



КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ
РОЗПОРЯДЖЕННЯ

від 30 листопада 2016 р. № 1013-р
Київ

**Про схвалення Концепції реформи фінансування системи
охорони здоров'я**

1. Схвалити Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, що додається.

2. Міністерству охорони здоров'я разом із заінтересованими центральними та місцевими органами виконавчої влади у місячний строк розробити та подати в установленому порядку Кабінетові Міністрів України проект плану заходів щодо реалізації Концепції, схваленої цим розпорядженням.

Прем'єр-міністр України

В.ГРОЙСМАН

Інд. 73

КОНЦЕПЦІЯ **реформи фінансування системи охорони здоров'я**

Вступна частина

Більшість українців живуть у страху стикнутись з вітчизняною системою охорони здоров'я. Попри сплату громадянами з власної кишені майже половини коштів на охорону здоров'я додатково до загальнодержавних податків вони вимушені отримувати послуги, що надаються на базі застарілої інфраструктури, без гарантій якості і поважного ставлення до прав та гідності пацієнтів. Така організація системи не лише порушує конституційне право людини на доступну та якісну медичну допомогу, знижує рівень здоров'я та тривалість життя українців, але і перешкоджає економічному розвитку та соціальній згуртованості суспільства.

Дисфункціональність діючої системи спричинена специфікою її організації та фінансування. На сьогодні в Україні досі діє успадкована від СРСР командно-адміністративна модель охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я є бюджетними установами і перебувають у власності держави або територіальних громад. Кошториси доходів і витрат цих закладів охорони здоров'я затверджуються тими ж органами влади, у власності яких вони перебувають, в результаті чого органи влади отримують стимул діяти в інтересах відповідних закладів, а не в інтересах конкретного пацієнта. Фінансування зазначених закладів здійснюється за жорстким постатейним кошторисом на основі застарілих інфраструктурних нормативів. Це позбавляє керівників закладів охорони здоров'я управлінської гнучкості та не сприяє мотивації до покращення результату.

Міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі - ВООЗ), а також дослідження специфіки використовуваної сьогодні моделі системи охорони здоров'я України свідчать, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого пулу людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я.

Для запровадження в Україні пропонується модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі.

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я - бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Таким чином, буде запроваджено принцип "гроші ходять за пацієнтом", а не за інфраструктурою закладів охорони здоров'я та іншими надавачами послуг.

Предметом закупівлі стає державний гарантований пакет медичної допомоги - прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та лікарських засобів, право на отримання якого у разі потреби

матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг покриватиметься системою страхування повністю або частково. У випадку часткового покриття пацієнти будуть здійснювати офіційну співоплату за послуги та/або лікарські засоби. Підходи до встановлення розмірів такої співоплати будуть чітко визначеними і єдиними для всієї країни.

На початковому та середньостроковому етапі реформи генеральним замовником медичних послуг державного гарантованого пакета медичної допомоги залишаються чинні головні розпорядники бюджетних коштів, якими є відповідні органи державної влади та органи місцевого самоврядування. Однак кінцевим завданням реформи є забезпечення закупівель таких послуг через єдиного національного замовника.

Перехід на нову систему закупівель медичних послуг супроводжується створенням та постійним вдосконаленням сучасної платформи для збору та обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді. Така електронна система дозволить реалізувати принцип “гроші ходять за пацієнтом”, а також аналізувати ситуацію із станом здоров’я населення, щоб оперативно розробляти оптимальний план закупівлі медичних послуг і найбільш ефективно витратити кошти. Ця система також відкриє можливість для створення “єдиного медичного простору” - координації і інтеграції між рівнями медичної допомоги, а також для запровадження нової системи управління якістю послуг.

Пропонована модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальною, тому передбачені нею зміни мають здійснюватися поступово. Запровадження нової моделі передбачається здійснити трьома етапами, повна реалізація яких очікується до 2020 року. Поступовість є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров’я в умовах її докорінної реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров’я в новоутворених госпітальних округах, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективної соціальної комунікації і роз’яснення суті, механізмів та очікуваних результатів реформи широким верствам населення.

Проблеми, які потребують розв’язання

Реформа системи охорони здоров’я має передбачати кардинальні якісні зміни всіх функцій системи охорони здоров’я - управління цією системою, забезпечення її відповідними ресурсами, фінансування та надання вироблених цією системою послуг.

Разом з тим ВООЗ та інші міжнародні організації вважають основною функцією системи охорони здоров’я у будь-якій державі світу функцію фінансування. Адже відсутність у країні ефективної моделі фінансування системи охорони здоров’я означає відсутність у держави важелів для забезпечення ефективного управління нею та для поліпшення здоров’я населення, що є основною метою діяльності цієї системи; відсутність ефективного планування та використання її ресурсів; відсутність стимулів, які спонукали б підвищувати якість та ефективність медичної допомоги; відсутність прозорості, підзвітності та справедливості системи охорони здоров’я та відсутність надійного фінансового захисту громадян у разі хвороби.

Тому реформа системи фінансування охорони здоров’я є одним з головних завдань плану пріоритетних дій Уряду на 2016 рік, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 травня 2016 р. № 418, і має стати головним пусковим механізмом для започаткування комплексних реформ у цій життєво важливій сфері та забезпечити створення в Україні сучасної, гідної великої європейської держави медицини.

Можна виділити такі основні проблеми у фінансуванні системи охорони здоров’я, які потребують розв’язання.

Перша проблема - катастрофічна фінансова незахищеність пацієнтів.

Загальний обсяг (сума державних та приватних) витрат на охорону здоров’я в Україні у 2014 році становив 7,4 відсотка валового внутрішнього продукту. Це нижче, ніж в середньому в країнах - членах ЄС (9,5 відсотка валового внутрішнього продукту у 2013 році), але приблизно стільки ж, і навіть дещо більше, ніж, наприклад, у сусідніх Польщі та Румунії (6,7 та 5,3

відсотка валового внутрішнього продукту у 2013 році відповідно). Однак, якщо в середньому у 2013 році в країнах - членах ЄС частка державних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я становила 76 відсотків (у Польщі та Румунії відповідно майже 70 та 80 відсотків), в Україні ситуація з розподілом тягаря фінансування охорони здоров'я між громадянами і державою є набагато важчою для населення - у 2014 році згідно з даними, наведеними у статистичному бюлетені "Національні рахунки охорони здоров'я України", державні витрати в цій сфері становили лише 51,7 відсотка, дуже незначні додаткові платежі було покрито шляхом приватного медичного страхування та міжнародної донорської підтримки. Тому майже 46 відсотків витрат (або понад 54,1 млрд. гривень) було сплачено безпосередньо пацієнтами з власних кишень в момент отримання медичних послуг або придбання лікарських засобів.

Таким чином, українці, які порівняно із своїми європейськими сусідами мають значно нижчі рівні доходів та соціальних стандартів, водночас є менш захищеними у випадку хвороби - вони мусять платити за утримання системи охорони здоров'я з власної кишені значно більшу частку своїх доходів, ніж більш заможні жителі країн - членів ЄС.

