

**УДК 616-082.004.**

**DOI: 10.35432/tisb292023289697**

## **ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ**

**Мінчев Михайло Михайлович**

здобувач

Інститут публічної служби та управління

Національний університет «Одеська політехніка»

<https://orcid.org/0009-0005-9562-9438>

Забезпечення контролю якості медичної допомоги є актуальною темою в Україні, але у контексті сучасної ситуації, коли країна перебуває у стані війни, це питання стає надзвичайно важливим. Війна, яка триває з 2014, та посилилась у 2022 і викликала серйозні проблеми для системи охорони здоров'я нашої країни. На жаль, забезпечення якісної медичної допомоги на всій території України залишається актуальною проблемою, особливо на тимчасово окупованих територіях. Після закінчення війни, відновлення та реформування системи охорони здоров'я буде одним із важливих завдань. Треба буде звернути увагу на те, щоб забезпечити якість медичної допомоги на всій території України, знизити медичну нерівність у доступі до медичних послуг та підвищити кваліфікацію працівників.

Розглянемо досвід розвинених країн Європи.

Запровадження у Великій Британії системи оцінки клінічної ефективності медичних технологій (в 1999 році створення національного інституту клінічної ефективності (NICE) – великий крок для забезпечення ефективної, безпечної та економічно доцільної медичної допомоги, чи створення незалежного органу з оцінки технологій охорони здоров'я в Канаді [6] (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, CADTH). CADTH був створений у 1989 році і має на меті забезпечення доказової інформації для прийняття рішень щодо застосування нових технологій охорони здоров'я в Канаді.

Прикладом успішних реформ в галузі медичної допомоги є Швеція. У 1990-х роках Швеція стала однією з перших країн, яка впровадила децентралізовану систему управління медичними послугами [5], де рішення приймаються на місцевому рівні. Ця система дозволила кожному регіону вирішувати свої проблеми в галузі медицини, залучаючи місцеві громади, лікарів та інших експертів до процесу прийняття рішень. Завдяки цій реформі Швеція змогла підвищити якість медичних послуг, скоротити терміни очікування на прийом до лікаря та забезпечити більш широкий доступ до медичних послуг для населення. Крім того, ця реформа дозволила ефективніше використовувати бюджетні витрати на медичні послуги та посилити контроль за якістю медичної допомоги. Вона запровадила так звану «систему управління якістю» в медичній галузі.

В Італії у 2019 році була затверджена реформа системи охорони здоров'я [8], яка мала на меті покращити якість медичних послуг та забезпечити більш ефективне використання ресурсів. В рамках реформи було запроваджено інтегровану модель організації медичної допомоги, яка забезпечує більш тісне співробітництво між лікарями різних спеціальностей та різних рівнів медичної допомоги. Також було збільшено фінансування медичної допомоги на первинному рівні, що дозволило покращити доступність медичних послуг та скоротити терміни очікування на прийом до лікаря. Реформа також передбачала створення національної бази даних про якість медичних послуг, яка дозволить ефективніше контролювати роботу медичних закладів та забезпечити більш високу якість медичної допомоги.

Ще одним прикладом позитивної реформи в галузі медичної допомоги є Німеччина. У

2019 році була ухвалена реформа, яка започаткувала створення єдиного національного порталу, який додає інформацію про доступність та якість медичних послуг в усіх регіонах країни. Також було збільшено фінансування медичних послуг на першому рівні та запроваджено нову систему оплати медичних послуг, яка забезпечує оплату за результати. Це зменшило кількість зайвих обстежень та процедур.

Багато країн досягли значного розвитку сфери охорони здоров'я запровадивши систему обов'язкового медичного страхування, а як ми знаємо, вона має як позитивні аспекти: забезпечення доступу до медичних послуг (може допомогти забезпечити доступність медичних послуг для населення нерозвиненої країни, зменшити витрати на медичну допомогу та підвищити рівень охорони здоров'я); збільшення бюджетних надходжень (може забезпечити стабільність фінансування медичної системи та збільшити бюджетні надходження на охорону здоров'я); покращення якості контролю (сприятиме підвищенню якості контролю медичних послуг, зниження якості страхувальників може вимагати від медичних закладів дотримання вимог якості та ефективності).

