

РЕФОРМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: В ОЧІКУВАННІ ПЕРШИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

- Проведення медичної реформи, що розпочалася цього року, є безумовно позитивним зрушенням, оскільки за останні двадцять п'ять років неодноразово заявлялися наміри щодо її впровадження, але реальні кроки так і не здійснювалися. Зволікання із реформуванням медичної галузі призводило до кризових явищ в охороні здоров'я, зокрема, більше 50% оплати медичних послуг лягали на плечі громадян попри офіційно задекларовану безкоштовність медичної допомоги.
- Практичним заходам із реформування передувала підготовка та ухвалення низки нормативно-правових актів, котрі забезпечують методологічні основи для запланованих змін. Найважливішим і водночас найскладнішим елементом нового механізму стала перебудова системи фінансування медичних послуг, а саме впровадження Програми медичних гарантій, перехід на капітаційні нормативи в первинній ланці та принцип фінансування конкретно наданих послуг на рівні вторинної та третинної допомоги.
- Водночас, практичні кроки щодо впровадження нового механізму виявили низку проблем, що гальмують успішне проведення реформи. Так, остаточно не визначені методологічні основи формування гарантованого обсягу медичної допомоги, який фінансуватиметься за рахунок бюджету. Не завершено формування цінової та тарифної політики. Не ухвалено необхідних законодавчих актів щодо впровадження медичного страхування. Ці та низка інших питань потребують вирішення у найближчий час за допомогою залучення фахового експертного середовища.

Зміст

Розділ I. Передумови медичної реформи за період 2016–2018 років.	4
Розділ II. Реформа охорони здоров'я на сучасному етапі	7
2.1. Головні напрями реформування	7
2.2. Результати річного досвіду автономізації медичних закладів	8
2.3. Чи виправдає себе створення нової служби із закупівлі медичних послуг?	10
2.4. Зміна системи фінансування – найважливіший та найскладніший напрям.	11
2.5. Початок реформи первинного рівня: перші результати та перші проблеми	12
2.6. Фінансування стаціонарної допомоги: пошук оптимальної моделі	14
2.7. Інші важливі аспекти реформування вторинної допомоги.	16
2.8. Децентралізація та медична реформа	18
Розділ III. У реформі зарано ставити крапку.	19
3.1. Перспективи запровадження обов'язкового медичного страхування.	19
3.2. Заходи з реформування та маршрути пацієнтів	20
3.3. Перегляд підходів до організації та фінансування діагностики	22
3.4. Подальше реформування медичної допомоги на рівні місцевого самоврядування.	23
3.5. Інші кроки з реформування	24

Розділ I. Передумови медичної реформи за період 2016–2018 років

Про необхідність реформування системи охорони здоров'я в Україні почали говорити практично відразу після проголошення незалежності. Проте, на думку багатьох фахівців, за період з 1991 року система надання медичних послуг населенню, а також організаційний та фінансовий механізми функціонування медичних закладів не зазнали якісних змін та вдосконалення. Попри окремі новації, які впроваджувалися у цій сфері, модель охорони здоров'я, побудована ще за радянських часів, збереглася у майже незмінному вигляді.

Щоб зрозуміти природу такого консерватизму в медичній галузі, слід зробити невеликий екскурс в історію розвитку та формування системи охорони здоров'я в нашій країні. Протягом тривалого періоду, починаючи із середини XIX століття і до 1930-х років, функціонувала модель, що базувалася на міцній первинній ланці та потужній високоспеціалізованій допомозі. Інститут земського лікаря давав можливість здійснювати лікування багатьох захворювань безпосередньо в місцях проживання населення, адже цей лікар мав досить високу кваліфікацію й забезпечував надання не тільки терапевтичної допомоги, але й значний комплекс хірургічних (обробка травм, фіксація переломів, лікування панарицій тощо), стоматологічних, акушерсько-гінекологічних та інших процедур. На третинному високоспеціалізованому рівні існували потужні університетські клініки, де передові наукові дослідження поєднувалися з медичною практикою.

У 1930-х роках модель було дещо змінено й запроваджено так звану систему Семашка: головною ланкою ставала лікарня на районному рівні, в якій надавалася допомога за практично всіма нозологіями. При цьому первинна ланка значною мірою інтегрувалася як складова такої лікарні. Допомога, що надавалася перед цим на «земському», первинному рівні, частково переходила до районної

лікарні. Також до медичних послуг районної лікарні дедалі більше долучалося лікування тих захворювань, які раніше були об'єктом третинного рівня.