Як наслідок, близько 3,8 відсотка домогосподарств в Україні (або 640 тис. родин) потерпають від катастрофічних витрат на медицину, 92 відсотки населення боїться потрапити у фінансову скруту у випадку хвороби.

Унікальність української системи охорони здоров'я, що відрізняє її чи не від усіх інших країн сучасного світу, полягає в тому, що Конституція України формально передбачає безмежні гарантії забезпечення всіх громадян безоплатною медичною допомогою у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Однак забезпечити дотримання таких необмежених гарантій у цій сфері для всіх без винятку своїх громадян неспроможна не лише Україна, а і будь-яка з найпотужніших економік світу. Формальність цих політичних декларацій, їх економічна необґрунтованість призвели до цілковитої втрати прозорості системою охорони здоров'я - попри встановлене Конституцією України необмежене право на безоплатну медичну допомогу, громадяни України майже ніколи не можуть розраховувати на вчасне і якісне безоплатне лікування в державних та комунальних лікарнях і поліклініках. Додаткова оплата різними способами (або у вигляді так званих благодійних внесків, або шляхом вручення пацієнту чи його близьким списку "того, що потрібно для лікування" у зв'язку з відсутністю у лікарні тих чи інших лікарських засобів, або у вигляді відвертої чітко сформульованої медичними працівниками вимоги сплатити за ту чи іншу послугу) вимагається у переважній більшості випадків.

Багаторічний світовий досвід свідчить про те, що пряма оплата людиною за лікування у разі хвороби у момент отримання медичної послуги - найменш ефективний і вкрай небезпечний для суспільства спосіб фінансування медичної допомоги. Сучасне лікування багатьох хвороб є дуже дорогим, і для бюджету окремої сім'ї його вартість зазвичай є значним фінансовим шоком. Крім того, проблеми із здоров'ям важко передбачити заздалегідь, отже, індивідуальні грошові накопичення також не є ефективним рішенням навіть для тих, хто може це собі дозволити.

Саме з цієї причини, за визначенням ВООЗ, в основі тих систем охорони здоров'я, які найкращим чином здатні задовольняти потреби населення, лежать здійснення попередньої оплати за ту медичну допомогу, потреба у якій виникне у разі погіршення здоров'я, та об'єднання відповідних ресурсів у достатньо потужні пули, здатні забезпечити належний рівень солідарного захисту людей у разі хвороби та належну ефективність управління зібраними для фінансування охорони здоров'я ресурсами.

Єдиний ефективний шлях для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги, який надійно захищає тих, хто захворів, та їх близьких від фінансового стресу, - це перехід до фінансування медицини за страховим принципом, тобто за принципом, який передбачає чіткі правила передоплати за конкретно одержану у разі настання хвороби необхідну медичну допомогу. Суть цього принципу полягає в тому, що посильні грошові внески на випадок хвороби сплачуються великою кількістю громадян заздалегідь, а зібрані кошти спрямовуються на лікування тих, кого спіткала хвороба.

У сучасному світі існує два основних підходи до організації такої попередньої оплати - один з них передбачає використання з цією метою загальних податків, забезпечуючи тим самим безпосереднє страхування ризику хвороби державою, а другий базується на використанні схем соціального страхування. При цьому суттєвої принципової різниці між такими двома підходами не існує, і вони рівною мірою (і часто в поєднанні) застосовуються у сучасних розвинутих країнах.

В Україні передоплата громадянами за медичне обслуговування здійснюється у вигляді сплати загальних податків до державного бюджету. Подібна практика поширена в багатьох високорозвинутих країнах світу, зокрема майже у половині країн - членів ЄС (Великій Британії, Іспанії, Італії, Ірландії, усіх Скандинавських країнах), і набуває дедалі більшого поширення. ВООЗ вважає модель, що базується на цьому принципі, найвищим рівнем еволюції системи охорони здоров'я.

Разом з тим в Україні попри зовнішню подібність до описаного механізму кошти, які збираються через загальні податки та акумулюються в державному бюджеті, витрачаються не на закупівлю послуг для кожного страхового випадку, а на підтримку існування наявної мережі закладів охорони здоров'я незалежно від кількості та якості фактично наданих ними пацієнтам послуг.

Таке використання коштів є вкрай неефективним, і багато платників податків не може розраховувати на вчасне і якісне безоплатне лікування в комунальних лікарнях та поліклініках. Як наслідок, населення платить за охорону здоров'я двічі: спочатку у вигляді регулярних податків, а потім - з кишені для купівлі лікарських засобів, оплати процедур або неофіційного гонорару лікарю.

Друга проблема - низька якість та ефективність надання послуг.

Лише 23 відсотки українців відчувають впевненість у вітчизняній системі охорони здоров'я та якості роботи її закладів (згідно з опитуваннями Gallup World Poll). Решта вважають її роботу неякісною та неефективною. Низька якість та ненадійність системи медичного обслуговування підтверджуються об'єктивними показниками здоров'я населення.

Згідно з даними Держстату, середня тривалість життя при народженні в Україні становила 71,4 рока у 2013 році (76,2 - для жінок і 66,3 - для чоловіків), що є значно нижче від середньої тривалості життя у країнах - членах ЄС (80 і 73). Показники чоловічої смертності у віці 15 - 60 років в Україні є одними з найгірших у світі, і більшість смертей у цій віковій групі класифікуються як такі, яких можна було уникнути або попередити шляхом належного лікування. З усіх смертей 79 відсотків трапляється через неінфекційні хвороби, з них близько 65 відсотків - через хвороби серцево-судинної системи, ще близько 8 відсотків - внаслідок онкологічних хвороб.

При цьому Україна є четвертою в світі державою за кількістю лікарняних ліжок (879 на 100 тис. населення) та другою у європейському регіоні (після Російської Федерації) за середнім рівнем тривалості госпіталізації (11,8 дня). У країнах - членах ЄС у середньому ці показники становлять відповідно 527,4 на 100 тис. населення та 8,08 дня, тобто в 1,7 та 1,4 раза нижчі.

Так само Україна має більшу порівняно із середньою для країн - членів ЄС кількість лікарів та медичних сестер, значно вищі, ніж у середньому в ЄС рівень госпіталізації та кількість амбулаторних контактів із системою охорони здоров'я з розрахунку на одного жителя.

Отже, маючи значно більшу мережу закладів охорони здоров'я, кількість лікарняних ліжок та лікарів, українці значно частіше від жителів країн - членів ЄС звертаються до лікарів та частіше і довше лежать у лікарнях, але при цьому мають значно гірші показники здоров'я, значно більшу смертність та значно меншу середню тривалість життя.

Причини цього полягають не у кількісному дефіциті медичної інфраструктури (зокрема лікарень, лікарняних ліжок і медичних працівників), а в її якісній відсталості (відсутності сучасного оснащення, застарілих підходах до лікування та організації праці, недостатньому робочому завантаженні) та у вкрай неефективній моделі загальної організації системи охорони здоров'я, передусім в організації її фінансування та управління нею.

