

ДОСТУП ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ



АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ
КИЇВ, 2024 РІК



ЗМІСТ

3	«MÉDICOS DEL MUNDO» В УКРАЇНІ
4	АНОТАЦІЯ
5	СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ: ВІД КРИЗИ 90-Х РОКІВ ДО РЕФОРМУВАННЯ
10	СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ЕКЗАМЕН НА СТІЙКІСТЬ ПІД ЧАС ВІЙНИ
21	РЕКОМЕНДАЦІЇ
23	АБРЕВІАТУРИ
24	СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

«MÉDICOS DEL MUNDO» В УКРАЇНІ

«Médicos del Mundo» - це незалежна асоціація, яка працює над тим, щоб право на здоров'я стало реальністю для всіх людей, особливо тих, хто живе в умовах бідності, гендерної нерівності та соціальної ізоляції або є жертвами гуманітарної кризи. «Médicos del Mundo» - це медична гуманітарна організація, яка працює з вразливими, ізольованими групами населення або жертвами стихійних лих, голоду, хвороб, збройних конфліктів чи політичного насильства. Ми віримо, що право жертв на медичну допомогу має переважати над будь-якими іншими міркуваннями. «Médicos del Mundo» є іспанським відділенням міжнародної мережі «Doctors of the World», глобальної мережі з 17 організацій, які прагнуть надавати допомогу, бути свідками та сприяти соціальним змінам.

У 2015 році «Médicos del Mundo» розпочала гуманітарну інтервенцію на сході України, щоб забезпечити доступ до медичних послуг для найбільш вразливих груп населення, включаючи людей похилого віку та людей

з хронічними захворюваннями. Однією з основних цілей «Médicos del Mundo» є своєчасне надання якісних послуг населенню в рамках первинної медико-санітарної допомоги, охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, а також протидія гендерно зумовленому насильству. «Médicos del Mundo» працює з найбільш уразливими громадами в Чернігівській, Харківській, Київській та Запорізькій областях, охоплюючи території, що постраждали від бойових дій або приймають велику кількість внутрішньо переміщених осіб, в умовах значного навантаження та пошкодження системи охорони здоров'я через війну.

Організація «Médicos del Mundo» захищає права всього населення на доступ до системи охорони здоров'я, приділяючи особливу увагу вразливим групам, таким як внутрішньо переміщені особи, люди похилого віку, люди з інвалідністю або з обмеженою мобільністю.

Цей аналітичний звіт є частиною проекту «Забезпечення доступу до комплексних медичних послуг для постраждалого від конфлікту населення, у тому числі для найбільш вразливих груп (люди похилого віку, люди з обмеженими можливостями, особи, які пережили гендерно зумовлене насильство) серед місцевого населення та внутрішньо переміщених осіб у найбільш уражених районах», що фінансується Генеральним директором з питань цивільного захисту та гуманітарної допомоги в Європі. Європейський Союз, разом з країнами членами, є лідером з надання гуманітарної допомоги у глобальному вимірі. Підтримка у відповідь на кризові ситуації є способом вираження солідарності ЄС зі всіма, хто її потребує. Вона спрямовується на порятунок життів, запобігання та полегшення людських страждань, збереження цілісності та людської гідності постраждалих від стихійних лих та техногенних криз народів. Через Генеральний директорат з питань цивільного захисту та гуманітарної допомоги в Європі (ЕЧО) Європейський Союз щороку допомагає мільйонам жертв конфліктів та катастроф. Маючи штаб-квартиру в Брюсселі та глобальну мережу представництв на місцях, ЄС надає підтримку найбільш вразливим верствам населення, орієнтуючись на їх гуманітарні потреби.





© Petro Chekal

АНОТАЦІЯ

Мета цієї аналітичної записки - надати медичним працівникам, міжнародним донорам, міжнародним організаціям, національним та місцевим органам влади науково обґрунтовані рекомендації для покращення сектору охорони здоров'я в Україні та підвищення його стійкості, з акцентом на сільських громадах, що постраждали від війни.

Ця аналітична записка була розроблена спільно з Харківським інститутом соціальних досліджень. Зокрема, інститут долучився до проведення кількісних та якісних досліджень у вибраних громадах

Запорізької та Харківської областей. Збір даних здійснювався шляхом опитування членів громад (проведення анкетування членів громад з метою оцінки проблем та потреб у сфері охорони здоров'я) та кількісного опитування ключових інформантів і лідерів громад (з метою оцінки рівня задоволеності, проблем та бар'єрів, пов'язаних з наданням медичних послуг медичними працівниками, а також лідерами громад, та їхнього сприйняття). Зазначені опитування та інтерв'ю були проведені у Великобурлуцькій громаді (Харківська область) та Широківській громаді (Запорізька область).



© Petro Chekal

СІЛЬСЬКА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ: ВІД КРИЗИ 90-Х РОКІВ ДО РЕФОРМУВАННЯ

1990

У 1990 році Верховна Рада Української РСР прийняла Закон «Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в народному господарстві»¹. Цей Закон на десятиріччя вперед визначив умови пріоритетного розвитку соціальної сфери села та агропромислового комплексу. Цим Законом (у статті 6) держава зобов'язувалась інвестувати у розвиток соціальної сфери, у тому числі у систему охорони здоров'я у сільській місцевості. Спорудження об'єктів охорони здоров'я здійснювалось за рахунок державного і місцевого бюджетів. Україна як держава також зобов'язалась створити сприятливий інвестиційний клімат для приватних підприємств, які забезпечують розвиток сільських медичних закладів. Такі підприємства звільнялися від податків на ту частину доходів, що витрачається на розвиток соціальної сфери. Цей Закон є чинним.

1990- 1999

У 1991 році Верховна Рада УРСР ухвалила Акт проголошення незалежності України. Це рішення розпочало нову віху в історії сучасної України. Разом з тим період незалежності ознаменував собою початок важкої економічної, соціальної кризи, яка тривала майже десятиліття. Особливо криза вплинула на сільське населення. **У 1990-1999 роках** спад виробництва сільськогосподарської продукції (у 2,1 рази) став загрозливим для продовольчої безпеки. Бідність, трудова міграція, безробіття, занепад соціальної інфраструктури, демографічна криза та відмирання сіл – найгостріші проблеми 90-тих років.

Калорійність середньодобового споживання в розрахунку на одну особу зменшилася в 1999 році на 29 відсотків (порівняно з 1990 роком) і становила 2565 ккал, наблизившись до міжнародного критерію з порогу бідності (2500 ккал)².

¹ «Закон України. Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в народному господарстві» // Відомості Верховної Ради УРСР (ВВР). № 45. – 1990. – С. – 602. // Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/400-12#Text>, відвідано 26.02.2024.

² «Постанова від 19 вересня 2007 р. № 1158 Про Затвердження Державної Цільової Програми Розвитку Українського Села на період до 2015 року» // Кабінет Міністрів України. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1158-2007-%D0%BF?lang=en#Text>, відвідано 26.02.2024.

³ «Заклади Охорони Здоров'я та Захворюваність Населення України у 2017 році», О. Кармазін. // Державна служба статистики України. – 2018. Електронний ресурс: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf, відвідано 26.02.2024.

1990- 1999

У 1995 році Державна служба статистики України³ зафіксувала дуже високі показники дитячої смертності. Коефіцієнт смертності дітей у віці до 1 року склав 14,7%. Також було зафіксовано низький рівень тривалості життя: 66,8 років.

Рівень народжуваності сільського населення в розрахунку на 1000 осіб знизився з 13,7 до 9,4 осіб, рівень смертності підвищився з 14,4 до 20,5 осіб.

Відсутність роботи, доступу до системи охорони здоров'я, освіти змусили сільську молодь масово мігрувати у великі міста або за кордон. Це стало основною причиною деградації українських сіл.

2007

У 2007 році Кабінет Міністрів України постановив затвердити «Державну цільову програму розвитку українського села на період до 2015 року»⁴. Вперше на національному рівні держава закріплювала в правовому полі пріоритетність розвитку у сільській місцевості закладів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги на засадах сімейної медицини.

Зокрема, у програмі передбачили розвиток медичного обслуговування шляхом:

- формування та забезпечення на селі системи надання медичної допомоги населенню на засадах сімейної медицини;
- забезпечення рівного доступу до надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги сільським жителям шляхом створення фельдшерсько-акушерських пунктів у селах з населенням понад 500 осіб; реорганізації фельдшерсько-акушерських пунктів, які здійснюють обслуговування понад 1000 осіб, в амбулаторії загальної практики сімейної медицини та їх належному оснащенню.

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

Сімейна медицина - це медична спеціальність в рамках первинної медичної допомоги, яка забезпечує безперервну та всебічну медичну допомогу людині та сім'ї різного віку та статі. Спеціаліст, який зазвичай є лікарем первинної ланки, називається сімейним лікарем. Цей підхід часто називають загальною практикою, а лікаря - лікарем загальної практики.

ФАП: Фельдшерсько-акушерський пункт (далі - ФАП) є структурним підрозділом амбулаторії центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі - ЦПМСД), що забезпечує надання долікарської медичної допомоги населенню. ФАП перебуває у віданні лікаря, до якого прикріплені жителі населеного пункту. Під час реформи системи охорони здоров'я в Україні у новому законодавстві не включили таке поняття як фельдшерсько-акушерський пункт.

ФЕЛЬДШЕР: Сучасна Україна отримала ФАПів у спадок від радянської системи охорони здоров'я. Кадровою основою ФАПів були фельдшери. У медичній ієрархії фельдшер знаходився між лікарем і медсестрою. Це фахівець, який здобув середню спеціальну медичну освіту. На відміну від медсестри фельдшер може ставити діагнози та проводити лікування. Але порівняно з лікарем фельдшеру бракує кваліфікації, тому він працює під його контролем. У 2017 році в Україні посаду фельдшерів скасували. Колишніх фельдшерів перевели на посаду медичної сестри.