Водночас, попри переміщення головного осередку надання медичної допомоги на вторинний рівень, первинна ланка продовжувала відігравати істотну роль в обслуговуванні громадян. Мова йде про фельдшерсько-акушерські пункти у сільській місцевості та пункти невідкладної допомоги при поліклініках. Проте з часом дільничний терапевт перебрав на себе функцію обслуговування нескладних захворювань на зразок ГРЗ, видачі лікарняних та направлень до районної лікарні в разі ускладнення захворювання або випадків, що потребують стаціонарного лікування.

Така модель мала низку позитивних аспектів, які давали змогу забезпечити належний рівень медичного обслуговування, а саме:

- Рівень оплати праці медичних працівників був вищим за теперішній; медичний працівник отримував більше, ніж працівник банку, держстраху, торгівлі та побуту, місцевої, легкої та харчової промисловості;
- На вторинному рівні було забезпечено чітке дотримання затверджених протоколів, а отже – дисципліну в системі лікування хворих;
- Дільничні лікарі значною мірою виконували функцію сімейних лікарів: вони працювали на дільниці протягом тривалого часу і володіли детальною інформацією про своїх пацієнтів;
- Існувала система спеціалізації закладів охорони здоров'я на вторинному рівні, зокрема, диспансерна система. Почалося створення спеціалізованих лікарень інтенсивної (швидкої) допомоги;
- Функціонувала широка мережа реабілітаційної допомоги, зокрема, розгалужена система санаторіїв, почала розвиватися система денних стаціонарів;

■ Ліки відпускалися здебільшого за рецептами (їхня частка складала близько 40%), що забезпечувало відповідальність лікаря та відповідність лікування протоколам. Оскільки ліки виготовлялися згідно з системою держзамовлення на державних підприємствах або ж безпосередньо в аптеках (які теж були виключно в державній власності), приватного виробництва фармацевтичних препаратів не існувало. Таким чином, кількість підробок препаратів була зведена майже до нуля.

Втім, така модель не мала на меті кінцевого якісного результату — одужання хворих. Роботу медичних закладів та їх персоналу оцінювали не за рівнем досягнення результатів лікування, а за кількістю відвідувань, ліжко-днів, кваліфікацією медичних працівників. Це призводило до низької зацікавленості закладів та лікарів у ефективності лікування пацієнтів. Зростало технологічне та матеріально-технічне відставання від передових зразків. Спостерігався постійний дефіцит у ліках та лікарських засобах.

Після здобуття Україною незалежності постало питання про реформування системи охорони здоров'я. У першій половині 1990-х років країна переживала глибоку економічну кризу, що одразу позначилося на фінансуванні медичної галузі. Тому концепції реформування цього періоду насамперед були спрямовані на пошук додаткових фінансових джерел. Цього можна було досягти лише шляхом розширення сфери застосування платних послуг, а також впровадження обов'язкового медичного страхування (тим більше, що Росія, яку тоді багато в чому наслідували, вже запровадила таке страхування в 1992 році). Крім того, почав реалізовуватися на практиці взаєморозрахунок між медичними закладами, зокрема, в разі обслуговування пацієнтів, які не були прописані за підвідомчою цьому закладу адресою.

Стаття 49 Конституції України 1996 року практично загальмувала впровадження ринкових механізмів. Прийняті невдовзі після цього "Основи законодавства України про

загальнообов'язкове державне соціальне страхування" 1998 року¹ значно звузили варіативність медичного страхування. Так, страхові компанії були фактично позбавлені можливості брати участь в медичному страхуванні, що регламентувало тільки неконкурентну модель зі створенням напівдержавного фонду страхування. Ухвалення на основі конституційних положень Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» №1138 у вересні 1996 року² «заморозило» використання небюджетних коштів у фінансуванні медичних закладів.

«Буксування» реформаторських зусиль у другій половині 1990-х років призвело до істотного погіршення стану медичного обслуговування в країні. Тому на початку 2000-х років реформаторську діяльність знову було активізовано. Рушіями стали кілька чинників. По-перше, це було рішення Конституційного суду України від 29 травня 2002 року щодо трактування положень частини третьої статті 49 Конституції України (надання безоплатної медичної допомоги державними та комунальними закладами охорони здоров'я).³ Зокрема, даним рішенням було визнано, — і це стало дуже важливим моментом в процесі подальшого реформування, — що медичні послуги можуть виходити за межі медичної допомоги й у такому разі надаватися на платній основі. Проте перелік платних послуг має встановлюватися не рішеннями Уряду чи МОЗ, а за-

1. Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» No. 16/98 ВР від 14.01.1998 (Відомості Верховної Ради України, 1998, No. 23, стаття 121).

2. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» No. 1138 від 17.09.1996 (Урядовий кур'єр від 26.09.1996).

3. Рішення Конституційного суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) No. 10-рп/2002 від 29.05.2002 (Вісник Конституційного суду України, 2002, No. 3, стор. 19).

конами України. На жаль, в подальшому жодні реформатори так і не реалізували це мудре рішення суддів в повному обсязі. Замість затвердження законом відповідного переліку, постійно пропонувалися норми щодо співплати послуг громадянами, які зводили нанівець рішення Конституційного суду.

По-друге, на початку 2000-х років завдяки ухваленню Бюджетного кодексу України⁴ було впорядковано державну фінансову систему й чітко визначено правила отримання бюджетного фінансування, зокрема й для медичної галузі.

Врешті-решт було ухвалено укази президентів Леоніда Кучми та Віктора Ющенка щодо реформування медицини, розроблено програми такого реформування (2004, 2007 рр.), а також прийнято деякі урядові рішення, зокрема Постанову Кабінету Міністрів України № 955 від 11 липня 2002 року,⁵ що регламентувала запровадження Програми гарантованої державою безоплатної медичної допомоги та визначала головні складники цієї Програми. В основу реформування в той період, крім визначення гарантованої частини допомоги, що фінансується винятково за бюджетні кошти, було покладено також посилення ролі сімейного лікаря, зміну пропорцій розподілу фінансових коштів на користь первинного рівня, посилення організаційно-правової та фінансової самостійності закладів охорони здоров'я. З другої половини 2000-х років додалися також такі новації, як перехід медичних закладів у статус комунальних підприємств, створення госпітальних округів, система фінансування первинної допомоги за методом капітації, фінансування самих послуг, а не закладів (ліжок, радіаторів опалення тощо). Не втрачало актуальності й питання обов'язкового медичного страхування.

4. Бюджетний кодекс України, Закон України No. 2542-III від 21.06.2001 (Відомості Верховної Ради України, 2001, No. 37 ст. 189).

5. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги» No. 955 від 11.07.2002 (Офіційний вісник України, 2002, No. 28, стор. 73, стаття 1324).

Але, попри велику кількість концептуальних підходів та ідей, жодну з концепцій, на жаль, так і не було реалізовано. В окремих регіонах було здійснено низку експериментів зі створення комунальних підприємств, запровадження закупівель медичних послуг, інших новацій, але системного реформування на рівні держави не було.

Водночас в самій галузі активно наростали негативні процеси. Протягом 2000-х років державні та муніципальні медичні заклади провадили швидко, не контрольовану державою комерціалізацію діяльності. При лікарнях виникли так звані благодійні фонди та каси, до яких практично кожен пацієнт вносив оплату за послуги. Щодо складних видів лікування, зокрема операцій, то медицина фактично ставала платною на 60-70 відсотків. В цю систему «органічно» вписався порядок закупівлі та розподілу ліків – величезні бюджетні кошти витрачалися за відсутності прозорого механізму їх обліку та контролю цільового використання.

Концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я було визначено й погоджено експертами та систематизовано в урядовій Постанові № 208 від 17 лютого 2010 року.⁶ Це, зокрема:

- Чіткий розподіл закладів за рівнем надання допомоги та перехід більшості з них у статус комунальних підприємств;
- Запровадження договірних відносин у наданні медичних послуг;
- Визначення гарантованого обсягу та вирішення питання щодо платних послуг на рівні закону;
- Фінансування первинної допомоги на основі нормативів витрат на одну особу, а вторинної – шляхом укладання договорів між

6. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» No. 208 від 17.02.2010 (Офіційний вісник України, 2010, No. 15, стор. 8, стаття 704).

замовником і постачальником медичних послуг за принципом оплати фактично наданих послуг з урахуванням потреб населення;

- Розвиток державно-приватного партнерства;
- Здійснення спеціалізації закладів охорони здоров'я, тобто формування госпітальних округів.