Значна зношеність основних фондів, відсутнє відставання медичної інфраструктури та вітчизняної клінічної практики від вимог сучасних європейських та світових стандартів не дозволяють змістити акценти в бік активного та широкого використання нових, менш інвазивних і водночас більш ефективних медичних технологій, високотехнологічного обладнання та більш складних і динамічних знань та навичок медичних працівників, що мають базуватися на принципах доказової медицини. Від цього страждає якість надання послуг.

Так само фактична відсутність у країні належного сучасного адміністрування та менеджменту у сфері охорони здоров'я стоїть на заваді запровадженню широко застосовуваних у світі нових високоефективних моделей організації медичної допомоги, що мають базуватися на принципах доказового управління. Від цього страждає ефективність використання ресурсів.

Яскравим прикладом є зумовлена цими причинами характерна для України вкрай нерациональна структура споживання медичних послуг. З одного боку, їй притаманне надання непропорційно великої переваги більш обтяжливій з фінансової точки зору стаціонарній медичній допомозі, з іншого - вкрай недостатня увага забезпеченню розвитку значно дешевшої і ефективнішої з точки зору досягнення високих показників здоров'я первинної та амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги. Достатньо згадати лише те, що частка витрат на стаціонарну медичну допомогу у структурі загальних видатків на охорону здоров'я становить більш як 52 відсотки, тоді як у країнах - членах ЄС - в середньому лише 32,8 відсотка.

Необґрунтовано переобтяжена в кількісному плані мережа лікарень, значна частина якої представлена малопотужними, погано оснащеними та малозавантаженими з точки зору обсягу послуг закладами, сама по собі є фактором, що становить загрозу як для якості надання медичної допомоги, так і для ефективності використання ресурсів. Адже не варто очікувати якісних та безпечних послуг від хірурга, який здійснює у кращому випадку лише кілька серйозних операційних втручань на місяць. Так само не варто очікувати якісних та безпечних послуг від акушера-гінеколога, який приймає одні пологи на тиждень. Наслідком цього є висока відносна собівартість малочисельних послуг та поступова втрата фахівцями кваліфікації і практичних навичок, які можна здобути лише працюючи "на потоці" у потужних добре оснащених лікарнях.

Третя проблема - неефективне витрачання бюджетних коштів.

Неефективність витрачання коштів пов'язана передусім з їх витрачанням не за принципом "гроші ходять за пацієнтом", а за принципом "гроші ходять за інфраструктурою".

Українська система охорони здоров'я побудована на основі моделі управління, відомої у світі як модель Семашка. Більшість закладів охорони здоров'я є бюджетними установами, що перебувають у власності держави або територіальних громад. Кошториси цих закладів зазвичай затверджуються тими ж органами влади, до власності яких ці заклади належать. Для розпорядника коштів це створює конфлікт інтересу: адже він діє одночасно і як замовник медичної послуги (від імені громади), і як її надавач. Ці інтереси можуть суперечити один одному, оскільки закладам охорони здоров'я не завжди вигідно надавати саме ті послуги і саме таким чином, як це потрібно або зручно пацієнту. Однак, суміщаючи обидві ролі, місцева влада не має фінансового та інституційного стимулу завжди діяти виключно в інтересах громади, а не в інтересах конкретних постачальників послуг.

Фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється за постатейним кошторисним принципом. Нормативи витрачання коштів, затверджені МОЗ, чітко визначають структуру фінансування окремих поліклінік та лікарень. Такий підхід має цілий ряд недоліків. По-перше, у керівництва закладів не залишається управлінської гнучкості, щоб оптимізувати їх діяльність, скорочувати неефективні видатки та запроваджувати інноваційні, не передбачені типовими настановами організаційні практики. По-друге, відсутні стимули для будь-якого покращення роботи закладу, адже отримання фінансування жодним чином не залежить від результатів діяльності (ані від кількості наданих послуг, ані від їх якості), гроші з бюджету закладу охорони здоров'я - бюджетній установі надаються лише на підставі того, що ця установа існує, а заробітна платня її персоналу - за вихід на роботу та відпрацьований час.

Сувору управлінську дисципліну, яка притаманна моделі Семашка і яка досі застосовується в українській системі охорони здоров'я, не приводить до покращення якості, але вимагає від місцевої влади, керівництва закладів та медичних працівників формального дотримання галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (зокрема конституційної вимоги щодо безоплатного обслуговування в комунальних закладах охорони здоров'я) попри фіскальний стрес, спричинений неефективними вимогами до розподілу коштів. Це створює інституційний клімат, де кожен прагне вижити, а не підвищити функціональність та ефективність системи.

Неефективність витрачання бюджетних коштів також спричинена їх надмірною фрагментованістю. Ефективне фінансування охорони здоров'я вимагає пулінгу (об'єднання) коштів для того, щоб перерозподілити ризик витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб. На відміну від інших державних зобов'язань, витрати на лікування окремого громадянина важко передбачити як з точки зору ймовірності таких витрат, так і з точки зору їх величини. Чим більшу кількість внесків залучає страховик, тим стійкішою є система з точки зору спроможності задовольнити несподівані витрати будь-якого нового випадку.

Оптимальна величина фінансового пулу для повного розподілу ризиків між учасниками визначається шляхом актуарних розрахунків на основі закону великих чисел. Методологія актуарних розрахунків використовує теорію ймовірності, демографічну та епідеміологічну статистику. Існуючі в цій галузі дослідження свідчать: чим більшою є величина страхового пулу, тим стійкішим він є фінансово, однак мінімальні обсяги покриття становлять від 450 тис. до 1,5 млн. застрахованих осіб.

Важливо, що механізм розподілу ризиків вимагає, щоб розпорядник зібраних через пулінг (об'єднання) коштів мав можливість використовувати всі його ресурси для фінансування страхових випадків, що відбулися у цьому пулі. Лише так зберігається значущість математичних розрахунків, за допомогою яких був визначений пул. Іншими словами, сформований пул не може бути розбитий на окремі "кишені". У протилежному випадку кожен із його "фрагментів" втрачає свою фінансову стійкість: він або банкрутує, або недоплачує застрахованим особам.

Українська система охорони здоров'я фінансується коштами загальнодержавних податків, а отже, ці платежі можуть відігравати роль "страхових внесків", що вносяться громадянами заздалегідь на випадок хвороби. Однак зібраний таким чином загальнонаціональний пул коштів є вкрай фрагментованим, оскільки його використання делегується, зокрема, на рівень міст і районів. Згідно з переписом населення 2001 року середня чисельність населення міст України (не враховуючи м. Києва) становить 130 тис., а середня чисельність району - лише 45 тис. мешканців. Таким чином, більшість місцевих бюджетів та їх громади не є фінансово захищеними перед ризиками настання хвороб. Іншими словами, існує значна ймовірність того, що кількість людей, які захворіють у цій громаді, і відповідне навантаження на бюджет виявиться значно більшим, ніж зібрані або виділені у цей бюджет кошти.

Мета та принципи реалізації Концепції

Метою реформи фінансування системи охорони здоров'я є створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Нова модель фінансування має базуватися на таких принципах:

фінансовий захист - недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання;

універсальність покриття та справедливий доступ до медичної допомоги - забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує;

прозорість і підзвітність - недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів;

ефективність - максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів;

вільний вибір - можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби;

конкуренція постачальників - залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обгрунтовані та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів;

передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті - повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї;

субсидіарність - встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість та найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси.