СТАТИСТИКА

За даними Кабінету Міністрів України⁵, станом на 2017 рік 13 мільйонів українців мешкали у селах. Це 33 відсотки від загальної кількості населення, що проживали в Україні на той період часу. Однак у 2017 році сільська медицина досі фінансувалась за залишковим принципом. У сільських амбулаторіях та ФАПах не було найнеобхідніших умов. Наприклад, у 71% українських ФАПів було відсутнє водопостачання, у 75% - не було водовідведення, у 82% сільських амбулаторіях були відсутні санвузли. 23 тисячі сіл і селищ мали 4 тисячі амбулаторій та 12 700 ФАПів.

⁴ «Постанова від 19 вересня 2007 р. № 1158 Про Затвердження Державної Цільової Програми Розвитку Українського Села на період до 2015 року» // Кабінет Міністрів України. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1158-2007-%D0%BF?lang=en#Text>, відвідано 26.02.2024.

⁵ «МОЗ: Ухвалено законопроект про сільську медицину» // Кабінет Міністрів України. Урядовий Портал. - 2017. Електронний ресурс: <https://www.kmu.gov.ua/news/250421782>, відвідано 26.02.2024.

2017

Система охорони здоров'я, яка дісталась Україні у спадок від СРСР, більше не витримувала критики. У 2016-2017 роках Україна перейшла до етапу розробки медичної реформи. Ці дії передбачали реформування системи медицини у три етапи. Перший етап – реформування первинної ланки системи охорони здоров'я, створення інституту сімейних лікарів замість дільничних педіатрів та терапевтів. Другий етап – реформування стаціонарів та поліклінік вторинної ланки. Третій – реформування державних медичних центрів та науково-медичних інститутів. Одночасно йшла реформа медицини невідкладних станів, екстреної медичної допомоги, а також психіатричної служби, фтизіатрії.

У жовтні 2017 року Верховна рада України прийняла законопроект 6327 «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»⁶. Закон ознаменував зміну підходів до фінансування медичної допомоги. Зокрема, запровадження так званого принципу «гроші ходять за пацієнтом». Цим Законом передбачалось, що після впровадження реформи пацієнти зможуть обирати заклад та сімейного лікаря. Один такий лікар зможе обслуговувати до двох тисяч пацієнтів. За кожного пацієнта держава зобов'язалась платити 210 гривень на рік (у 2022 році капітаційна ставка, тобто виплата медичному закладу за кожного пацієнта з декларацією, зросла до 786 грн на рік)⁷.

Для впровадження медичної реформи у грудні 2017 року Кабінет Міністрів України затвердив постанову «Про утворення Національної служби здоров'я України»⁸. Основними завданнями новоствореної служби стали реалізація державної політики фінансових гарантій медичного обслуговування населення, виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

14 листопада 2017 року Верховна Рада України прийняла законопроект №7117, метою якого було підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»⁹ був частиною медичної реформи і мав на меті вирішити проблеми сільської медицини: відсутність лікарів, погано обладнані амбулаторії та ФАПі. В рамках законопроекту було виділено 5 мільярдів гривень на підсилення інфраструктури сільської медицини. Зокрема, державні інвестиції планувалось розподілити на будівництво нових амбулаторій, закупівлю автомобілів для лікарів, оновлення обладнання амбулаторій та забезпечення швидкісним інтернетом.

ЕКСПЕРТНА ДУМКА

Однак існує думка деяких дослідників¹⁰, що «прийняття закону спеціальної дії «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» не вирішило головних питань щодо фінансування первинної ланки сільської медицини, якими є фельдшерсько-акушерські пункти та не визначило остаточно суб'єкт, який повинен здійснювати їх фінансове забезпечення».

2018

3 вересня 2017 року у тестовому режимі запрацювала електронна система охорони здоров'я eHealth. eHealth дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти і запобігати зловживанням. У 2018 році Постановою Кабінету Міністрів України затвердили «Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я»¹¹. У тому ж році система охопила первинну ланку медицини — сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів.

У eHealth запровадили 7 реєстрів: реєстр пацієнтів, реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, реєстр суб'єктів господарювання в сфері охорони здоров'я, реєстр медспеціалістів, реєстр працівників охорони здоров'я, реєстр договорів про медобслуговування, реєстр договорів про реімбурсацію.

⁶ «Закон України: Про Державні Фінансові Гарантії Медичного Обслуговування Населення» // Відомості Верховної Ради (ВВР). № 5. – 2018. - С. – 31. / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/2168-19?lang=uk#Text>

⁷ «Майже 2 млрд гривень виплатила НСЗУ закладам первинної медичної допомоги за січень» // Національна служба здоров'я України. Урядовий Портал. – 2022. Електронний ресурс: https://www.kmu.gov.ua/news/majzhe-2-mlrd-griven-viplatila-nszu-zakladam-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-za-sichen_vidvidano-26.02.2024.

⁸ «Постанова: Про утворення Національної служби здоров'я України від 27 грудня 2017 р. № 1101» - 2017. // Кабінет Міністрів України. Урядовий Портал. // Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>, відвідано 26.02.2024.

⁹ «Закон України: Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» // Відомості Верховної Ради (ВВР). № 5. – 2018. - С. – 32. – 2018. / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>, відвідано 26.02.2024.

¹⁰ Кондратьєва І. М. «Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. Державне будівництво.», 2022.No2(32). С.118-127. Електронний ресурс: <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/22473/20703>, відвідано 26.02.2024.

¹¹ «Постанова: Деякі питання електронної системи охорони здоров'я від 25 квітня 2018 р. № 411». // Кабінет Міністрів. / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#n19>, відвідано 26.02.2024.

2018

Система відкрила можливість для створення «єдиного медичного простору» — координації і інтеграції між рівнями медичної допомоги, а також для запровадження нової системи управління якістю послуг.

В тому ж році була введена нова міжнародна класифікація хвороб на первинному рівні ICPC2. Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (International Classification for Primary Care (ICPC2) – це найбільш поширена класифікація, яка використовується на первинній ланці в багатьох країнах світу. Всесвітня організація охорони здоров'я офіційно включила ICPC2 до своєї групи міжнародних класифікацій (WHO-FIC). ICPC2 має близько 1300 кодів, які описують найбільш часті (більше ніж 1 випадок на 1000 пацієнтів на рік) проблеми.

ПУНКТ ЗДОРОВ'Я

У лютому 2018 року Міністерство охорони здоров'я та Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства затвердили Наказ «Про Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги»¹². Зокрема, у цьому документі йшлося про типологію місць надання ПМД.

Було визначено чотири таких заклади:

- Центр ПМД – має не менше 7 лікарів, регулярно діє у населеному пункті, де проживає понад 15 000 тисяч осіб;
- Амбулаторія групової практики – має двох лікарів, регулярно діє у населеному пункті, де проживає від 3 000 тисяч осіб;
- Амбулаторія моно-практики – має одного лікаря, регулярно діє у населеному пункті, де проживає 1500 тисяч осіб;
- Пункт здоров'я – має молодших спеціалістів з медичною освітою та/або лікаря з ПМД, що забезпечує нерегулярне надання ПМД.

Таким чином, цей Наказ вперше сформулював нове поняття про «Пункт здоров'я». На практиці під такі пункти у селах переобладнали колишні ФАПі. Іншими словами «Пункт здоров'я» – користувався старим приміщенням, але відтепер у ньому не було регулярного лікаря чи фельдшера. Тобто лікар з центру надання ПМД відвідував «Пункт здоров'я», приміром, раз на тиждень, щоб провести прийом із своїми задекларованими пацієнтами. Так, наприклад, сталося і в Запорізькій області, де у більшості районів ФАПі замінили на «Пункти здоров'я», а пізніше запустили проект мобільних аптечних пунктів, щоб у людей сільської місцевості був доступ до ліків.

ВІДПОВІДАЛЬ- НІСТЬ ГРОМАД

В рамках реформи децентралізації роль місцевих органів влади у розвитку системи охорони здоров'я зміцнилась. У відповідальність сільських громад перейшло забезпечення ФАПів. Зокрема, це стосувалось забезпечення медичним обладнанням та організацією приміщення (опалення, електропостачання, водовідведення і т.д.) і навіть виплатою заробітної плати фельдшеру.

У 2017 році НСЗУ розпочала процес укладання договорів з ЦПМСД або приватними клініками, що мають ліцензію. У свою чергу ЦПМСД контрахтували лікарів та інший медичний персонал і повністю розпоряджалися отриманими ресурсами. Однак фельдшерів, які були основою кадрового складу ФАПів у сільській місцевості, у переліку посад не було.

До нормативних актів прямої дії, що визначають порядок функціонування ФАПів в Україні можна віднести Положення «Про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт»¹³. Побічно ця ланка сільської медицини згадується також і в Законі України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

¹² «Наказ 06.02.2018 № 178/24: Про затвердження порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» // Міністерство Охорони Здоров'я України / Відомості Верховної Ради УРСР (Ввр). - 1990, № 45, Ст.602. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18/print#n15>, відвідано 26.02.2024.

¹³ «Положення: про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт». – 2016. // Верховна Рада України. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1169-16#Text>, відвідано 26.02.2024.

ЕКСПЕРТНА ДУМКА

Деякі дослідники зазначають¹⁴, що «такий підхід з відсутністю нормативно-правового забезпечення роботи ФАПів є абсолютно хибним, зважаючи на те, що майже третина населення України проживає у сільській місцевості. Умови правового вакууму врегулювання зазначеної проблеми, дефіцит медичних кадрів на селі призводять до закриття ФАПів як первинної ланки сільської медицини та опосередковано впливає, а більше – навіть значно поглиблює демографічну кризу та відтік молоді із сільських територій до інших населених пунктів, таких як об'єднані територіальні громади, де ФАПівська медична допомога відповідає щонайменше критерію доступності. Крім того, й до сих пір залишається невирішеним питання щодо фінансування ФАПів. На законодавчому рівні ця проблема залишається відкритою, а на рівні територіальних органів влади (сільська, селищна рада), особливо в депресивних регіонах з населенням менше 500 осіб ця проблема взагалі є невирішальною не тільки через брак фінансування, а навіть через брак житла для медичних працівників, відсутність інтернету та іншої соціальної інфраструктури».

