.

“...до нас приїхало багато дуже високооплачуваних спеціалістів з Києва та інших регіонів, ми їх взяли на роботу. І це дало нам можливість провадити більш високоспеціалізовану медичну допомогу, тому що, якщо вже ми маємо тут спеціалістів з інтервенційної хірургії, ми маємо багато хірургів, які займаються судинною хірургією. Ми їх взяли на роботу, вони розвинули нам службу. В нас, якщо брати до війни, то ми дуже додали у наданні медичної допомоги в плані кваліфікації”

представниця влади, тилова громада, серпень 2022

Харківська експертна група спільно з УНС та програмою Громадське здоров'я міжнародного фонду “Відродження” системно досліджує фактори, які впливають на якість медичних послуг, паритетність стосунків лікар-пацієнт, безперервний професійний розвиток лікарів та інші фактори, які впливають на розвиток людського капіталу в охороні здоров'я (<https://health-manifest.online/>). Зокрема, наші дослідження доводять важливість економічної, контрактної свободи лікаря, а також свободи прийняття професійних рішень та запровадження індивідуальної відповідальності лікаря. Масштабна міграція медичного персоналу з початку повномасштабного вторгнення, як вимушена – переселення в безпечні регіони, так і свідома – волонтерство, переїзд на роботу у завантажені шпиталі на лінії фронту, відбувається “поза радарми”. Відсутність реєстру медичних працівників, належної координації медичних закладів та публічної влади створює інформаційний вакуум щодо кількості, місця фактичного перебування та роботи лікарів, що значно ускладнює прийняття управлінських рішень в системі охорони здоров'я.

Застаріле “пострадянське” законодавство “закріпачує” лікаря, оскільки дозволяє йому працювати лише “під ліцензією” закладу на підставі трудового договору, що обмежує фактичну та професійну мобільність лікарів. Лікарі змушені працювати в “сірій зоні” - брати відпустки за основним місцем роботи, влаштовуватись в інші лікарні на волонтерських засадах або без жодного юридичного статусу, що суттєво впливає на їхню мотивацію та ефективність роботи.

Активна релокація лікарів створила потребу у відкритті нових закладів охорони здоров'я та внесенні змін до наявних ліцензій на провадження господарської діяльності з медичної практики. Вчасний прогресивний крок МОЗ / КМУ про декларативний підхід до видачі ліцензій на лікарську діяльність мав позитивний вплив на підвищення доступності медичної допомоги в містах, куди переїжджали досвідчені лікарі, які мали досвід власних практик, або під час релокацій цілих закладів. З невідомих причин ця норма була скасована, але однозначно потребує перегляду і повернення в умовах воєнного стану і для гармонізації з законодавством ЄС.

Аналіз рішень державної влади за період дослідження свідчить про пошук належного рішення, але жодне з прийнятих рішень не вплинуло суттєво на ситуацію.

Стосовно міграції медичних працівників міжнародні експерти загострюють увагу на наступних моментах:

- пошук правильного балансу медичних працівників між 3 зонами, які розрізняються за характером впливу війни: звільнені території після окупації з великим обсягом руйнування, “прифронтові” території, що знаходяться в зоні бойових дій, “тилові” території, що знаходяться далеко від бойових дій та приймають навантаження біженців з прифронтових територій); має сенс розглядати підхід: вища оплата за вищий ризик задля запобігання відтоку у більш спокійні регіони (особливо це стосується лікарів-спеціалістів);
- важливість фінансової підтримки та адвокації прав медичних працівників, які змушені були поїхати через пошкодження/руйнацію закладів;
- з боку керівництва закладів необхідність підтримання постійного зв’язку з лікарями, які поїхали, та створення програм для їх повернення;
- налагодження кращих зв’язків лікарів з діаспорою (візити, конференції), залучення до тренінгів, що буде сприяти більшій мотивації.

НОВІ ПОТРЕБИ ЛЮДЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ (ЗДОРОВ’Я)

Опіка психічним здоров’ям населення завжди була слабкою ланкою вітчизняної системи охорони здоров’я, відповідні стани та фахівці стигматизовані в очах пересічної людини. Війна змусила людей визнати існування тривожних станів та актуалізувала запит на психологічну допомогу. Єдність психічного та соматичного в організмі людини призводить до соматизації психологічних станів. Усе це утворює потужний запит на нові послуги з боку сімейної медицини.