Шляхи і способи розв'язання проблем

Розв'язання визначених проблем та забезпечення всім громадянам доступу до гідного європейської держави рівня медичного обслуговування передбачається здійснити шляхом переходу системи охорони здоров'я України до фінансування на основі моделі державного солідарного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті.

Завдання реформи

Впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги

Державні гарантії в сфері надання медичних послуг повинні бути приведені у відповідність з економічними можливостями суспільства шляхом визначення державного гарантованого пакета медичної допомоги, що базується на пріоритетах охорони здоров'я, враховує поточний економічний стан і можливості держави та фінансується з урахуванням положень статті 95 Конституції України.

Державний гарантований пакет медичної допомоги поширюватиметься на всіх громадян України та включатиме:

первинну медичну допомогу;

екстрену медичну допомогу (у тому числі у стаціонарі);

основні види амбулаторних послуг за направленням лікаря загальної практики - сімейного лікаря;

основні види стаціонарної медичної допомоги за направленням лікаря загальної практики - сімейного лікаря чи лікаря-спеціаліста, включаючи лікарські засоби для стаціонарної та екстреної медичної допомоги, вартість яких відшкодовується через встановлений державою механізм оплати відповідних видів медичної допомоги;

амбулаторні рецептурні лікарські засоби, які внесені до національного переліку основних лікарських засобів та вартість яких відшкодовується через механізм реімбурсації.

Державний гарантований пакет медичної допомоги включатиме достатньо широкий спектр амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, а також лікарських засобів. Вартість відповідних послуг буде покриватися через систему державного солідарного медичного страхування повністю або частково.

Для тих послуг, для яких буде встановлене неповне покриття вартості єдиним національним замовником медичних послуг, передбачається запровадження механізму часткової офіційної співоплати пацієнтами.

Тарифи для повної оплати медичних послуг, що входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги, та тарифи офіційної співоплати таких послуг будуть уніфікованими і єдиними для всієї території України. Тарифи встановлюватимуться центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, і оплачуватимуться постачальникам єдиним національним замовником медичних послуг (на перехідному етапі вони оплачуватимуться чинними головними розпорядниками бюджетних коштів, якими є відповідні органи державної влади та органи місцевого самоврядування, а в майбутньому - єдиним національним замовником медичних послуг) на основі укладених договорів про надання медичної допомоги, що передбачають використання механізму оплати за результат.

Надходження, що отримуватимуть державні та комунальні заклади охорони здоров'я від співоплати пацієнтами витрат за надані їм медичні послуги на основі прозорої та економічно виправданої системи тарифів, стануть офіційним формально визнаним додатковим джерелом фінансування зазначених постачальників послуг.

Детальний перелік послуг, що входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги і підлягають оплаті з державного бюджету або співоплаті за уніфікованим тарифом, а також структура та рівень тарифів на відповідні послуги затверджуватимуться щороку Кабінетом Міністрів України. Пропозиції щодо переліку послуг та рівня тарифів будуть розроблятися єдиним національним замовником медичних послуг і погоджуватися з МОЗ та Мінфіном. Після затвердження зазначених документів вони підлягатимуть широкому оприлюдненню.

Під час визначення переліку послуг державного гарантованого пакета медичної допомоги, вартість яких відшкодуватиметься державою повністю чи на основі співоплати пацієнтами, враховуватиметься такий принцип:

послуги первинної та екстреної медичної допомоги (зокрема у стаціонарі) повністю покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням - співплата для таких послуг не передбачається;

послуги спеціалістів та обстеження за направленням лікаря покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням із співплатою від пацієнта; без направлення лікаря пацієнт оплачуватиме повну вартість;

послуги стаціонарного лікування та високоспеціалізовані послуги покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням із співплатою пацієнта;

встановлений обсяг лікарських засобів за рецептом покривається державним солідарним медичним страхуванням із співплатою пацієнта через механізм реімбурсації. При цьому зазначене покриття стосуватиметься лише лікарських засобів, включених до Національного переліку основних лікарських засобів.

Визначення єдиного і прозорого підходу до тарифікації та співоплати за медичні послуги створить підґрунтя для активізації розвитку добровільного медичного страхування. Законодавство в цій сфері буде переглянуте з метою гармонізації з вимогами ЄС щодо регулювання добровільного медичного страхування.

Витрати постачальників медичної допомоги на надання медичних послуг та лікарських засобів, які не входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги, відшкодуватимуться пацієнтами в повному обсязі шляхом прямої оплати чи через механізм добровільного медичного страхування. До таких послуг, зокрема, належатимуть послуги вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, що надаються за прямим зверненням пацієнтів без направлення лікаря, окремі види діагностичних та лікувальних послуг, забезпечення лікарськими засобами понад перелік та обсяг, передбачені в державному гарантованому пакеті медичної допомоги.

Ціни на послуги, що виходять за межі державного гарантованого пакета медичної допомоги та не покриваються бюджетним фінансуванням, встановлюватимуться постачальниками медичних послуг відповідно до положень Закону України “Про ціни та ціноутворення”.

Утворення єдиного національного замовника медичних послуг

На початковому та середньостроковому етапі реформи, до моменту утворення єдиного національного замовника медичних послуг, фінансування медичних послуг, що входять до складу державного гарантованого пакета медичної допомоги, буде здійснюватись чинними головними розпорядниками бюджетних коштів, якими є відповідні органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування.

Однак на довгострокову перспективу основним завданням реформи є інтеграція функції закупівель медичних послуг, що входять до складу державного гарантованого пакета медичної допомоги, через єдиного національного замовника медичних послуг. Єдиний національний замовник медичних послуг - центральний орган виконавчої влади, який діє в інтересах пацієнтів та закуповує медичні послуги в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги за рахунок акумульованих в єдиному національному пулі (Державному бюджеті України) коштів на основі єдиних базових тарифів та вимог до якості.

З цією метою пропонується утворення окремого центрального органу виконавчої влади, діяльність якого спрямовуватиметься і координуватиметься Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Для забезпечення відповідності діяльності єдиного національного замовника медичних послуг інтересам громадян як користувачів його послуг при зазначеному центральному органі виконавчої влади буде утворено Раду пацієнтського контролю.

Утворення єдиного національного замовника медичних послуг як окремого центрального органу виконавчої влади (а не як структурного підрозділу МОЗ) необхідне для забезпечення такого рівня відокремленості зазначеного органу від процесу формування політики, який дозволив би йому жорстко дотримуватися технічних критеріїв розподілу акумульованих у державному бюджеті призначених для фінансування охорони здоров'я коштів і не залежати при цьому від поточних політичних вподобань центральних та місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування. Предметом політичних переговорів та суспільного консенсусу має залишитися лише загальний обсяг видатків на фінансування державного гарантованого пакета медичної допомоги та зміст цього пакета. Подальше використання коштів керованого єдиним національним замовником медичних послуг пулу бюджетних коштів повинно здійснюватися незалежно від політичних міркувань виключно на основі технічних розрахунків та рамкових стандартів щодо надання медичних послуг, які будуть розроблятися і затверджуватися МОЗ (як органом, відповідальним за формування державної політики у цій сфері).