”

СВІТЛАНА ЛЕЩЕНКО, ДИРЕКТОР ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ «КОРЮКІВСЬКИЙ ЦЕНТР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ», ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСТЬ:

“У нас діє 18 ФАПів, 6 пунктів здоров'я та 4 амбулаторії. Ми обслуговуємо 28 сіл, відстань між якими іноді становить 40 кілометрів. Фельдшерів перевели на посаду медичної сестри. Вони працюють на півставки і отримують зарплату у середньому 6000 гривень на місяць (155 доларів). У пакетах НСЗУ не передбачено фінансування ФАПів. Ці заклади перейшли на фінансування громади. Втім, у сільських бюджетах дефіцит. Тож, ми вимушені платити зарплату медсестрам у ФАПах із нашого загального фонду. Ми максимально намагаємося зберегти ФАПи. Тому що це єдине місце, де людина у селі може купити хоча б ліки, якщо вони терміново знадобляться».

СТАТИСТИКА

Як вже зазначалося, у 2017 в Україні діяло 12 700 ФАПів. За даними державної служби статистики, у 2020 році кількість ФАПів скоротилася до 11 278, у 2021 – до 8708, у 2022 – до 7575.

НА **40%** СКОРОТИЛАСЯ КІЛЬКІСТЬ ФАПІВ В УКРАЇНІ
ЗА П'ЯТЬ РОКІВ

¹⁴ Кондратьєва І. М. «Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. Державне будівництво.», 2022.No2(32). С.118-127. Електронний ресурс: <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/22473/20703>, відвідано 26.02.2024





СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ЕКЗАМЕН НА СТІЙКІСТЬ ПІД ЧАС ВІЙНИ

У 2024 році виповнюється 10 років з моменту початку війни в Україні. Розпочавшись у 2014-му на Сході країни, війна перейшла у повномасштабну фазу у лютому 2022 року.

24 лютого 2022 року. Цей день назавжди змінив історію України. Повномасштабна війна, яка триває уже третій рік, призвела до численних жертв серед мирного населення. Так, за даними Управління Верховного комісара ООН з прав людини, загальна кількість жертв серед цивільного населення з 24 лютого 2022 року до 24 вересня 2023 року - 27 449 осіб: 9 701 загиблих і 17 748 поранених.

Станом на 1 січня 2022 року населення України становило близько 41,167 млн осіб. Після початку війни у лютому 2022 році Україна стикнулася з безпрецедентним рівнем міграції. За даними Українського центру охорони здоров'я, чисельність населення України скоротилася до 31,47 осіб на кінець 2022.

Масова еміграція жіночого населення фертильного віку після 24 лютого 2022 року різко вплинула на народжуваність в Україні: у 2022 році НСЗУ зафіксувала лише 211 тисяч пологів проти майже 262 тисяч у 2021 році. Таким чином, природне скорочення населення України оцінюється приблизно в 50 тисяч осіб у 2022 році.

Бойові дії руйнують економіку та продовольчу безпеку, позбавляючи людей засобів для існування. Війна руйнує критичну інфраструктуру, системи водопостачання та електроенергії, логістику. Війна породжує бідність. З лютого 2022 року 65 % українських домогосподарств зіткнулися зі скороченням доходів, і майже 44 % з них не можуть задовольнити свої основні потреби¹⁵.

У 2023 році будинки, школи, безпечні простори для дітей, системи водопостачання та лікарні продовжували зазнавати ударів та обстрілів.

Бойові дії продовжуються у 2024 році. Мільйони людей позбавлені доступу до базових послуг по всій країні. Так, за прогнозами Управління ООН з координації гуманітарних справ (УКГС ООН)¹⁶, у 2024 році понад 14,6 мільйона людей — близько 40 відсотків населення, яке проживає в Україні — потребуватимуть гуманітарної допомоги. Гуманітарні потреби залишаються найгострішими у східних та південних областях країни. Саме у цих регіонах люди позбавлені доступу до водопостачання, їжі, житла, соціально-правового захисту та послуг з охорони здоров'я. Зокрема, 7,8 мільйонів людей у 2024 році потребуватимуть допомоги в отриманні послуг з охорони здоров'я.

СТАНОМ НА ЛЮТИЙ 2024 РОКУ, ЗГІДНО ДАНИХ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ДАЛІ ВООЗ)¹⁷, ЗДІЙСНЕНО 1643 АТАКИ НА СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.

Згідно «Плану гуманітарних потреб і реагування», що було розроблено УКГС ООН, у 2024 році кластер охорони здоров'я надасть підтримку 3,8 мільйона людей. Гуманітарні заходи реагування в галузі охорони здоров'я України на 2024 рік будуть спрямовані на людей з найгострішими потребами серед ВПО, непереміщених людей і людей, які повернулися до місць постійного проживання. При визначенні рівня гостроти потреб застосовується географічний підхід, що враховує гендерні аспекти, щоб зосередити увагу на областях, найбільш постраждалих від війни, з наданням пріоритету сільським районам і районам з високим ризиком в межах цих областей, де проживає найуразливіше населення і де системи охорони здоров'я зазнають найбільшого впливу.

¹⁵ «План гуманітарних потреб і відповіді на 2024 рік. Україна». – С. 113. // Управління ООН з координації гуманітарних справ.

¹⁶ «План гуманітарних потреб і відповіді на 2024 рік. Україна». – С. 113. // Управління ООН з координації гуманітарних справ.

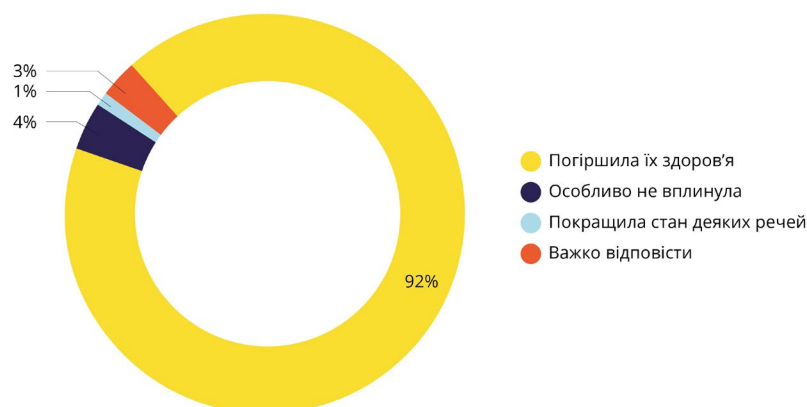
¹⁷ Система спостереження за атаками на систему охорони здоров'я (SSA) // Всесвітня Організація Здоров'я / Електронний ресурс: <https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx>

Війна стала безпрецедентним випробуванням на стійкість всієї системи управління та функціонування інститутів в Україні. У тому числі це було випробуванням для системи охорони здоров'я та власне для здоров'я жителів України. Особливо для тих, що проживають близько до лінії фронту. У двох з таких громад провів опитування Харківський інститут соціальних досліджень. Це Великобурлуцька громада у Харківській області та Широківська громада у Запорізькій області.

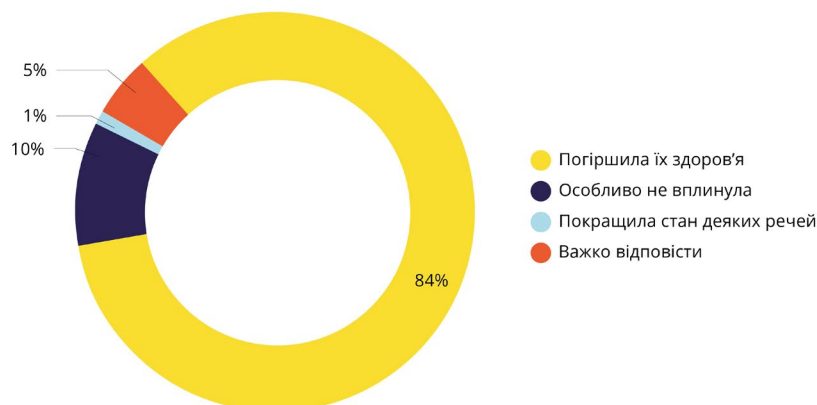
Будівля центральної районної лікарні Великого Бурлука отримала значні пошкодження через удар двома авіаційними бомбами. Це сталося у лютому 2024 року, вже після проведення опитування. Центральна районна лікарня Великого Бурлука – виконувала одну із найважливіших функцій у цій громаді та забезпечувала доступ до послуг охорони здоров'я. Після руйнування будівлі лікарні ситуація із доступом населення до послуг охорони здоров'я у Великобурлуцькій громаді може значно погіршитися.

Очевидно, що два роки війни негативно вплинули на здоров'я українців. Наприклад, Великобурлуцька громада багато місяців знаходилась під контролем російських військ у 2022 році і тепер перебуває у постійній небезпеці через близькість до лінії фронту. Переважна більшість (92%) опитаних жителів Великобурлуцької громади стверджують, що повномасштабна війна погіршила стан здоров'я людей (Рис. 5.1, Додаток 1).

«Як, на вашу думку, повномасштабна війна вплинула на здоров'я мешканців вашої громади?»



Майже те саме відповіли і мешканці Широківської громади у Запорізькій області. 84 відсотки респондентів вважають, що війна погіршила їх здоров'я. (Рис. 5.1, Додаток 2).