Кожного дня я йду на роботу і мені треба, коли людина до мене приходить в паніці ..., то мені потрібно було випромінювати впевненість, а не страх і трястися від паніки, ні. Мені потрібно було їх заспокоїти і настроїти не допускати ніякої паніки. Мозок повинен працювати холодно. Якщо повітряна тривога, ви повинні чітко знати по пунктах, перше, друге, третє, десяте, що робити, куди ховатися і так далі. Я їм всім це розповідала. ... Я так старалась їх настраювати, і себе в першу чергу. Це тяжко, це тяжко. Але що робити. Мусимо це робити – ми ж лікарі. ... Люди дуже знервовані і виснажені психоемоційно. Починають загострюватися хронічні різні проблеми, гіпертонія, стенокардія, дуже багато безсоння, неврози, істерії, і панічні атаки постійні, схуднення. ...

сімейна лікарка, прифронтowa громада, серпень 2022

Війна принесла велику кількість травм та інвалідизацій, що виникають не тільки внаслідок бойових дій, але й внаслідок надмірних фізичних навантажень для мобілізованих людей старшого

віку, що не звикли до активного способу життя. Усе це посилює запит на послуги фізичної реабілітації з боку медичної системи. Загострення хронічних захворювань очікується також і в силу того, що більшість населення не вважає здоров’я в умовах війни головним пріоритетом (т.зв. відкладене лікування).

Нарешті внаслідок масової мобілізації безпрецедентно збільшилась кількість осіб старшого віку, що пройшли комплексне медичне обстеження (військово-лікарську комісію). ВЛК не тільки визначає придатність людини до військової служби, але й фіксує ключові проблеми зі здоров’ям. Якщо наразі боронять Україну близько 1 млн. осіб⁷ (2,5% населення), то при потенційній додатковій кількості 5,5 млн. осіб⁸ це становитиме 17% населення. Інформація з висновків ВЛК має стати частиною загальної медичної інформаційної системи країни, що сприятиме ефективному лікуванню / реабілітації виявлених проблем зі здоров’ям. Такий обмін інформацією можливий за умови приєднання військових закладів до загальної електронної системи охорони здоров’я.

Вплив повномасштабної війни на надання амбулаторної медичної допомоги в 2022 році: економічний аспект

Важливість такого дослідження зумовлена потребою оцінити вплив війни на попит та пропозицію медичної допомоги з огляду на падіння економіки (реальний ВВП за оцінкою скоротився на 30-32% у 2022 році), шалену міграцію українців за кордон та всередині країни. Останні зміни важливі, оскільки після впровадження медичної реформи у 2018-2020 роках фінансування системи охорони здоров’я відбувається за принципом “гроші ходять за пацієнтом”. Війна вплинула на маршрут пацієнтів, що також треба врахувати при обговоренні можливих змін підходів до фінансування медичних закладів та обсягу такого фінансування з метою підвищення ефективності витрат на охорону здоров’я на тлі значних бюджетних обмежень.

Джерелами інформації про спеціалізовану медичну допомогу є результати аналітичного звіту НСЗУ за першу половину 2022 р., інформація щодо послуг первинної медицини базується на даних дашбордів НСЗУ (які були відкриті у грудні 2022), проведених в межах проекту опитувань та інтерв’ю. З детальним звітом можна ознайомитись [тут](#).

Під час повномасштабної війни система охорони здоров’я України, підтримана виправданими діями уряду, продемонструвала стійкість. Прозорі та зрозумілі підходи до фінансування медичних закладів дозволили отримувати ресурси, необхідні для збереження доступності медичної допомоги для пацієнтів. Надання доступу пацієнтам до медичної допомоги без прив’язки до декларації з сімейним лікарем дозволило пацієнтам незалежно від місця перебування в Україні отримувати медичну допомогу. Реформа охорони здоров’я за принципом “гроші ходять за пацієнтом” є важливим надбанням і повинна продовжуватися.