Новоутворений єдиний національний замовник медичних послуг здійснюватиме свої повноваження безпосередньо та через територіальні органи в Автономній Республіці Крим, областях, м. Києві та Севастополі. Територіальні органи єдиного національного замовника медичних послуг будуть виконувати виключно технічну функцію. Це дозволить уніфікувати рівень послуг у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги у всій країні, оскільки кожен українець незалежно від місця народження і проживання у разі потреби буде отримувати однаковий рівень страхових виплат, необхідних для його ефективного лікування згідно із затвердженими клінічними протоколами та Національним переліком основних лікарських засобів.

У моделі, що запроваджується, єдиний національний замовник медичних послуг:

є розпорядником бюджетних коштів, призначених для покриття витрат на надання медичної допомоги для всіх громадян України в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;

через свої територіальні органи укладає договори з постачальниками медичних послуг всіх рівнів та форм власності (в тому числі із загальнодержавними та відомчими закладами охорони здоров'я), предметом яких є закупівля медичних послуг в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;

не є власником закладів охорони здоров'я та не здійснює управління ними (принцип розмежування функцій замовника і постачальника медичних послуг);

через свої територіальні підрозділи проводить розрахунки з будь-яким закладом охорони здоров'я, до якого звертається пацієнт та з яким укладено договір (з використанням для цього єдиних національних реєстрів пацієнтів, закладів охорони здоров'я, медичних послуг);

під час замовлення та оплати медичних послуг керується правилами і тарифами, встановленими центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;

здійснює контроль за дотриманням закладами охорони здоров'я належного виконання договорів на надання медичної допомоги в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;

забезпечує аналіз та прогнозування потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідних для цього ресурсів та аналіз показників діяльності закладів охорони здоров'я.

Контроль за дотриманням закладами охорони здоров'я умов договорів, укладених з єдиним національним замовником медичних послуг, здійснюватиметься з урахуванням уже діючої системи державного нагляду за діяльністю закладів охорони здоров'я за принципом недопущення збільшення кількості перевірок та дублювання контрольних повноважень. Зокрема, перелік повноважень у сфері державного нагляду, що здійснює МОЗ, буде переглянуто і уточнено шляхом внесення відповідних змін у нормативно-правові акти з метою передачі єдиному національному замовнику медичних послуг функцій з контролю тих аспектів діяльності закладів охорони здоров'я, вимоги до яких доцільніше включати до умов договору на надання медичної допомоги (а не до умов ліцензування чи акредитації закладу).

Єдиний національний замовник медичних послуг публічно звітує про свою діяльність. Зокрема, широкому оприлюдненню підлягає щорічний звіт про його діяльність, а також щорічний збалансований пакет пропозицій щодо фінансування системи охорони здоров'я, який включає:

пропозиції щодо деталізованого складу державного гарантованого пакета медичної допомоги на плановий та два наступні за плановим бюджетні роки;

пропозиції щодо структури та рівня єдиних національних тарифів на відповідні послуги, порядку їх оплати, а також рівня співоплати громадянами на плановий та два наступні за плановим бюджетні роки;

деталізований звіт про економічну і актуарну оцінку обсягу бюджетних коштів, необхідних для фінансування пропонованого обсягу державного гарантованого пакета медичної допомоги, за умови застосування пропонованого рівня тарифів та співоплат, а також аналіз альтернативних сценаріїв цих показників та обґрунтування оптимального рішення.

Модель фінансування системи охорони здоров'я єдиним національним замовником медичних послуг, що є розпорядником бюджетних коштів, зібраних через механізм загального оподаткування, дозволяє уникнути фіскальних та соціальних ризиків, пов'язаних із запровадженням нового страхового внеску на загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування та значним розміром неформального сектору економіки та зайнятості, що має місце в Україні. Така модель забезпечує:

справедливість та універсальність у зборі та розподілі коштів: всі громадяни роблять внески (через механізм загального оподаткування) і мають право на отримання послуг у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;

уніфікованість базових тарифів відшкодування витрат, пов'язаних з наданням послуг, що входять до складу державного гарантованого пакета медичної допомоги;

керованість процесу переходу від діючої моделі утримання закладів охорони здоров'я - бюджетних установ за рахунок коштів відповідних бюджетів до страхової моделі відшкодування витрат постачальників медичної допомоги з використанням механізму стратегічних закупівель медичних послуг.

Створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я

Згідно із статтею 32 Закону України “Про місцеве самоврядування” до повноважень місцевого самоврядування належить управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток всіх видів медичного обслуговування, зокрема розвиток мережі закладів охорони здоров'я, та сприяння підготовці і підвищенню кваліфікації спеціалістів.

Органи місцевого самоврядування стикаються з рядом перешкод для ефективного здійснення зазначених повноважень. Виділення значних коштів з місцевих бюджетів на фінансування медицини вимушено спрямовується на співоплату поточних видатків для надання базових медичних послуг, а не на розвиток комунальних закладів охорони здоров'я та їх персоналу.

Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я передбачає збереження повноважень органів місцевого самоврядування у цьому секторі і створення можливостей для їх повноцінного виконання. Передусім це буде досягнуто шляхом прозорого відмежування фінансової відповідальності державного рівня влади. Кабінетом Міністрів України буде визначено чіткий, обмежений перелік послуг державного гарантованого пакета медичної допомоги, надання яких буде повністю забезпечуватися за рахунок коштів державного бюджету. Місцева влада не повинна буде вишукувати кошти для надання таких послуг.

Органи місцевого самоврядування отримають можливість спрямовувати кошти місцевого бюджету (у разі рішення відповідних громад) на управління та розвиток комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема на придбання медичного обладнання та інші капітальні видатки. Крім того, місцева влада зможе витратити кошти місцевих бюджетів на оплату для мешканців громади додаткових медичних послуг, що на даний час не входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги (тобто розвиток медичного обслуговування).

За органами місцевого самоврядування також буде закріплено функцію забезпечення громадського здоров'я на місцевому рівні, пов'язану із збереженням та укріпленням здоров'я мешканців громади, профілактикою захворюваності.

Автономізація постачальників медичної допомоги

Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає перехід до оплати діяльності постачальників медичної допомоги на основі конкретних результатів їх роботи, потребує принципової зміни характеру відносин між постачальником послуг та їх замовником - розпорядником бюджетних коштів.

На зміну командно-адміністративній моделі відносин між такими суб'єктами має прийти контрактна модель взаємовідносин, в межах якої такі відносини регулюються договорами стратегічної закупівлі медичної допомоги (медичних послуг) з чітко визначеними параметрами фінансування та результату. В межах зазначених договорів розпорядник бюджетних коштів діятиме в інтересах пацієнтів (платників податків) як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або індивідуальний лікар приватної практики виступатимуть як постачальники послуг.