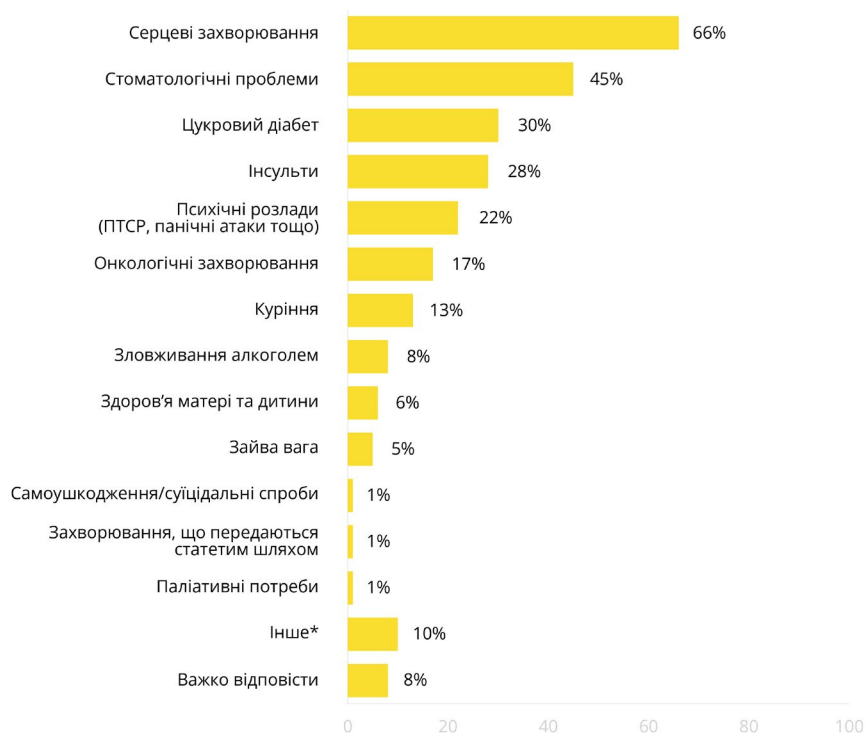


ПОГІРШЕННЯ ЗДОРОВ'Я

Війна безпосередньо вплинула на погіршення стану здоров'я українців. Згідно з опитуванням ВООЗ щодо впливу війни у 2023 році, лікарі спостерігають зростання кількості пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), психічними розладами.

Опитування Великобурлуцької громади Харківської області на початку 2024 року також підтвердило дані ВООЗ. Основною проблемою здоров'я мешканців Великобурлуцької громади є серцево-судинні захворювання. На другому місці за поширеністю - проблеми із зубами. Значна частина мешканців громади вважає такими проблемами діабет, інсульти, онкологічні захворювання та психічні розлади, зокрема ПТСР, панічні атаки тощо (Рис. 3.6, Додаток 1). Відносно частіше більшість з цих проблем згадують жінки, водночас чоловіки відносно частіше називають куріння важливою проблемою. Серцево-судинні захворювання більше турбують людей старшого віку, стоматологічні проблеми найбільш актуальні для мешканців громади середнього віку, а молодь відносно частіше відзначає проблеми, пов'язані з курінням, вживанням алкоголю та репродуктивним здоров'ям (здоров'ям матері та дитини). Загалом респонденти з різних соціально-демографічних груп мають схожі пріоритети у визначенні найважливіших проблем здоров'я населення громади.

«Які основні проблеми зі здоров'ям ви бачите у своїй спільноті?»



ОСНОВНІ БАР'ЄРИ ДОСТУПУ ДО ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Війна створила численні виклики для надання первинної медичної допомоги (ПМД). Згідно з оцінкою потреб у медичній допомозі¹⁸, проведеною у квітні 2023 року ВООЗ, 61% тих, хто прагнув отримати доступ до ПМД, зіткнулися з труднощами в цьому. Основними бар'єрами були вартість ліків або лікування, часові обмеження та брак транспорту. Особливо це стосується сільської місцевості. У минулому ФАПі надавали послуги та видавали основні лікарські засоби в районах, де не було аптек. Однак з впровадженням медичної реформи та змінами у фінансуванні ці заклади могли припинити свою діяльність. Крім того, інфраструктура громадського транспорту погіршилася внаслідок війни, що значно ускладнило доступ населення до ПМД через дефіцит пального та збільшення витрат.

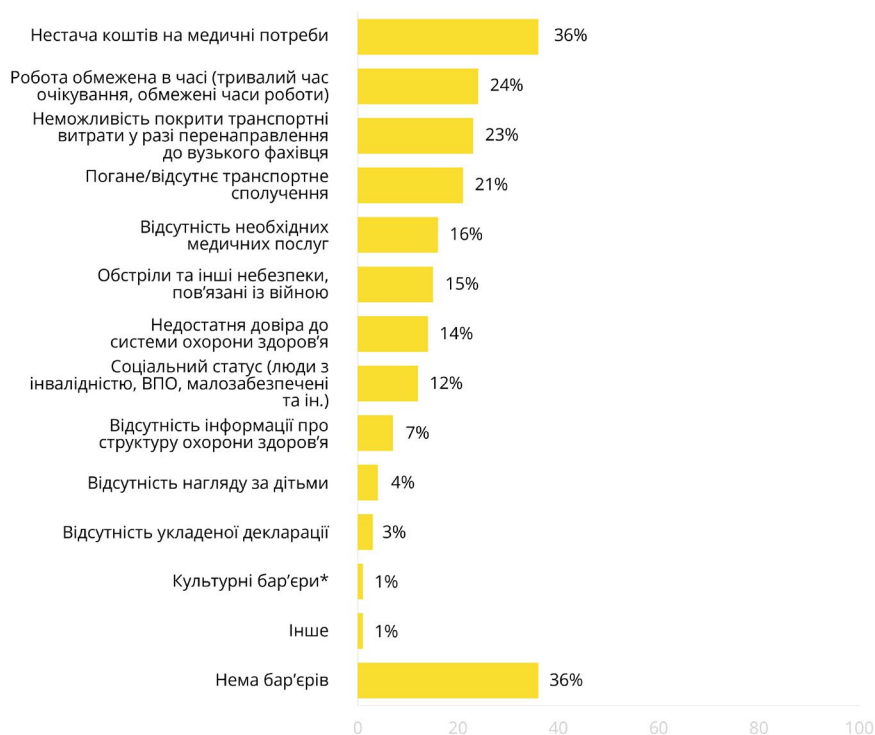
Погані транспортні зв'язки між населеними пунктами в межах громади та іншими населеними пунктами в регіоні також є проблемою. Нарешті жителі громади далеко не завжди можуть отримати необхідну медичну допомогу через відсутність таких медичних послуг у громаді (Рис 4.1, Додаток 1).

¹⁸ «Результати опитування щодо впливу війни на постачальників первинної медичної допомоги, які ще не оприлюднені.» // Всесвітня організація охорони здоров'я. - 2023.

«Які основні проблеми, що заважають отримувати медичну допомогу, коли вона потрібна?»



Ситуація у Широківській громаді значно краще, ніж у Великому Бурлуці. 36 відсотків респондентів там вважають, що у громаді немає бар'єрів доступу до послуг з охорони здоров'я. І ще 36 відсотків думають, що основний бар'єр – це нестача коштів на медичні потреби. (Рис 4.1, Додаток 2)



ДУМКА ЕКСПЕРТІВ

Недостатність фінансових ресурсів, низька якість доріг та транспортного сполучення, витрати на паливно-мастильні матеріали – усі ці чинники значно обмежували доступ до послуг з охорони здоров'я у сільській місцевості і до початку повномасштабної війни в Україні. Внаслідок активних бойових дій вищезазначені бар'єри доступу до системи охорони здоров'я ще більше посилюються. Ситуацію ускладнили атаки на систему охорони здоров'я, руйнування доріг та мостів, замінування територій, пошкодження енергетичних об'єктів. У результаті деякі віддалені села опинилися ще в більшій ізоляції. Очевидно, що такі території потребують особливої уваги з боку уряду, гуманітарних організацій та міжнародних донорів.

КАДРОВІ ВИКЛИКИ

Спеціалісти з охорони здоров'я зазначають, що існує значна нестача медичного персоналу в районах, що найбільше постраждали від війни. Ескалація війни у лютому 22-ого призвела до міграції серед медичних працівників. За даними НСЗУ, загальна кількість медичних працівників зайнятих у національній системі охорони здоров'я скоротилася на 13,7 відсотків у 2022 році порівняно з 2021 роком. У реальних цифрах система охорони здоров'я втратила 89 тисяч медичних працівників лише за один рік¹⁹.

Додатково до проблем міграції додався ще й рекрутинг медичних працівників до армії. Але офіційно в Україні не ведеться облік мобілізованих працівників зі сфери охорони здоров'я.

Окрім того, за даними ВООЗ, кадри ПМД старіють, а підготовка нових лікарів не пристосована до зростаючої ролі ПМД, що розширюється та розвивається. Було встановлено, що наразі є достатня кількість підготовлених фахівців, але віковий профіль лікарів на рівні ПМСД є джерелом потенційного занепокоєння, оскільки половина сімейних лікарів є старшими за 50 років. Низький інтерес молодих фахівців до кар'єри в ПМД історично пов'язаний з низьким сприйняттям престижу цієї спеціальності в минулому.

”

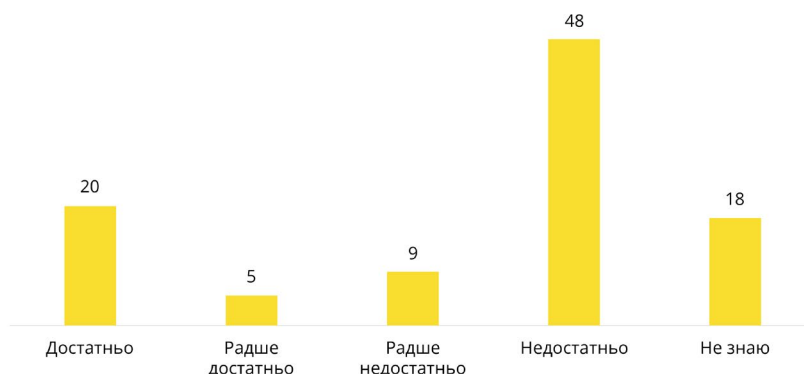
“Війна, території, де ведуться бойові дії - це головна проблема. Забезпечення лікарями, в першу чергу... Будемо працювати над цим, якщо ми будемо закуповувати більше медичного обладнання. Матеріальна база у нас хороша, але не вистачає кадрів. Можливості отримання медичної допомоги обмежені відсутністю транспорту. Шляхів немає, є лише напрямки. Транспорт, особливо з віддалених сіл, не ходить. Не вистачає медичних закладів. У мирний час пацієнт мав можливість обирати медичний заклад. Зараз такої можливості немає, тому що ні Вовчанська, ні Куп'янська лікарні не працюють. Вовчанська працює, але вона евакуйована, далеко від кордону. Тому можливості вибору медичного закладу зараз зменшилися”.