⁷ <https://www.radiosvoboda.org/a/news-reznikov-mobilizatsiya-zsu/31935149.html>

⁸ <https://www.unian.ua/war/mobilizaciya-v-ukrajini-2022-oleksiy-arestovich-skazav-skilki-lyudey-mozhut-mobilizuvati-11990277.html>

Висновки дослідження економічної сторони діяльності закладів охорони здоров’я:

- Проведена у 2018-2020 роках медична реформа допомогла уряду продовжити прозоре та зрозуміле фінансування системи охорони здоров’я у 2022 році.
- Уряд у 2022 році віддав перевагу стабільному та стійкому фінансуванню закладів охорони здоров’я. Такий підхід уряду до фінансування медичних закладів був адекватним в умовах 2022 року, оскільки допоміг закладам охорони здоров’я продовжити роботу, адаптуватись до нових викликів, зберегти персонал та забезпечити доступність медичної допомоги для пацієнтів. Водночас уже з другої половини 2022 року дещо змінились підходи до фінансування для забезпечення більш ефективного використання обмежених ресурсів та врахування проблем макроекономічного характеру. При цьому подальші зміни можуть бути розроблені з огляду на зміну в мережі закладів та напрацьовані адаптивні механізми роботи. Однак медичну реформу точно не можна згорнути.
- Фактичне скорочення наявного населення в Україні у 2022 році під впливом військових дій суттєво знижує попит на медичні послуги, що важливо враховувати при плануванні послуг та вносити відповідні зміни у розміри фінансування при збереженні принципів фінансування.
- Інформація про активну кількість користувачів медичною допомогою на рівні окремих територій є критичною для бюджетотворення та оцінки ПМГ; відсутність такої об’єктивної інформації – один з ключових викликів системи, на який треба шукати відповідь з активним залученням громад. Водночас змінився і маршрут пацієнтів та зросла частка амбулаторної допомоги, яка надається дистанційно, що збільшило доступність допомоги.
- Дані про кількість укладених декларацій по Україні в цілому не корелюють з даними зовнішньої (грудень 2022 – 7,9 млн) і внутрішньої (5,9 млн) міграції, оскільки пацієнти не поспішають розривати декларації зі своїми сімейними лікарями. В областях, де знаходяться цільові громади Проекту, зміни несуттєві (виняток - Донецька область) (див. [таблицю](#)⁹). Частина лікарів працює дистанційно, а тому отримують оплату праці.

⁹Інформація з дашбордів НСЗУ https://docs.google.com/spreadsheets/d/1gkRK_vKmndV-8E_C5szs2vVG-S_oXBw/edit?usp=sharing&ouid=110180330357892368916&rtopof=true&sd=true

ДЕКЛАРАЦІЇ	ПРИФРОНТОВІ					
	Харківська	% зміни	Чернігівська	% зміни	Донецька	% зміни
01.01.2022	2 232 299	-	853 031	-	1 379 141	-
01.03.2022	2 253 425	0,95%	859 180	0,72%	1 378 701	-0,03%
01.06.2022	2 222 111	-0,46%	850 937	-0,25%	1 341 221	-2,75%
01.09.2022	2 174 086	-2,61%	845 510	-0,88%	1 269 333	-7,96%
ДЕКЛАРАЦІЇ	ТИЛОВІ					
	Івано-Франківська	% зміни	Закарпатська	% зміни	Львівська	% зміни
01.01.2022	1 211 821	-	1 081 931	-	2 273 626	-
01.03.2022	1 217 040	0,43%	1 100 172	1,69%	2 223 843	-2,19%
01.06.2022	1 226 170	1,18%	1 111 179	2,70%	2 285 653	0,53%
01.09.2022	1 233 987	1,83%	1 122 547	3,75%	2 306 410	1,44%

Таблиця. Дані про кількість укладених декларацій. Джерело – НСЗУ

- Дані НСЗУ не підтверджують зв'язку між кількістю декларацій та кількістю звернень пацієнтів/візитів до лікаря первинної ланки, що знову ж таки пов'язано з великою внутрішньою та зовнішньою міграцією як лікарів, так і пацієнтів; при цьому надання онлайн (дистанційних) консультацій також розриває зв'язок між наявним в громаді населенням та кількістю звернень; значної зміни кількості декларацій на лікаря первинного рівня згідно даних НСЗУ також не відбулося.