Обов'язковою умовою запровадження орієнтованих на результат договорів стратегічної закупівлі медичних послуг, а разом з ними і орієнтованих на результат методів оплати діяльності постачальників є надання останнім достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, необхідної для отримання права укладати контракти та гнучко і незалежно від інших сторін організувати свою власну діяльність з досягнення встановлених цими договорами результатів. Запровадження такої моделі взаємовідносин потребує надання державним та комунальним закладам охорони здоров'я управлінської та фінансової автономії. З урахуванням світового досвіду автономію передбачається забезпечити шляхом реорганізації таких закладів охорони здоров'я у повноцінні суб'єкти господарської діяльності - державні та комунальні некомерційні підприємства.

Реорганізовані комунальні заклади охорони здоров'я отримують можливість утворювати об'єднання комунальних підприємств, гуртуючись у комунальні некомерційні корпорації. Це дасть змогу покращити якість та підвищити ефективність продукуваних ними медичних послуг шляхом оптимального взаємного розподілу функцій, збільшити загальний об'єм медичних послуг, знизити витрати в розрахунку на одну надану медичну послугу, що сприятиме економії коштів.

Крім закладів охорони здоров'я, що є державними та комунальними некомерційними підприємствами, медичні послуги в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування зможуть також надавати приватні заклади охорони здоров'я та медичні працівники, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці.

Запровадження принципу "гроші ходять за пацієнтом"

Основою нової моделі фінансування системи охорон здоров'я має стати перехід від фінансування постатейних кошторисів державних та комунальних закладів охорони здоров'я - бюджетних установ, розрахованих виходячи з необхідності утримання наявної інфраструктури цих закладів (такої як кількість ліжок, нормативи забезпечення персоналом тощо), до оплати результатів діяльності цих закладів як автономних суб'єктів господарської діяльності, тобто до оплати фактично наданої ними пацієнтам медичної допомоги. Такий же принцип має бути застосований і щодо регулювання відносин з аптеками, що виступатимуть як постачальники прописаних лікарями лікарських засобів, що входитимуть до державного гарантованого пакета медичної допомоги.

Методи оплати діяльності (відшкодування витрат) постачальників медичної допомоги мають бути побудовані таким чином, щоб забезпечувати збалансування системи доходів та витрат і створювати у постачальників стимули, необхідні для того, щоб поліпшувати якість та більш ефективно надавати послуги.

Враховуючи специфіку різних видів медичної допомоги, для оплати діяльності (відшкодування пов'язаних з нею витрат) постачальників мають застосовуватися різні методи оплати, здатні найкращим чином забезпечувати зазначені стимули.

З огляду на світовий досвід для відшкодування витрат постачальників первинної медичної допомоги буде запроваджено змішаний метод оплати. Основна частина цієї оплати базуватиметься на основі капітаційної ставки (нормативу на одного громадянина, приписаного до відповідного постачальника допомоги - конкретного лікаря загальної практики - сімейного лікаря) і в кожному конкретному випадку передбачатиме корекцію цієї частини оплати з урахуванням ризиків, зумовлених статевовіковою структурою списку пацієнтів конкретного лікаря, характером місцевості, що ускладнює умови, в яких надається допомога (зокрема останнє стосуватиметься гірських населених пунктів та сільських територій). До основної частини оплати додаватимуться бонусні доплати за досягнення певних встановлених договором про надання первинної медичної допомоги результатів. Як приклади такої доплати за досягнення результатів можуть розглядатися доплати за високий рівень охоплення приписаних до конкретного постачальника послуг первинної медичної допомоги пацієнтів вакцинацією, охоплення пацієнтів, які належать до певних груп ризику, відповідними скринінговими послугами (зокрема регулярні контроль кров'яного тиску для пацієнтів з групи ризику артеріальної гіпертензії, мамографія для жінок чи скринінгові тести на простатичний специфічний антиген для чоловіків відповідних вікових категорій), високі показники роботи, спрямовані на підвищення рівня охоплення пацієнтів добровільним тестуванням та консультуванням, антиретровірусною терапією у зв'язку з ВІЛ/СНІД, а також доплата за інші окремі послуги первинної медичної допомоги, необхідність збільшення обсягів надання яких визначено пріоритетами національної політики охорони здоров'я.

На початку запровадження зазначеного методу оплати використовуватиметься проста формула визначення нормативу на одного громадянина з коефіцієнтами корекції ризиків за віком та статтю. Поступово до такої оплати на основі згаданого принципового підходу долучатимуться додаткові складові, які дозволять зробити капітаційний метод оплати якомога більш об'єктивним та справедливим і сприяти максимально можливому формуванню у постачальників позитивних для суспільства стимулів, що спонукають до підвищення якості,

доступності та економічної ефективності послуг первинної медичної допомоги. Структура оплати постачальників первинної медичної допомоги передбачатиме постійну адаптацію до умов та пріоритетів національної політики охорони здоров'я.

Замовник послуг первинної медичної допомоги укладатиме прямі договори про надання послуг первинної медичної допомоги з ліцензованими та акредитованими МОЗ постачальниками такого виду медичної допомоги. Сумарна оплата за договором про надання первинної медичної допомоги визначатиметься кількістю населення, приписаного до відповідного надавача первинної медичної допомоги, а також показниками результативності.

Для оплати діяльності (відшкодування витрат) постачальників вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги використовуватимуться різні методи.

Фінансування постачальників спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторної допомоги залежно від виду послуг здійснюватиметься на основі оплати з розрахунку на одного громадянина, оплати за послугу чи оплати за пролікований випадок (для амбулаторних послуг, що надаються у лікарнях, таких як хірургія одного дня).

Для оплати діяльності постачальників стаціонарної медичної допомоги у перспективі застосовуватиметься метод фінансування на основі оплати за пролікований випадок за методом розподілу на діагностично-споріднені групи. На початковому етапі ця методологія буде апробована у деяких пілотних лікарнях. На їх базі будуть відпрацьовані нові підходи до збору даних щодо пролікованих випадків, їх кодування та об'єднання у відповідні діагностично-споріднені групи та технології аналізу витрат, пов'язаних з кожним випадком надання допомоги. В межах цього пілотного проекту система групування випадків стаціонарної медичної допомоги з використанням діагностично споріднених груп буде адаптована до особливостей застосовуваної в Україні клінічної практики, а також буде забезпечено збір даних, необхідних для розроблення універсальних базових тарифів оплати пролікованих випадків для кожної діагностично-спорідненої групи. Надалі оплата стаціонарної медичної допомоги за методом розподілу на діагностично-споріднені групи буде поступово запроваджуватися в усіх інших лікарнях.

Запровадження такої методології оплати є складним і тривалим процесом, його реалізація (за досвідом інших країн) може потребувати кількох років, у тому числі для забезпечення відповідної підготовки різних категорій працівників галузі охорони здоров'я. Тому на початковому етапі реформи, до переходу на оплату стаціонарної медичної за методом розподілу на діагностично-споріднені групи, фінансування лікарень відбуватиметься за скороченою формою економічної класифікації видатків бюджету із визначенням обсягу послуг та відповідних індикаторів результативності цих закладів.