З ІНТЕРВ'Ю З МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ

За результатами дослідження Харківського інституту соціальних досліджень, більшість жителів Великобурулуцької громади вважають, що в громаді не вистачає медичних працівників (Рис. 2.4, Додаток 1). Такі оцінки характерні для всіх категорій населення громади.

Чи достатньо медичного персоналу у вашій громаді?

¹⁹ "Охорона здоров'я під час війни: Вплив повноформатного вторгнення Росії на охорону здоров'я в Україні." // Міжнародний Фонд Відродження. / Агентство Законодавчих Ініціатив. / Український медичний центр. - 2023.



”

“У нас не вистачає сімейних лікарів. У сімейного лікаря має бути від 1800 до 2000 пацієнтів, а мешканців більше. Є ще переселенці, а також Вільховецька громада (вона входила до складу колишнього Великобурлуцького району), якою ми керуємо, і в них взагалі немає лікарні. Тому там бракує лікарів. Охочих їхати в наш прифронтовий район не було і до війни, а зараз тим більше”.

З ІНТЕРВ'Ю З МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ

”

“У центрі громади Великий Бурлук є центральна лікарня, до якої належить поліклінічне відділення та стаціонарне відділення. Також є центр первинної медико-санітарної допомоги, він розташований у поліклінічному відділенні. У селі Приколотне є амбулаторія сімейного лікаря, але там немає сімейного лікаря, лише медсестра, яка виконує ці функції».

З ІНТЕРВ'Ю З МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ

”

“Ще в мирний час почався відтік молодого населення з нашої громади. Це призвело до того, що більшість населення - це люди похилого віку, люди, які не захотіли змінювати свій звичний режим, свої звички, своє місце проживання. Саме тому в нашій країні поширені паліативні захворювання, вікові хвороби - онкологія, хронічні захворювання, "букет" вікових хвороб. Люди частіше хворіють: багато інсультів, гіпертонічна хвороба, яка призводить до інфарктів або порушень мозкового кровообігу, звернення з приводу психічних розладів, стресових ситуацій. Серцево-судинні захворювання, проблеми шлунково-кишкового тракту, проблеми з нирками, печінкою - все це було і в мирний час. Зараз я б не сказав, що це зростання”.

“Перш за все, це серцево-судинні захворювання, гіпертонія, ішемічна хвороба серця”.

З ІНТЕРВ'Ю З МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ

НИЗЬКІ ВИДАТКИ НА ПМД

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, державні видатки на ПМД в Україні є низькими порівняно з іншими країнами Європейського регіону ВООЗ. У 2020 році державні витрати на ПМД, включаючи зовнішнє фінансування, становили 0,75% валового внутрішнього продукту (ВВП). Крім того, витрати на ПМД на одну особу в Україні є найнижчими в регіоні - лише 104 долари США, з яких 26 виділяються з державних джерел. В середньому, державні джерела становлять лише 26% від загальних витрат на ПМД.

²⁰ «Децентралізація та об'єднання громад: збільшення розриву між міським та сільським населенням?». // Центр досліджень продовольства та землекористування (KSE Агроцентр) у Київській Школі Економіки. - 2022. / Електронний ресурс: <https://kse.ua/wp-content/uploads/2022/10/Final-Report-II-part-KAS.pdf>, відвідано 28.02.2024.

ФІНАНСОВА КРИЗА ГРОМАД

Як вже зазначалося, в рамках реформ охорони здоров'я та децентралізації, фінансування ФАПів (Пунктів здоров'я) перейшло у відповідальність громад. Важливо зазначити, що під час війни об'єднані територіальні громади (ОТГ) відчули на собі небувалий фінансовий тиск. Особливо ті, які знаходились чи знаходяться у зоні бойових дій або ті, що приймають ВПО.

Так, до війни місцеві бюджети склали чверть доходів зведеного бюджету. ОТГ змогли зібрати 400 мільярдів гривень. Але війна спричинила масову внутрішню міграцію та зупинку бізнесу, що значно позначилося на місцевих бюджетах. За даними опитування Київської Школи Економіки²⁰, у 2022 році кожна четверта громада, що знаходилася у зоні бойових дій, збрала щонайменше на 50% менше доходів від довоєнних планів. Серед ОТГ, які знаходились поза зоною бойових дій, дві третини відзначили падіння доходів. Як результат, громади стикнулися із потребою продовжувати фінансування освіти, медицини та ЖКГ при падінні надходжень до 70%. Ця ситуація радикально впливає на спроможність місцевих громад утримувати ФАПі.

Так, приміром, викликає занепокоєння інформація, яку співробітники «Médicos del Mundo» отримують під час спілкування зі спеціалістами з охорони здоров'я в одній з прифронтових областей. З початку 2024 року в одній із громад ще не виплатили зарплату співробітникам ФАПів. Раніше ці співробітники отримували зарплату з місцевих бюджетів. У результаті цієї ситуації не виключені звільнення співробітників ФАПів та закриття цих закладів.

ЕКСПЕРТНА ДУМКА

У свою чергу закриття ФАПів під час війни веде до ще більш драматичних наслідків. Роль цих закладів для сільського населення важко переоцінити. Це місце, куди люди звертаються за першою медичною допомогою, де вони мають змогу купити ліки. Це особливо важливо під час ведення бойових дій, коли щодня у цивільного населення є ризик отримати поранення. Ліквідація цих закладів значно погіршить стан здоров'я сільських жителів та навіть може призвести до чергового потоку переміщених осіб.

ДОДАТКОВЕ НАВАНТАЖЕННЯ

Співробітники «Médicos del Mundo», які працюють на місцях, помічають невідповідність навантаження та зарплат для тих медичних працівників, які надають послуги саме сільському населенню.

- Лікар у сільській місцевості щодня змушений долати десятки кілометрів, щоб надати допомогу своїм пацієнтам, які живуть у різних селах. Дистанція між населеними пунктами в Україні може складати й понад 30-40 кілометрів. Додаткове навантаження на усю систему ПМД у сільській місцевості чинить також стан доріг та витрати на бензин. У січні 2022 року (до початку війни) середня вартість бензину становила 31 гривню, у лютому 2024 року – 51 гривню, що на 40 відсотків більше. Відповідно фінансове навантаження на систему ПМД у сільській місцевості може бути набагато більшим, ніж у містах, де пацієнти знаходяться в одному районі в пішохідній доступності. Однак під час розробки медичної реформи для фінансування послуг з охорони здоров'я у сільській місцевості не передбачили ніяких коефіцієнтів фінансових заохочень. Капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта не змінювалась з початку 2022 року, і у 2024 році вона становить 786,65 грн на рік за пакетом «Первинна медична допомога».
- Лікарям у сільській місцевості часто не вигідно утримувати понаднормову кількість пацієнтів. Відповідно до медичної реформи у кожного лікаря є обмеження щодо кількості декларацій із пацієнтами (наприклад, для сімейного лікаря до 2000 декларацій). Згідно з тарифами-2024 Пакетів медичних послуг діють понижувальні коефіцієнти за декларації, що укладені понад встановлені ліміти. Тобто, якщо кількість декларацій, які уклав один лікар, перевищує оптимальну більше, ніж на 10 відсотків, то усі декларації оплачуються із застосуванням понижувальних коефіцієнтів. Додатково, у 2024 році повернувся розширений перелік коефіцієнтів, які застосовують у разі перевищення ліміту декларацій. Медпослуги, надані за деклараціями, поданими після досягнення 150 % ліміту + 1 декларація, НСЗУ не буде оплачувати²¹. Таким чином, у селах, де проживає більше 2000 чоловік, решта населення ризикує залишитися без декларацій, тому що це з фінансової точки зору не вигідно закладу ПМД.

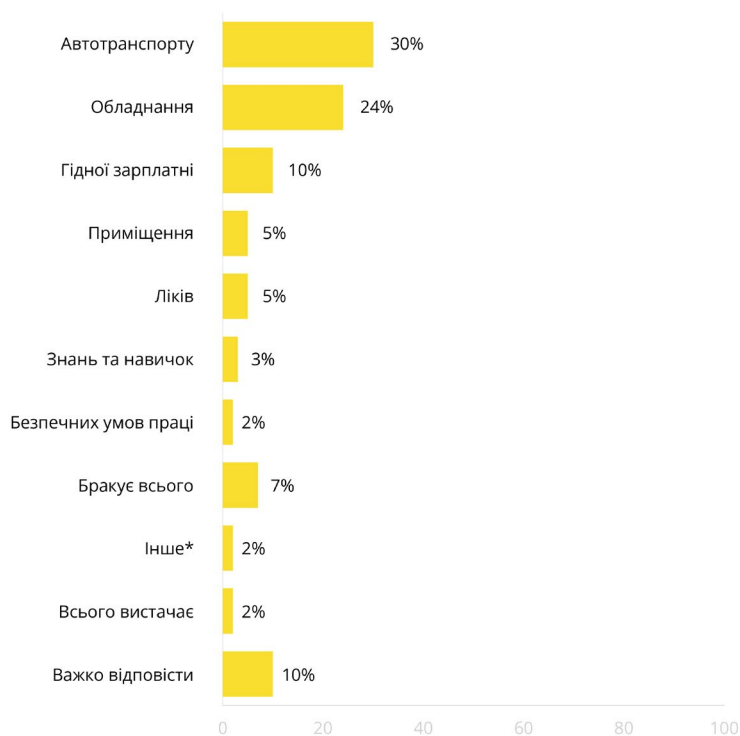
²¹ «Коментар до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, затвердженого постановою КМУ від 22.12.2023 № 139» // Кабінет Міністрів України. – 2024. / Електронний ресурс: <https://ibuhgalter.net/ru/articles/1357>, відвідано 28.02.2024.