Однак є і негативні аспекти: високі витрати (може потребувати значних витрат на створення інфраструктури, навчання спеціалістів та проведення інформаційної кампанії); ризик корупції (в умовах недостатньої контрольованості може виникнути ризик корупції, коли страхові компанії та медичні заклади можуть вести нечесну конкуренцію та вимагати хабарі за послуги); несправедливість (у разі недостатнього соціального захисту населення система обов'язкового медичного страхування може стати додатковим фінансовим тягарем для малозабезпечених верств населення, що порушує принципи соціальної справедливості).

Саме з негативними аспектами ми можемо зіштовхнутись у післявоєнний час, в основному через фінансові проблеми.

Щодо негативних наслідків, або «поганих прикладів» реформування публічної політики охорони здоров'я в досить розвинених країнах можна назвати реформу медичної системи в США, яка була проведена в 2010 році за законом Affordable Care Act [7]. Ця реформа, хоча мала на меті забезпечити доступ до медичних послуг для більшої кількості людей, але призвела до підвищення вартості страхових полісів та зниження якості медичної допомоги для окремих груп населення.

Іншим прикладом може бути реформа медичної системи у Великобританії, яка була проведена в 2012 році і мала на меті забезпечити більшу ефективність та економічність медичної системи за рахунок приведення конкуренції між медичними закладами. Однак це призвело до зниження якості медичної допомоги та збільшення термінів очікування на прийом до лікаря.

Також пригадуючи реформу медичної системи в Німеччині, яка була проведена в 2019 році та передбачала зниження витрат на медичну допомогу за рахунок скорочення розміру оплати лікарям та персоналу медичних установ. Однак це призвело до збільшення термінів очікування на прийом до лікаря та, а як наслідок – зниження якості медичної допомоги. Важливо зазначити, що реформування медичної системи є складним процесом, який потребує важливого аналізу та планування, а також участі всіх сторін інтересу, включаючи пацієнта, працівників медичних установ та уряду.

Можна сказати що ми «не стоїмо на місці» та зробили деякі важливі та досить відчутні кроки у реформуванні публічної політики щодо питання контролю якості медичної допомоги. Україна має систему оцінки клінічної ефективності медичних технологій, яка заснована на документі «Про порядок оцінки клінічної ефективності медичних технологій» від 22 вересня 2014 року, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України».

Згідно з цим документом, оцінка клінічної ефективності медичних технологій на рівні експертної комісії, створеної МОЗ України. Для проведення оцінки необхідно надіслати заявку на оцінку клінічної ефективності до Міністерства охорони здоров'я України. Експертна комісія складається з провідних фахівців у відповідній галузі медицини, які

розробляють методологію оцінки клінічної ефективності та роблять висновки про можливість включення медичних технологій до переліку медичних послуг, що фінансуються за рахунок державного бюджету. Оцінка клінічної ефективності на основі науково-доказових даних, зокрема результатів клінічних досліджень, метааналізів та систематичних оглядів літератури. Зазначимо, що Україна планує запровадити нову систему оцінки клінічної ефективності медичних технологій на основі методології Health Technology Assessment (HTA) [2]. Це передбачено в Концепції реформування охорони здоров'я, затвердженій урядом України у лютому 2021 року. У рамках цієї концепції буде створено Національного агентства з HTA, яке буде відповідальним за оцінку клінічної ефективності медичних технологій та прийняття рішень про їх фінансування з бюджету охорони здоров'я. Метою цієї реформи є забезпечення доступу до ефективних та безпечних медичних технологій для потреб за оптимальними цінами для бюджету охорони здоров'я.

У жовтні 2017 року було внесено зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» відповідно до Закону України № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [1]. Також, у цих змінах було введено термін «оцінка медичних технологій» і визначено, що державна оцінка медичних технологій проводиться у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. Першим практичним застосуванням оцінки медичних технологій в Україні стало розроблення та затвердження Національного переліку основних лікарських засобів, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2017 року № 1081 [4].

У грудні 2020 року затверджено новий порядок проведення державної оцінки медичних технологій, який встановлює, що уповноваженим органом для проведення оцінки є Державний експертний центр МОЗ України, а також регулює сферу застосування оцінки медичних технологій та у визначення лікарських засобів, що закуповуються за кошти державного та місцевого бюджетів [3].