Розвиток і у разі потреби реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, здійснюватимуться через госпітальні округи, які відповідно до вимог Основ законодавства України про охорону здоров'я мають бути утворені в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Метою утворення госпітальних округів є впорядкування мережі закладів охорони здоров'я у спосіб, який би дозволив забезпечити якість і своєчасність надання медичної допомоги населенню, а також ефективно використання бюджетних коштів для забезпечення надання спеціалізованої допомоги жителям відповідних територій.

Госпітальний округ утворюватиметься як функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я однієї чи декількох адміністративно-територіальних одиниць в межах області.

Відшкодування вартості наданих лікарських засобів, що входять до Національного переліку основних лікарських засобів, передбачені державним гарантованим пакетом медичної допомоги і придбані за рецептом лікаря, здійснюється через механізм реімбурсації - часткового або повного відшкодування замовником вартості наданого пацієнту лікарського засобу.

Насамперед такий механізм фінансування буде введений для лікування чітко визначеного переліку хвороб, що відіграють пріоритетну роль у формуванні основних показників здоров'я населення (серцево-судинні хвороби, цукровий діабет), а також хвороб, які ефективно лікуються в амбулаторних умовах.

Запровадження моделі активних (стратегічних) закупівель медичних послуг неможливе без постійного використання даних про медичні і економічні параметри надання послуг на рівні закладу, а також про медичну історію окремих пацієнтів. Ці дані необхідні єдиному національному замовнику медичних послуг для фінансового планування, укладення контрактів та їх моніторингу, а також МОЗ, Мінсоцполітики та Мінфіну для контролю якості, аналізу та оновлення деталізованого змісту державного гарантованого пакета медичної допомоги та його вартості.

Необхідно, щоб створення такої бази даних відбувалося в межах єдиного загальнонаціонального медичного простору за допомогою уніфікованих стандартів обміну даними. Це необхідно для визначення національних пріоритетів у цьому секторі і фінансово обґрунтованих показників державного гарантованого пакета медичної допомоги. Крім того, наявність єдиної національної системи збору та обміну медичними даними є платформою для майбутньої реалізації принципу “гроші ходять за пацієнтом” на рівні єдиного загальнонаціонального медичного простору через направлення пацієнтів у разі необхідності до будь-якого закладу охорони здоров'я країни, де необхідну послугу буде надано найшвидше і найефективніше.

Створення єдиного загальнонаціонального медичного простору передбачає запровадження інструментів електронної охорони здоров'я, таких як електронні реєстри, протоколи обміну даними, системи кодування діагнозів та процедур та інше. Основною умовою для ефективного функціонування системи фінансування є запровадження системи унікальної ідентифікації пацієнтів.

МОЗ має забезпечити створення загальних стандартів обміну інформацією між усіма сторонами - учасниками процесу надання та фінансування медичної допомоги.

Інформатизація закладів охорони здоров'я є завданням їх власників (громад, приватних інвесторів) та з урахуванням перехідного етапу обов'язковою умовою участі в оновленій системі фінансування та отримання коштів через механізм державного медичного страхування. При цьому також планується залучення міжнародної технічної та фінансової допомоги.

Етапи та строки реалізації Концепції

Реалізація Концепції відбуватиметься трьома етапами: підготовчий етап (2017 рік), етап впровадження (2018-2019 роки) та етап інтеграції (2020 рік).

Підготовчий етап (2017 рік)

Метою підготовчого етапу (2017 рік) є закладення правових та інституційних основ для нової системи фінансування охорони здоров'я, запровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги та початок впорядкування мережі закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу через створення госпітальних округів.

На підготовчому етапі передбачається:

підготувати проекти та прийняти нормативно-правові акти, які створюють законодавчу базу для функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я та єдиного національного замовника медичних послуг; в тому числі розробити проекти законів, що визначатимуть модель державного гарантованого пакета медичної допомоги, механізм здійснення співоплати за надані медичні послуги, порядок надання медичних послуг на платній основі;

утворити єдиного національного замовника медичних послуг як центральний орган виконавчої влади, здійснити його державну реєстрацію та забезпечити розбудову його кадрових та інституційних потужностей (підбір та підготовка персоналу, робота із статистичними даними тощо);

розробити та погодити із заінтересованими сторонами модель державного гарантованого пакета медичної допомоги; модель співоплати медичних послуг;

прийняти нормативно-правові акти щодо надання управлінської та фінансової автономії бюджетним закладам охорони здоров'я, що передбачають реорганізацію закладів охорони здоров'я до початку етапу впровадження;

розпочати процес реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я шляхом перетворення їх на державні та комунальні некомерційні підприємства;

запровадити національну систему реімбурсації лікарських засобів для визначеного переліку медичних станів;

переглянути уніфіковані клінічні протоколи для переліку найбільш поширених медичних станів;

розробити необхідні електронні реєстри (зокрема пацієнтів, постачальників медичних послуг, медичних станів);

запровадити нову модель фінансування на рівні первинної медичної допомоги, що передбачає такі заходи:

- забезпечення протягом I кварталу 2017 р. запровадження компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні медичної допомоги;

- забезпечення можливості укладення договорів про надання первинної медичної допомоги між громадянами та вільно обраними ними лікарями загальної практики - сімейними лікарями; проведення протягом січня - червня 2017 р. загальнонаціональної "приписної кампанії", протягом якої інформація про таку можливість буде активно поширена серед населення та медичної спільноти;

- розроблення та затвердження протягом I кварталу 2017 р. деталізованого переліку послуг, що увійдуть до державного гарантованого пакета медичної допомоги для первинної ланки медичної допомоги на 2017 рік, а також єдиного рівня капітаційної ставки для оплати відповідних послуг у 2017 році;

- забезпечення можливості укладення єдиним національним замовником медичних послуг договорів з постачальниками первинної медичної допомоги незалежно від їх організаційно-правової форми господарювання та форми власності (центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, амбулаторіями, медичними працівниками, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці);

- запровадження починаючи з 1 липня 2017 р. контрактних відносин між єдиним національним замовником медичних послуг та постачальниками первинної медичної допомоги; запровадження нового механізму оплати постачальникам первинної медичної допомоги на основі капітаційної ставки - єдиного тарифу на одного громадянина, з яким постачальник уклав договір про надання первинної медичної допомоги;

розпочати підготовку до запровадження нової моделі фінансування на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що передбачає такі заходи:

- розроблення і затвердження протягом першого півріччя 2017 р. деталізованого переліку послуг, що увійдуть до державного гарантованого пакета медичної допомоги в частині вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги і будуть переведені на фінансування за діагностично-спорідненими групами починаючи з 2018 року, а також єдиного рівня тарифів для оплати та співоплати відповідних послуг у 2018 році;

- розроблення методики використання діагностично-споріднених груп для обліку наданої медичної допомоги для закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу та започаткування її практичного запровадження;

розпочати процес впорядкування мережі закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу шляхом:

- утворення госпітальних округів, які об'єднують постачальників вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги всіх рівнів;

- розроблення перспективних планів розвитку мережі стаціонарних закладів у межах госпітальних округів на основі локальних протоколів медичної допомоги та маршрутів пацієнтів, а також визначення перспективних закладів охорони здоров'я, потужності яких потребують розвитку;

- запровадження програми підтримки перспективних закладів охорони здоров'я, а також процесу перепрофілювання інших закладів охорони здоров'я у межах госпітальних округів за рішенням відповідних громад.