До підготовки планів реформування галузі у цей період підключився Світовий банк, за ініціативи якого для відпрацювання вищезазначених напрямів було заплановано проведення пілотного проекту у двох областях України.

Зміна влади в 2010 році спершу істотно не вплинула на визначену програму реформування. У 2010-2011 роках було ухвалено низку законодавчих актів, зокрема, зміни до базового закону — «Основ законодавства України про охорону здоров'я» 1992 року⁷, визначено порядок надання допомоги на різних рівнях, затверджено зразки договорів із сімейними лікарями, підготовлено проект постанови про госпітальні округи. Фахівці Світового банку надали практичну підтримку в проведенні пілотних проектів у чотирьох регіонах України. Проте з 2012 року, після зміни керівництва МОЗ, процес реформування різко загальмував. Тому після революційних подій 2014 року знову постало питання активізації проведення реформ. Першочерговим стало завдання оновлення концептуальних напрямів та визначення найбільш пріоритетних з них.

7. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» No. 2801-XII від 19.11.1992 (Відомості Верховної Ради України, 2001, No. 37 ст. 189).

Розділ II. Реформа охорони здоров'я на сучасному етапі

2.1. Головні напрями реформування

У січні 2016 року було презентовано нову Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, а в листопаді того ж року її було затверджено Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1013-р.⁸ Головними визначено такі напрями реформування:

- Впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- Створення єдиного національного замовника медичних послуг;
- Створення нових можливостей для реалізації місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я;
- Автономізація постачальників медичної допомоги;
- Визначення принципу «гроші ходять за пацієнтом» як ключової ідеї медичної реформи;⁹
- Розбудова сучасної системи управління медичною інформацією.

Усі зазначені напрями — не нові, їх неодноразово пропонували в якості складників системи реформування медицини. Запровадження гарантованого пакету реформування визначалося урядовими постановами 2002 та 2010 років. Автономізація напрацьовувалася

8. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» No. 1013-р від 30.11.2016 (Офіційний вісник України, 2017, No. 2, стор. 175, стаття 50).

9. Цей вираз в стислій образній формі розкриває порядок фінансування, коли кошти виділяються не на утримання закладу, а тільки під конкретно надану медичну послугу кожному конкретному пацієнтові. На первинному рівні на кожного пацієнта кошти виділяються всім однаково за стабільними уніфікованими нормативами з можливою диференціацією за віковою ознакою чи іншими чинниками. Якщо ж пацієнт потребує лікування на інших рівнях в стаціонарі, то кошти будуть направлятися адресно («гроші пішли») у конкретний заклад, де цей пацієнт лікується, у тому розмірі, який відповідає вартості такого лікування (Авт.).

під час пілотних проектів у регіонах України в попередні періоди. Зміна системи фінансування за принципом оплати вже виконаних послуг, а також принципом «гроші ходять за пацієнтом» визначалася головним завданням в попередніх концепціях реформування. Створення сучасної системи електронного інформаційного забезпечення неодноразово розглядалося на різних рівнях влади, а також було визначено однією з основних цілей проекту Світового банку з реформування сфери охорони здоров'я, розпочатого у 2013 році.

Реальними новаціями цієї Концепції можна вважати створення єдиного національного замовника та відкрите проголошення принципу співоплати від громадян за надані послуги. Ці пропозиції також багато років обговорювалися в експертних колах, але тепер вперше з'явилися в текстах офіційних документів.

Наразі головним завданням є не просто вкотре згадати у черговому стратегічному документі напрями, які не викликають суперечок. Важливо також розробити механізм реального здійснення цих кроків у практиці медичної галузі.

Нова команда МОЗ взялася втілити зміни, які на рівні Стратегії закладено до Концепції. Протягом двох років від затвердження документа урядом здійснено певні кроки на шляху до поставленої мети. Так, вже ухвалено закони щодо нового статусу закладів охорони здоров'я, фінансових гарантій надання медичних послуг та розвитку сільської медицини. Також затверджено низку нормативних актів щодо організаційно-фінансового механізму функціонування первинної ланки, госпітальних округів, методичних засад розрахунку вартості медичних послуг тощо. Створено єдиного замовника та розпорядника лівової частки коштів, що виділяються на медицину, — Національну службу здоров'я (НСЗ).