ЛІКАРІ з деклараціями	ПРИФРОНТОВІ					
	Харківська	% зміни	Чернігівська	% зміни	Донецька	% зміни
01.01.2022	1 563	-	600	-	916	-
01.03.2022	1 578	0,96%	597	-0,50%	915	-0,11%
01.06.2022	1 568	0,32%	594	-1,00%	909	-0,76%
01.09.2022	1 578	0,96%	603	0,50%	902	-1,53%
ЛІКАРІ з деклараціями	ТИЛОВІ					
	Івано-Франківська	% зміни	Закарпатська	% зміни	Львівська	% зміни
01.01.2022	1 094	-	840	-	1 865	-
01.03.2022	1 095	0,09%	848	0,95%	1 859	-0,32%
01.06.2022	1 103	0,82%	857	2,02%	1 863	-0,11%
01.09.2022	1 117	2,10%	866	3,10%	1 907	2,25%

Таблиця. Дані про кількість лікарів з деклараціями. Джерело – НСЗУ

- Важливо, що у 2022 році автономність закладів охорони здоров'я, яку було запроваджено під час медичної реформи, спрацювала на підвищення ефективності роботи закладів та підвищення доступності медичної допомоги для пацієнтів. Так, головні лікарі закладів змогли проявити свої лідерські якості та запровадити фінансові стимули для медичного персоналу, передусім лікарів, які залишились працювати в прифронтових громадах.
- Дані стосовно кількості лікарського персоналу, які існують у ЕСОЗ, не дозволяють отримати реальну картину щодо кількості фактично наявних лікарів на окремих територіях чи у ЗОЗ та тих, хто працює дистанційно.
- За нашими спостереженнями внаслідок міграції сформувалось кілька когорт лікарів:

- лікарі, які залишились в своїх громадах та надають медичну допомогу пацієнтам як офлайн, так і дистанційно;
- лікарі, які виїхали зі своїх громад, але продовжують надавати допомогу пацієнтам, з якими укладені декларації, дистанційно;
- лікарі, які не працюють, але яких не було звільнено (по факту допомогу надають інші лікарі);
- лікарі, які були мобілізовані, але які зберігають за собою робоче місце.

Важливо провести роботу по виявленню кількості лікарів, які працюють виключно дистанційно (в Україні чи за її межами), а також лікарів, які числяться як зайняті у закладах, але не отримують оплати, оскільки переведені в простій (включно з лікарями, які на службі у ЗСУ).

Пропозиції для розвитку системи охорони здоров'я в воєнних та післявоєнних умовах

- **посилення децентралізації на основі місцевого лідерства та ефективної підтримки системи органів державної влади:** вибудова системи інтегрованих послуг населенню навколо місцевих центрів прийняття рішень, посилення ролі громад у реалізації потреб населення в медичних послугах, нові ролі в системі медичних послуг, аналітика та прогнозування мобільності населення, ефективне управління закладами, навчання адміністрації громад роботі з громадським здоров'ям, створення ефективних систем координації між місцевою владою та державними інституціями у питаннях громадського здоров'я;
- **розвиток інтегрованого підходу до послуг**, пов'язаних зі здоров'ям, забезпечення взаємодії між первинною та спеціалізованою медициною, освітою та різними сферами соціальних послуг;
- **інтеграція даних** закладів військової медицини та заключень ВЛК в загальну медичну інформаційну систему країни для підтримання безперервності надання послуг лікування та реабілітації демобілізованих громадян;
- **реабілітація та психічне здоров'я** як нові пріоритети фінансування з боку держави та громади;
- **належна інтеграція мобільних бригад** до надання доступу до медичних послуг на територіях, де відбулися значні руйнування інфраструктури та є нехватка лікарів. Важливо координувати діяльність мобільних бригад з місцевими надавачами медичних послуг, здійснювати обмін інформацією, враховувати економічну складову роботи, та координувати зусилля багатьох паралельних ініціатив з надання мобільної допомоги для ефективного використання ресурсів;