Національний фармацевтичний університет також здійснює підготовку магістрів за освітньо-професійною програмою «Оцінка технологій охорони здоров'я». Основною метою оцінки технологій охорони здоров'я є забезпечення взаємозв'язку між результатами наукових досліджень і прийняттям управлінських та політичних рішень в галузі охорони здоров'я

Для забезпечення контролю якості медичної допомоги в Україні важливо розвивати публічно-управлінський вимір. Це означає, що державні органи мають бути відкритими для співпраці з громадськістю та забезпечувати доступність інформації про якість медичної допомоги.

Однак в Україні поки що немає такої розвиненої системи оцінки клінічної ефективності медичних технологій, як в багатьох країнах. Хоча окремі ініціативи та проекти з оцінки клінічної ефективності, їхній вплив на прийняття рішень щодо прийняття нових медичних технологій є обмеженим. Українська система охорони здоров'я потребує суттєвих реформ, щоб забезпечити якість та доступність медичної допомоги населенню. Оцінка клінічної ефективності може стати одним інструментом для забезпечення цієї мети.

Для забезпечення ефективної оцінки необхідно створити незалежну структуру, яка буде підтримувати оцінку клінічної ефективності науковими методами та прийняти обґрунтоване рішення щодо підключення нових медичних технологій до системи охорони здоров'я. Така система може сприяти раціональному використанню бюджетних коштів, забезпеченню доступності до новітніх методів лікування та підвищенню якості медичної допомоги в Україні. Для досягнення цієї мети необхідна підтримка від уряду, співпраця між відкритими сторонами та належна фінансова підтримка.

### **Список літератури**

1. Закон України про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-292>

19?find=1&text=2168#w1\_1

2. Наказ МОЗ України від 29 березня 2021 року № 593 Про затвердження настанови з державної оцінки медичних технологій для лікарських засобів. Настанова. Державна оцінка медичних технологій для лікарських засобів СТ-Н МОЗУ 42-9.1:2021 URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ32741>

3. Наказ МОЗ України від 30 жовтня 2020 року № 2483. Про затвердження складу груп експертів та фахівців, що залучаються до роботи Постійної робочої групи МОЗ України з питань профільного супроводу закупівель. URL: [https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ32627?\\_ga=2.40149858.174229526.1682453087-1857035110.1682453087](https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ32627?_ga=2.40149858.174229526.1682453087-1857035110.1682453087)

4. Постанова КМ України від 13 грудня 2017 р. № 1081. Про внесення змін до Національного переліку основних лікарських засобів. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1081-2017-%D0%BF#Text>

5. Терзі О., Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я «Jurnalul juridic național: teorie și practică». 2018. № 5 98 с. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7034/Terzi.pdf?sequence=1>

6. Cowling T. and Pant S.»Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH): A Model for National and Regional Health Technology Assessment and Guidelines Development» 2016.(4) URL: [https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/ES0293\\_Single\\_Technology\\_Assessment\\_Processes.pdf](https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/ES0293_Single_Technology_Assessment_Processes.pdf)

7. Annie L. Mach «Individual Mandate Under the ACA. Analyst in Health Care Financing» 2015. URL: <https://sgp.fas.org/crs/misc/R41331.pdf>

8. Kobus G. and Maksimczuk M. «Health care models and legal regulation in Poland and Ital» 2021. URL: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/12353/1/SUP\\_5\\_2021\\_G\\_Kobus\\_M\\_Maksimczuk\\_Modeli\\_i\\_pravoe\\_regulirovanie\\_zdravoohranenia\\_v\\_Pol%25CA%25B9se\\_i\\_Italii.pdf&ved=2ahUKEwjPod\\_9-8f-AhVsmIsKHcZ6DykQFnoECC4QAQ&usq=AOvVaw2evYe2CI5mpHEV6M93Yqv9](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/12353/1/SUP_5_2021_G_Kobus_M_Maksimczuk_Modeli_i_pravoe_regulirovanie_zdravoohranenia_v_Pol%25CA%25B9se_i_Italii.pdf&ved=2ahUKEwjPod_9-8f-AhVsmIsKHcZ6DykQFnoECC4QAQ&usq=AOvVaw2evYe2CI5mpHEV6M93Yqv9)