**ЕКСПЕРТНА
ДУМКА**

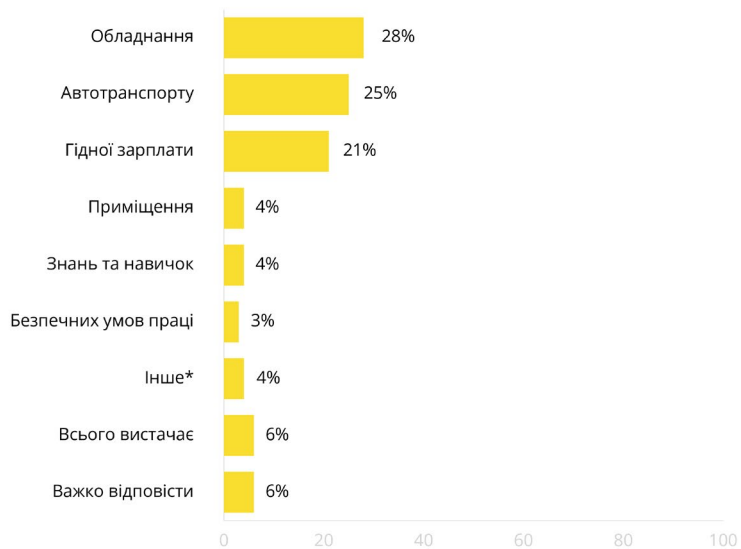
Реформування системи охорони здоров'я призвело до ситуації, у якій виникли нерівні права для жителів сільської місцевості щодо доступу до системи охорони здоров'я. Йдеться про роботу ФАПів чи Пунктів здоров'я на нерегулярній основі. Таким чином, у великих населених пунктах жителі мають майже безперервний доступ до послуг охорони здоров'я. Натомість у сільській місцевості отримати допомогу можна тільки у ті дні, які визначив лікар для відвідування конкретного села. Одночасно з цим реформування системи охорони здоров'я без врахування специфіки сільської місцевості спричинило нерівні умови роботи для працівників охорони здоров'я, які щодня вимушені долати десятки кілометрів для відвідування задекларованих пацієнтів.

Окрім того, складну ситуацію у сільській місцевості ще більше погіршує застосування понижувального коефіцієнта. Очевидно, що ця ситуація потребує негайних змін. Найбільше, на думку мешканців Великобурлуцької громади, фельдшерам у громаді не вистачає транспортних засобів та медичного обладнання. Серед фельдшерів, які працюють у громаді, переважають працівники середнього та передпенсійного/пенсійного віку (Рис. 2.8, Додаток 1). Половина респондентів, які мають доступ до фельдшерсько-акушерського пункту в своєму населеному пункті, не мають уявлення про обсяг його фінансування. Більшість решти вважають, що ФАПу не вистачає фінансування (Рис. 2.9, Додаток 1).

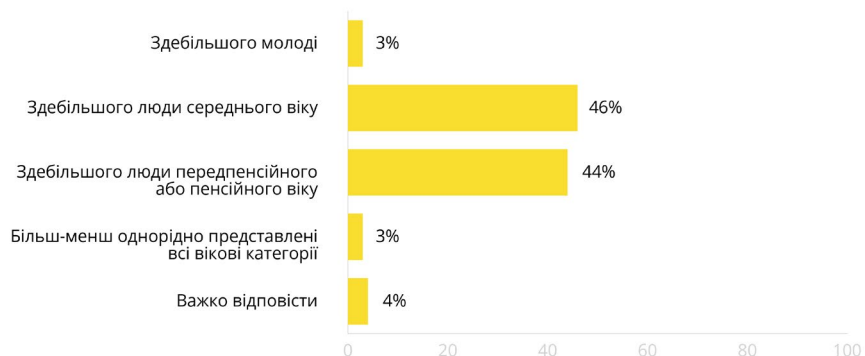
Чого, на вашу думку, найбільше бракує фельдшерам у вашій громаді? Результати Великобурлуцької громади. (Рис. 2.7, Додаток 1)



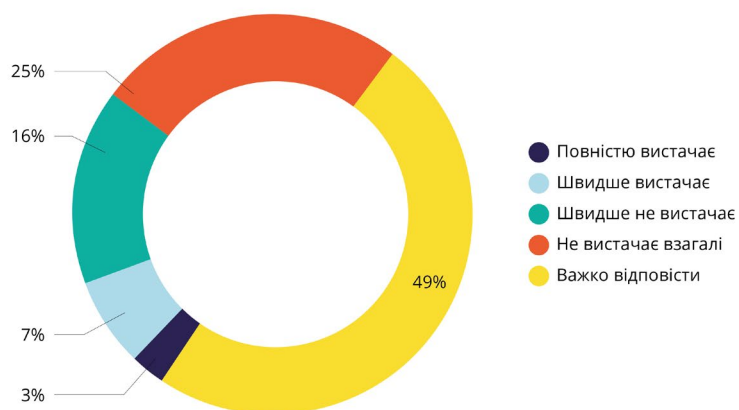
У Широківській громаді Запорізької області (Рис. 2.7, Додаток 2) респонденти вважають, що найбільше фельдшерам не вистачає обладнання (28%), автотранспорту (25%) та гідної зарплатні (21%).



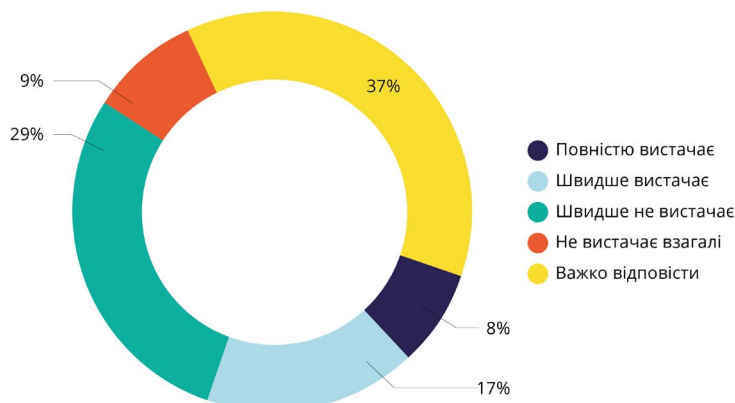
Який середній вік фельдшерів у вашій громаді? (Рис. 2.7, Додаток 1)



Який обсяг фінансування доступний для фельдшерсько-акушерського центру, що обслуговує ваш населений пункт? Результати Великобурлуцької громади. (Рис. 2.9, Додаток 1)



Не дивлячись на те, що загалом результати у Широківській громаді показали набагато кращу динаміку, жителі цієї громади також вважають, що фельдшерсько-акушерським пунктам не вистачає фінансування (38 відсотків). (Рис. 2.9, Додаток 2)



РИЗИК НОВИХ СКОРОЧЕНЬ АБО ЗВІЛЬНЕНЬ

У грудні 2023 року Кабінет Міністрів України ухвалив²² Порядок реалізації програми медичних гарантій на 2024 рік. На програму було виділено 159 мільярдів гривень, що на 16 мільярдів більше, ніж у 2023 році.

Однак за інформацією наших колег, які безпосередньо надають послуги з охорони здоров'я у Запорізькій області, з січня 2024 року лікарі деяких ЦПМСД вищезазначеної області отримують зарплату на 5-6 тисяч гривень менше, ніж зазвичай. Справа у тому, що відповідно до пункту 23 Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 р. № 1394, у 2024 році в Україні стали застосовувати нульовий коефіцієнт. Тобто, у випадку, якщо пацієнти, які уклали з лікарями декларації, протягом 12 місяців не отримували медичних послуг у межах цього закладу, застосовується коефіцієнт «0» до капітаційної ставки. У результаті реалізації цього пункту знизилася фінансування ЦПМСД від НСЗУ. За рахунок цих грошей формувався зарплатний фонд персоналу. Втрата фінансових надходжень веде до ризику скорочень чи звільнення персоналу.

ЕКСПЕРТНА ДУМКА

Запровадження нульового коефіцієнта в умовах вже існуючих бар'єрів доступу до послуг з охорони здоров'я у сільській місцевості породжує замкнене коло. Уразливі групи населення мають проблеми зі здоров'ям, які погіршилися внаслідок війни. Але через географічну ізоляваність люди не можуть звернутися до лікаря. Якщо у лікаря відсутні звернення – застосовується нульовий коефіцієнт і НСЗУ не фінансує такий заклад. Відсутність фінансування – породжує чергове коло, у якому уразливі групи населення на шляху до послуг з охорони здоров'я зустрічаються з новими бар'єрами. Тож, застосування нульового коефіцієнта призводить до руйнування системи охорони здоров'я у сільській місцевості, у результаті чого стан здоров'я людей може ще більше погіршитися. Вищеописані виклики потребують термінового реагування з боку відповідних структур різних рівнів.

ОПЕРАТИВНЕ РЕАГУВАННЯ

Не дивлячись на вищеописані обставини, система охорони здоров'я під час війни показала стійкість. Лікарні та медперсонал не зупиняли роботу у найнебезпечніші моменти цієї війни. Навіть попри те, що часто саме заклади охорони здоров'я ставали об'єктами атак. У перші тижні війни лікарі взяли на себе тягар рятувати поранених в умовах бойових дій. Вони не припиняли операції навіть під час ракетних обстрілів.

Наприклад, у Національній дитячій лікарні «Охматдит» лікарі та медсестри разом з керівництвом більше 50 днів безперервно виконували свої обов'язки навесні 2022 року²³. Вони рятували поранених, роблячи термінові операції. Лікарі облаштовували операційні просто посеред холодних підвалів. Вони самостійно переміщали пацієнтів до бомбосховищ. Надавали не тільки медичну допомогу, а й психологічну. Завдяки самопожертві цих людей у перші тижні війни вдалося врятувати багато життів.