- поступове **розширення функцій практик сімейної медицини та посилення ролі медичних сестер** для наближення фахової медичної допомоги до населення і максимального використання людського ресурсу;
- запровадження **нових ролей в медичній сфері**, зокрема громадських помічників/консультантів зі здоров'я (community health workers, community engagement advisors). Громадські консультанти з догляду та здоров'я призначені відіграти значну роль у просуванні здорового способу життя для окремих груп населення у громаді, координації профілактичної діяльності, організації кращого доступу до соціальних, медичних та оздоровчих послуг для певних груп мешканців громади, інформуванні пацієнтів та їх родин щодо можливостей навчання, самоменеджменту при хронічних захворюваннях, взаємодії з групами пацієнтів, можливостей реабілітації. За міжнародним досвідом ефективність консультантів з догляду та здоров'я в громадах доведена у програмах превенції діабету та серцево-судинних захворювань¹⁰. Консультанти не потребують медичної освіти, а можуть бути навчені дуже швидко при наявності відповідної мотивації. Така допомога покращить пацієнтський досвід та прихильність до лікування та здорового способу життя. Це також сприятиме розвантаженню медичних спеціалістів та створенню нових робочих місць;
- розвиток **інтегрованого підходу до послуг**, пов'язаних зі здоров'ям, забезпечення належної взаємодії між первинною та спеціалізованою ланкою, особливо щодо пацієнтів, які мають такі хронічні захворювання як діабет, гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, психічні порушення, гепатит С. Налагодження раннього виявлення та профілактики хронічних захворювань, для ефективного контролю яких держава гарантує безоплатні ліки та медичну допомогу - ключовий момент для попередження передчасної інвалідизації та смертності від цих захворювань;
- перехід на **оцінювання ефективності та якості медичної допомоги**: наразі основні показники, які відслідковують управлінці на рівні громад та відділів/ департаментів ОЗ, не часто стосуються ефективності медичної допомоги, у той час як аналіз змісту звернень пацієнтів, причин відкладених звернень може підказати, які ефективні заходи варто організувати закладам охорони здоров'я на рівні громади, щоб зменшити бар'єри та вчасно надати необхідну медичну допомогу чи вжити заходи з профілактики. Ця зміна є необхідною для переходу від оцінки кількісних параметрів надання медичної допомоги до оцінки її впливу на здоров'я окремої людини та в громаді в цілому;
- фактичне **скорочення наявного населення** в Україні у 2022 році під впливом військових дій суттєво знижує попит на медичні послуги, що **важливо враховувати** при замовленні послуг;

¹⁰<https://www.thecommunityguide.org/findings/diabetes-management-interventions-engaging-community-health-workers.html>

- **створення реєстру людського капіталу** в охороні здоров'я, як такого, що має стратегічне значення та покликано змінити спосіб державного регулювання лікарської діяльності та діяльності медичних практик;
- **зміни у способі державного регулювання лікарської діяльності та медичної практики** для забезпечення мобільності надання медичної допомоги, що дозволить зробити систему охорони здоров'я більш гнучкою у реагуванні на нові виклики, пов'язані з воєнним та повоєнним станами, підвищити мотивацію лікарів та удосконалити контроль держави за якістю та доступністю медичних послуг та захисту прав пацієнтів:
 - впровадження **реєстру лікарів** та видачі лікарям **індивідуальних свідоцтв на право здійснення лікарської діяльності** шляхом цифрових рішень та використання порталу Дія, що визначить реальну правосуб'єктність лікаря, позитивно вплине на відносини лікаря та пацієнта та сприятиме підвищенню якості та безпеки медичної послуги;
 - змінення способу державного регулювання медичної практики, наразі це ліцензування, на більш ефективний і такий, що відповідатиме вимогам часу - декларування; Кабінет Міністрів України постановою № 314 від 18.03.2022 «[Деякі питання забезпечення провадження господарської діяльності в умовах воєнного стану](#)» вже здійснював заміну ліцензування на декларування, у тому числі і для медичної практики;
- запровадження **активної комунікації державних інституцій (МОЗ, НСЗУ) з відповідними інституціями країн партнерів**, зважаючи на перебування більш ніж восьми мільйонів українських громадян в інших країнах Європи¹¹ та враховуючи, що майже п'ять мільйонів мають офіційний зареєстрований статус тимчасового захисту в країнах Євросоюзу¹². Предметом такої комунікації має стати обмін інформацією щодо стандартів надання допомоги, інфекційного контролю, вакцинації, особливостей фінансування тощо. Це має допомогти інституціям приймаючих країн більш ефективно налаштувати піклування про наших громадян в медичній сфері. Крім того доцільно подбати про пряму комунікацію з громадянами щодо особливостей програми медичних гарантій на 2023 рік. Це буде корисно тим українцям, які наразі планують повернення до України, для ухвалення такого рішення та планування своїх подальших дій, а також буде мати велике психологічне значення, бо свідчитиме про піклування держави про своїх людей.

¹¹ Ukraine refugee situation, UNHCR Operational Data Portal, updated 03 Jan, 2023
<https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>

¹² ibid

Матеріал підготовлено за підтримки Європейського Союзу та Міжнародного Фонду «Відродження» в межах грантового компоненту проекту EU4USociety. Матеріал відображає позицію авторів і не обов’язково відображає позицію Міжнародного фонду «Відродження» та Європейського Союзу.