Первинна медична допомога на підготовчому етапі буде фінансуватися таким чином: протягом першого півріччя 2017 р. - з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, що утворюються згідно із законом та перспективним планом формування територій громад, протягом другого півріччя 2017 р. - через єдиного національного замовника медичних послуг із запровадженням оплати постачальникам на договірній основі з використанням капітаційної ставки.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога на підготовчому етапі буде фінансуватися з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, що утворюються згідно із законом та перспективним планом формування територій громад, та обласних бюджетів із підготовкою до запровадження оплати постачальникам на договірній основі за методом розподілу на діагностично-споріднені групи.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога на підготовчому етапі буде фінансуватися з державного бюджету та обласних бюджетів із підготовкою до запровадження оплати за методом розподілу на діагностично-споріднені групи.

Етап впровадження (2018-2019 роки)

Метою етапу впровадження (середньострокового етапу) є введення в дію державного гарантованого пакета медичної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги та започаткування його фінансування через єдиного національного замовника медичних послуг. На цьому етапі передбачається:

підготувати проекти та прийняти нормативні акти, які створюють законодавчу базу для запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги на всіх її рівнях, а також механізмів співоплати за медичні послуги;

розпочати фінансування державного гарантованого пакета медичної допомоги через єдиного національного замовника медичних послуг на всіх рівнях медичної допомоги;

запровадити в повному обсязі систему реімбурсації лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;

почати запровадження співоплати медичних послуг в закладах охорони здоров'я та лікарських засобів;

затвердити уніфіковані клінічні протоколи для найбільш поширених медичних станів;

розробити та затвердити систему тарифікації медичних послуг, встановити тарифи на відшкодування медичних послуг у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;

розробити та прийняти нормативно-правові акти, які забезпечують рівні умови для доступу закладів охорони здоров'я всіх форм власності до укладення договорів з єдиним національним замовником медичних послуг у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги;

розробити та прийняти нормативно-правові акти, які регламентують залучення добровільного медичного страхування для покриття співоплати медичних послуг та лікарських засобів;

впровадити електронні інструменти обміну медичними, фінансовими та статистичними даними, що необхідні для функціонування єдиного загальнонаціонального медичного простору;

розпочати реорганізацію мережі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в межах госпітальних округів згідно з розробленими перспективними планами;

запровадити широке використання методу розподілу на діагностично-споріднені групи для обліку наданої медичної допомоги для закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу;

розпочати оплату постачальникам медичних послуг за принципом оплати за пролікований випадок з використанням методу розподілу на діагностично-споріднені групи для закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Первинна медична допомога на етапі впровадження буде фінансуватися шляхом укладення договорів з єдиним національним замовником медичних послуг у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги на основі капітаційної ставки на одного громадянина, з яким було укладено договір про надання первинної медичної допомоги, з поступовим запровадженням доплат за якість послуг.

Вторинна (спеціалізована) допомога на етапі впровадження буде фінансуватися шляхом поступового переходу на укладення договорів з єдиним національним замовником медичних послуг у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги за принципом оплати за пролікований випадок за методом розподілу на діагностично-споріднені групи.

Третинна (високоспеціалізована) допомога на етапі впровадження буде фінансуватися шляхом поступового переходу на укладення договорів з єдиним національним замовником медичних послуг у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги за принципом оплати за пролікований випадок за методом розподілу на діагностично-споріднені групи.

Етап інтеграції (2020 рік)

Метою етапу інтеграції є налагодження повноцінного функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я в масштабі всієї країни. На цьому етапі передбачається:

забезпечити фінансування державного гарантованого пакета медичної допомоги (включно з реімбурсацією лікарських засобів) через єдиного національного замовника медичних послуг в повному обсязі; повинні бути укладені договори на надання медичної допомоги між єдиним національним замовником медичних послуг та всіма постачальниками медичних послуг, які беруть участь у державній системі фінансування медичних послуг;

забезпечити функціонування єдиного медичного простору на базі інструментів електронної охорони здоров'я;

забезпечити повноцінне функціонування механізму співоплати за медичні послуги та лікарські засоби;

забезпечити у відносинах між єдиним національним замовником медичних послуг та постачальниками медичних послуг використання нових механізмів оплати медичних послуг (для первинної медичної допомоги - механізму оплати на основі капітаційної ставки на одного громадянина; для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги - механізм оплати за пролікований випадок з використанням методу розподілу на діагностично-споріднені групи);

провести оцінку впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я та підготувати план розвитку системи на наступні п'ять років.

Фінансування медичної допомоги на етапі інтеграції здійснюватиметься у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги через єдиного національного замовника медичних послуг для постачальників медичних послуг всіх рівнів. Будуть використовуватися такі методи оплати медичних послуг: для первинної медичної допомоги - оплата на основі капітаційної ставки на одного громадянина; для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги - оплата за пролікований випадок з використанням методу розподілу на діагностично-споріднені групи.

Очікувані результати

Реалізація Концепції дасть можливість створити сучасну модель фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка. Вона забезпечить ефективне використання обмежених державних ресурсів у системі охорони здоров'я шляхом спрямування їх на покриття вартості фактично надаваних громадянам медичних послуг (принцип "гроші ходять за пацієнтом").

Реалізація Концепції сприятиме:

посиленню спроможності держави забезпечувати фінансовий захист для громадян у випадку хвороби;

більш ефективному та справедливому розподілу публічних ресурсів у системі охорони здоров'я;

скороченню прямих платежів громадян на оплату медичних послуг та лікарських засобів, зменшенню рівня неформальних платежів;

появі конкуренції постачальників всіх форм власності на ринку медичних послуг;

появі ринку праці медичних працівників, підвищенню рівня оплати їх праці;

приведенню мережі закладів охорони здоров'я у відповідність з реальними потребами населення у медичних послугах;

підвищенню рівня якості надання медичних послуг, їх фізичної та фінансової доступності;

реалізації принципу вільного вибору для всіх учасників системи охорони здоров'я (для пацієнта, лікаря, закладу охорони здоров'я, замовника медичних послуг);

створенню умов для інтеграції приватного сектору до системи охорони здоров'я;

підвищенню рівня прозорості та підзвітності використання бюджетних коштів.

Обсяги та джерела фінансування

Фінансування заходів з реалізації Концепції здійснюється за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, інших джерел, а також за рахунок міжнародної технічної та фінансової допомоги.

Конкретні обсяги фінансових, матеріально-технічних і трудових ресурсів для забезпечення реалізації Концепції будуть визначені під час розроблення плану заходів щодо реалізації Концепції.

Публікації документа

- **Офіційний вісник України** від 06.01.2017 – 2017 р., № 2, стор. 175, стаття 50, код акта 84419/2016
- **Урядовий кур'єр** від 27.01.2017 – № 16