²² «У 2024 р. обсяг медичних послуг, що фінансується державою, збільшиться, - Віктор Ляшко». - 2023. // Міністерство охорони здоров'я України / Урядовий Портал. / Електронний ресурс: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-2024-r-obsiah-medychnykh-posluh-shcho-finansuetsia-der-zhavoiu-zbilshytisia-viktor-liashko>, відвідано 28.02.2024.

²³ «Операції Під Землею: Робота Лікарні "Охматдит" Під Час Війни» - 2023. // Ранок вдома. / Електронний ресурс: https://www.youtube.com/watch?v=IL_AsS2cwus, відвідано 28.02.2024.

За оцінками ВООЗ, «96% закладів охорони здоров'я на підконтрольних Україні територіях, якщо дивитися на всю країну, все ще функціонують. Звичайно, ситуація в різних регіонах відрізняється. Наприклад, у Донецькій області функціонує лише кожен третій заклад, тому доступ до медичної допомоги значно ускладнено. Або коли ми дивимося на Херсонщину, то бачимо: понад 70% закладів мають якісь пошкодження. В 58% закладів пошкоджено обладнання. На сході та півдні медичні заклади зазнають більшої кількості ударів, а тому вони не функціонують», - говорить Керівник Офісу ВООЗ в Україні Ярно Хабіхт²⁴.

Уряд та міжнародні партнери поступово відновлюють заклади охорони здоров'я, які постраждали внаслідок бойових дій. За оцінкою Міністерства охорони здоров'я, для відновлення пошкоджених об'єктів необхідно до мільярда доларів. Світовий банк та ВООЗ оцінюють збитки системи охорони здоров'я в 26 мільярдів доларів²⁵.

Уряд намагався оперативним чином реагувати на ситуацію. За час воєнного стану Кабінет Міністрів України та МОЗ затвердили десятки законодавчих документів, які допомогли системі охорони здоров'я продовжувати надавати допомогу в умовах бойових дій.

- **У березні 2022 року** МОЗ запровадило спрощений доступ до ПМД для внутрішньо переміщених осіб (Наказ МОЗ «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану»)²⁶.
- Також уряд змінив правила виписування рецептів для людей із хронічними хворобами. Зокрема, МОЗ затвердив Наказ «Зміни до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я у період воєнного стану»²⁷. Особливо це було важливо для людей, що хворіють на цукровий діабет. Отримати рецепт стало можливо у лікаря, який надає первинну допомогу, за умови, що електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) містить інформацію про попереднє аналогічне призначення, створене ендокринологом.
- **У липні 2022 року** Верховна Рада України прийняла Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги»²⁸, згідно якого Україну поділять на госпітальні округи та госпітальні кластери. Лікарні будуть поділені на три категорії:
 - загальні: обслуговують понад 40 тисяч населення;
 - кластерні: обслуговують від 120 тисяч населення;
 - надкластерні: охоплюють населення цілого госпітального округу і є центром за такими напрямками, як-от онкологія, кардіологія, психіатрія тощо.

Стійкість системи охорони здоров'я також забезпечили міжнародні гуманітарні організації. Це вдалося у тому числі за рахунок вчасних рішень уряду. Наприклад, Постановою Кабінету Міністрів «Деякі питання провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) у період дії воєнного стану»²⁹ в Україні дозволили відпуск ліків без ліцензій. Ця Постанова значно полегшила діяльність гуманітарних організацій, дозволивши напряму допомагати ліками вразливим групам населення.

Окрім у того, деякі гуманітарні організації успішно реалізують проекти мобільних медичних бригад («Médicos del Mundo» запустила такий проект у Київській, Чернігівській, Запорізькій та Харківській областях). Такий підхід значно знижує навантаження на усю систему охорони здоров'я та розширює доступ до ПМД серед сільського населення.

²⁴ Левченко, Анна «Потреби В Системі Охорони Здоров'я Зростають Через Війну - керівник Офісу ВООЗ в Україні» - 2023. // Interfax-Україна. / Електронний ресурс: <https://interfax.com.ua/news/interview/946050.html>, відвідано 28.02.2024.

²⁵ Коваленко, Сергій. «Війна Поставила Перед Системою Охорони Здоров'я Нові Виклики» - 2023. // Голос України / Електронний ресурс: <http://www.golos.com.ua/article/368390>, відвідано 28.02.2024.

²⁶ «Наказ 17.03.2022 № 496 про: Деякі Питання Надання Первинної Медичної Допомоги В Умовах Воєнного Стану» // Міністерство Охорони Здоров'я України / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text>, відвідано 28.02.2024.

²⁷ «Наказ № 727 за № 504/37840: Про затвердження Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я у період воєнного стану». - 2022. // Міністерство Охорони Здоров'я / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0504-22#n25>, відвідано 28.02.2024.

²⁸ «Закон України: Про Внесення Змін До Деяких Законодавчих Актів України Щодо Удосконалення Надання Медичної Допомоги» // Верховна Рада України / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>, відвідано 28.02.2024.

²⁹ «Постанова від 7 травня 2022 р. № 542 про: Деякі питання провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) у період дії воєнного стану». - 2022. / Кабінет Міністрів України / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/542-2022-%D0%BF#n2>, 28.02.2024.



© Petro Chekal

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Доступ до охорони здоров'я в сільській місцевості під час війни в Україні сьогодні суттєво обмежений. Особливо в тих громадах, що розташовані поблизу лінії зіткнення. Оскільки на таких територіях мають місце атаки на систему охорони здоров'я та на критичну інфраструктуру (наприклад, транспортні шляхи, енергетичні об'єкти і так далі).

Заходи, вжиті українським урядом для забезпечення доступу в умовах війни, не змогли подолати величезні людські, економічні та системні виклики, які створює криза такого масштабу.

Водночас існують структурні умови, зумовлені довоєнним станом системи охорони здоров'я, які сприяли обмеженню доступу до медичної допомоги, особливо в сільській місцевості, такі як брак медичного персоналу, недостатній бюджет на охорону здоров'я та політика, пов'язана з фінансуванням системи охорони здоров'я в контексті реформи децентралізації.

У свою чергу працівники охорони здоров'я стикаються з необхідністю виконувати свою роботу в умовах підвищеного ризику і часто з недостатніми ресурсами. Наведені нижче рекомендації мають на меті запропонувати стратегії посилення стійкості системи охорони здоров'я та доступу до послуг охорони здоров'я в нинішніх умовах, а також структурні заходи, які ми вважаємо необхідними для того, щоб забезпечити можливість і сталість доступу навіть у короткостроковій перспективі.

ДЛЯ ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ

- Сприяти проведенню відкритих діалогів на рівні громади для того, щоб виявляти потреби та спільно розроблювати стратегії розвитку системи охорони здоров'я у сільській місцевості. Запровадити регулярний моніторинг та збір інформації про потреби у послугах з охорони здоров'я на рівні громади. У тому числі здійснювати регулярний моніторинг кількості декларацій у кожній зоні (у зв'язку із запровадженням понижувальних коефіцієнтів).
- Регулярна систематизація вищеприписаної інформації для адвокації перед відповідними інстанціями.
- Сприяти запровадженню звітності на рівні Центру Первинної Медико-Санітарної Допомоги (ЦПМСД) щодо аналізу реалізації пункту 23 Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 р. № 1394, про нульовий коефіцієнт. Моніторинг таких індикаторів як обсяг втраченого фінансування, кількість скорочених посад, вплив на людей, які не мають доступу до послуг через перевантаження персоналу або відсутність доступу до декларацій у цій місцевості. Збір ключової інформації для адвокації перед МОЗ та НСЗУ.
- Адвокація справедливих умов доступу до сфери охорони здоров'я для населення сільської

місцевості, включаючи прямі та опосередковані чинники, що визначають доступ до послуг охорони здоров'я.

- Сприяти підвищенню обізнаності громади стосовно бюджету, який виділений на потреби місцевих закладів охорони здоров'я (ФАПу).
- Активізувати зусилля для пошуку додаткової підтримки та підвищення стійкості системи охорони здоров'я у сільській місцевості під час конфлікту через заохочення донорів, благодійних організацій або залучення внесків громад.
- Спрямувати зусилля для пошуку фінансових ресурсів для мотивації персоналу системи охорони здоров'я в сільській місцевості та збільшення кількості медичних співробітників, особливо на рівні первинної медичної допомоги.

ДЛЯ ОРГАНІВ МІСЦЕВОЇ ВЛАДИ

- Моніторинг, звітність та оприлюднення офіційних даних щодо доступу до послуг з охорони здоров'я з розподілом за територіями, включаючи специфічні наслідки, спричинені війною.
- Сприяти забезпеченню рівного доступу до послуг з охорони здоров'я, враховуючи специфіку сільської місцевості, таку як дефіцит бюджетів місцевих громад, географічна віддаленість та специфічні обмеження в доступі, спричинені війною.
- Розглянути можливість зміни підходу до фінансування ФАПів шляхом виділення державних субвенцій для громад чи фінансування цих закладів за рахунок державного бюджету.
- Розглянути можливість зміни підходу до фінансування медичної допомоги у сільській місцевості. Зокрема, розробити механізм збільшення капітаційної ставки у сільській місцевості шляхом застосування спеціального коефіцієнта оплати послуг за пакетами НСЗУ, який би врахував додаткове навантаження на систему охорони здоров'я у сільській місцевості (зокрема, відстань між населеними пунктами, витрати на бензин та ремонт автотранспорту).
- Розглянути можливість збільшення кількості укладених декларацій із пацієнтами у сільській місцевості (більше ніж 1800 чи 2000) без застосування понижувального коефіцієнта.
- Розглянути можливість відміни застосування нульового коефіцієнта системи охорони здоров'я у сільській місцевості.
- Сприяти адвокації, підвищенню обізнаності та просуванню пріоритетності психічного здоров'я та емоційного благополуччя, а також сексуального та репродуктивного здоров'я на національному рівні через засоби масової інформації та з місцевими партнерами та зацікавленими сторонами.
- Інтеграція сексуального і репродуктивного здоров'я та психічного здоров'я і психосоціальної підтримки як ключових аспектів у пакети первинної медичної допомоги.

ДЛЯ ГУМАНІТАРНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

- Продовжувати адвокацію дотримання норм міжнародного гуманітарного права щодо захисту системи охорони здоров'я та персоналу як критично важливого аспекту доступу до охорони здоров'я в умовах війни.
- Захищати права людини на охорону здоров'я та забезпечити всебічну підтримку та доступ до системи охорони здоров'я в ізольованих, сільських та найбільш постраждалих від війни громад.
- Розроблювати та впроваджувати програми з підтримки системи охорони здоров'я у сільській місцевості, враховуючи різноманітні потреби та особливості надання послуг первинного рівня в сільській місцевості.
- Розроблювати та впроваджувати програми з підтримки Пунктів здоров'я шляхом реконструкції приміщень, закупівлі обладнання та медикаментів, а також заохочення медичного персоналу до роботи в сільській місцевості. Розглянути можливість підтримки ФАПів, оскільки в деяких населених пунктах вони є єдиним ресурсом доступу до охорони здоров'я, особливо в умовах війни.
- Забезпечити моніторинг та адвокацію потреб з послуг охорони здоров'я у сільській місцевості як на національному рівні через засоби масової інформації, так і з партнерами та зацікавленими сторонами на місцях (НУО, військово-цивільні адміністрації, ГО, медичні та соціальні працівники).
- Підвищувати обізнаність та пропагувати здоровий спосіб життя шляхом інформування населення у громадах.

ДЛЯ ДОНОРІВ

- Активно сприяти дотриманню норм міжнародного гуманітарного права щодо захисту охорони здоров'я та персоналу.
- Підтримувати зусилля місцевої та національної влади щодо надання послуг з охорони здоров'я у сільській місцевості, особливо в тих районах, які безпосередньо постраждали від конфлікту.
- Підтримувати місцеві органи влади в процесі реконструкції інфраструктури (доріг, громадського транспорту, закладів охорони здоров'я).
- Поставити у пріоритет гуманітарного реагування в Україні проекти, що надають доступ до послуг з охорони здоров'я у сільській місцевості.
- Запровадити спеціальні програми з реконструкції та відновлення приміщень і заміни технічного обладнання Пунктів здоров'я. Розглянути можливість підтримки ФАПів, оскільки в деяких місцях вони є унікальним ресурсом доступу до послуг охорони здоров'я, особливо в умовах війни.
- Підтримувати та сприяти адвокаційним ініціативам гуманітарних організацій у сфері охорони здоров'я в переговорах з урядом та іншими органами державної влади.

АБРЕВІАТУРИ

- ВООЗ** – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
- ВПО** – внутрішньо переміщені особи
- ГЗН** – гендерно зумовлене насильство
- ЄС** – Європейський Союз
- МОЗ** – Міністерство охорони здоров'я України
- НСЗУ** – Національна служба здоров'я України
- ОТГ** – Об'єднана територіальна громада
- ПЗПС** – психологічне здоров'я та психосоціальна підтримка
- ПМД** – первинна медична допомога
- ПМСД** – первинна медико-санітарна допомога
- СРЗ** – сексуально-репродуктивне здоров'я
- СРСР** – Союз Радянських Соціалістичних Республік
- ССЗ** – серцево-судинні захворювання
- УВКПЛ** - Управління Верховного комісара ООН з прав людини
- УКГП** - Управління ООН з координації гуманітарних питань
- ФАП** – фельдшерсько-акушерський пункт
- ЦПМСД** – Центр первинної медико-санітарної допомоги

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. «Закон України. Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в народному господарстві» // Відомості Верховної Ради УРСР (ВВР). № 45. – 1990. - С. – 602. // Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/400-12#Text>, відвідано 26.02.2024.
2. «Постанова від 19 вересня 2007 р. № 1158 Про Затвердження Державної Цільової Програми Розвитку Українського Села на період до 2015 року» // Кабінет Міністрів України. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1158-2007-%D0%BF?lang=en#Text>, відвідано 26.02.2024.
3. «Заклади Охорони Здоров'я та Захворюваність Населення України у 2017 році», О. Кармазін. // Державна служба статистики України. – 2018. Електронний ресурс: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf, відвідано 26.02.2024.
4. «МОЗ: Ухвалено законопроект про сільську медицину» // Кабінет Міністрів України. Урядовий Портал. – 2017. Електронний ресурс: <https://www.kmu.gov.ua/news/250421782>, відвідано 26.02.2024.
5. «Закон України: Про Державні Фінансові Гарантії Медичного Обслуговування Населення» // Відомості Верховної Ради (ВВР). № 5. – 2018. - С. – 31. / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/2168-19?lang=uk#Text>.
6. «Майже 2 млрд гривень виплатила НСЗУ закладам первинної медичної допомоги за січень» // Національна служба здоров'я України. Урядовий Портал. – 2022. Електронний ресурс: <https://www.kmu.gov.ua/news/majhe-2-mlrd-griven-viplatila-nszu-zakladam-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-za-sichen>, відвідано 26.02.2024.
7. «Постанова: Про утворення Національної служби здоров'я України від 27 грудня 2017 р. № 1101» - 2017. // Кабінет Міністрів України. Урядовий Портал. // Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>, відвідано 26.02.2024.
8. «Закон України: Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» // Відомості Верховної Ради (ВВР). № 5. – 2018. - С. – 32. – 2018. / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>, відвідано 26.02.2024.
9. Кондратьєва І. М. «Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. Державне будівництво.», 2022.№2(32). С.118-127. Електронний ресурс: <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/22473/20703>, відвідано 26.02.2024.
10. «Постанова: Деякі питання електронної системи охорони здоров'я від 25 квітня 2018 р. № 411». // Кабінет Міністрів. / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#n19>, відвідано 26.02.2024.
11. «Наказ 06.02.2018 № 178/24: Про затвердження порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» // Міністерство Охорони Здоров'я України / Відомості Верховної Ради Урсп (Ввр). - 1990, № 45, Ст.602. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18/print#n15>, відвідано 26.02.2024.
12. «Положення: про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт». – 2016. // Верховна Рада України. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1169-16#Text>, відвідано 26.02.2024.
13. «План гуманітарних потреб і відповіді на 2024 рік. Україна». – С. 113. // Управління ООН з координації гуманітарних справ.
14. Система спостереження за атаками на систему охорони здоров'я (SSA) // Всесвітня Організація Здоров'я / Електронний ресурс: <https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx>.
15. «Результати опитування щодо впливу війни на постачальників первинної медичної допомоги, які ще не оприлюднені.» // Всесвітня організація охорони здоров'я. – 2023.
16. "Охорона здоров'я під час війни: Вплив повноформатного вторгнення Росії на охорону здоров'я в Україні." // Міжнародний Фонд Відродження. / Агентство Законодавчих Ініціатив. / Український медичний центр. - 2023.
17. «Децентралізація та об'єднання громад: збільшення розриву між міським та сільським населенням?». // Центр досліджень продовольства та землекористування (KSE Агроцентр) у Київській Школі Економіки. – 2022. / Електронний ресурс: <https://kse.ua/wp-content/uploads/2022/10/Final-Report-II-part-KAS.pdf>, відвідано 28.02.2024.
18. «Коментар до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, затвердженого постановою КМУ від 22.12.2023 № 139» // Кабінет Міністрів України. – 2024. / Електронний ресурс: <https://ibuhgalter.net/ru/articles/1357>, відвідано 28.02.2024.

19. «У 2024 р. обсяг медичних послуг, що фінансується державою, збільшиться, - Віктор Ляшко». - 2023. // Міністерство охорони здоров'я України / Урядовий Портал. / Електронний ресурс: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-2024-r-obsiah-medychnykh-posluh-shcho-finansuietsia-derzhavoiu-zbilshytsia-viktor-liashko>, відвідано 28.02.2024.
20. «Операції Під Землею: Робота Лікарні "Охматдит" Під Час Війни» - 2023. // Ранок вдома. / Електронний ресурс: https://www.youtube.com/watch?v=IL_AsS2cwus, відвідано 28.02.2024.
21. Левченко, Анна «Потреби В Системі Охорони Здоров'я Зростають Через Війну - керівник Офісу ВООЗ в Україні» - 2023. // Interfax-Україна. / Електронний ресурс: <https://interfax.com.ua/news/interview/946050.html>, відвідано 28.02.2024.
22. Коваленко, Сергій. «Війна Поставила Перед Системою Охорони Здоров'я Нові Виклики» - 2023. // Голос України / Електронний ресурс: <http://www.golos.com.ua/article/368390>, відвідано 28.02.2024.
23. «Наказ 17.03.2022 № 496 про: Деякі Питання Надання Первинної Медичної Допомоги В Умовах Воєнного Стану» // Міністерство Охорони Здоров'я України / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text>, відвідано 28.02.2024.
24. «Наказ № 727 за № 504/37840: Про затвердження Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я у період воєнного стану». - 2022. // Міністерство Охорони Здоров'я / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0504-22#n25>, відвідано 28.02.2024.
25. «Закон України: Про Внесення Змін До Деяких Законодавчих Актів України Щодо Удосконалення Надання Медичної Допомоги» // Верховна Рада України/ Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>, відвідано 28.02.2024.
26. «Постанова від 7 травня 2022 р. № 542 про: Деякі питання провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) у період дії воєнного стану». - 2022. / Кабінет Міністрів України / Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/542-2022-%D0%BF#n2>, 28.02.2024.

MAIL:

WEB:

FB:

© Petro Chekal



За фінансової підтримки Європейського Союзу. Погляди та думки, викладені в Цьому аналітичному звіті, належать виключно автору(ам) і не обов'язково відображають позицію Європейського Союзу. Ані Європейський Союз, ані орган, що надав фінансування, не несуть за них відповідальності.



Фінансується
Європейським Союзом