Водночас реалізація визначених стратегій реформування отримує суперечливі відгуки й від фахівців, що займаються реформою галузі, й від учасників процесу надання по-

слуг — медиків та пацієнтів. На нашу думку, це зумовлено низкою причин:

- Розробці конкретних механізмів перешкоджають деякі особливості правової, фінансової та адміністративної системи нашої країни. Тому численні перешкоди в чинній організаційно-правовій системі подолати непросто;
- Неврахування в Концепції низки важливих аспектів, зокрема, медичного страхування, нової ролі діагностики в сучасній медицині, виникнення нових організаційно-правових форм, що їх поєднали соціальні та медичні послуги тощо;
- Організаційні труднощі реформування: команда реформаторів практично не спирається на депутатський корпус, фахове середовище, мало впливають на неї й іноземні консультанти, недостатньо залучено до процесу медичну еліту.

Варто окремо розглянути кожен з причин у контексті здобутків, проблем та перспектив.

2.2. Результати річного досвіду автономізації медичних закладів

Реформаторські перетворення у напрямку автономізації вже входять у свою завершальну стадію. На початку 2015 року, ще до публікації Концепції, до парламенту було подано відповідний законопроект,¹⁰ який передбачав зміну статусу закладів охорони здоров'я. Законопроект готувала команда тодішнього міністра охорони здоров'я Олександра Квіташвілі, тож він певною мірою враховував грузинський досвід реформування медицини. Зокрема, у початкових проектах передбачалися дуже широкі межі автономії закладів — аж до набуття статусу господарських товариств. Але відповідний комітет Верховної ради дещо охолодив ентузіазм реформато-

10. Проект Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я» № 2309а-д від 10.12.2015.

рів. Так, відповідно до прийнятого у 2017 році Закону України № 2002-VIII,¹¹ який ще називають «законом про автономізацію закладів охорони здоров'я», медичні заклади комунальної власності можуть отримати тільки статус комунальних некомерційних підприємств, а заклади державної власності — казенних підприємств.

Безумовно, законодавче закріплення нових організаційно-правових форм дасть медичним закладам змогу стати повноцінними суб'єктами господарювання, розпоряджатися заробленими доходами, самостійно вирішувати питання штату й матеріального стимулювання. Але не слід недооцінювати низку чинників, які можуть гальмувати запровадження реформи в цьому напрямку.

Так, Закон № 2002-VIII від 6 квітня 2017 року практично унеможливив подальшу приватизацію державних і комунальних закладів. Даний закон вносить зміни до ст. 16 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» 1992 року, згідно з якою державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації.

Чому не варто було так робити? В умовах розвитку нової системи фінансування медичні заклади, що отримали статус суб'єктів господарювання, можуть за відсутності замовлень та закупівлі послуг просто збанкрутувати без бюджетного фінансування. У результаті такі заклади будуть утримуватися за рахунок місцевих бюджетів, що призведе до серйозних проблем із покриттям всіх видів витрат, зокрема, оплати за комунальні послуги та оплати праці. Досвід Грузії та країн Балтії показав, що ефективним рішенням у такому разі була приватизація, що в Україні неможливо.

З огляду на це, дивним є той факт, що Закон № 2002-VIII не передбачає статусу власників

медичних закладів для громадських та релігійних організацій. Така практика поширена у світі та могла б спрацювати також і в Україні. Так, у розв'язанні проблеми можливої фінансової неспроможності медичних закладів велику роль відіграє впровадження державно-приватного партнерства, яке також ніяким чином не закріплене у Законі, хоча аналогічний реформаторський Закон України «Про освіту» № 2145-VIII, прийнятий у 2017 році,¹² такі норми має.

Бажано було б також посилити права щодо самостійного розпорядження коштами, отриманими за надання платних послуг. Так, стаття 18 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» 1992 року передбачає, що: «Заклади охорони здоров'я можуть використовувати для підвищення рівня якості медичного обслуговування населення кошти, отримані від юридичних та фізичних осіб, якщо інше не встановлено законом».¹³ При цьому ч. 12 ст. 78 Закону України «Про освіту» № 2145-VIII чітко визначає, що «заклади освіти самостійно розпоряджаються надходженнями від провадження господарської та іншої діяльності, передбаченої їхніми установчими документами».

У 2018 році почався масовий перехід медичних закладів у статус комунальних підприємств. Стимул до цього зрозумілий: у медичного закладу, що не змінив статусу, можуть виникнути проблеми з укладенням договору про закупівлю послуг із новим розпорядником бюджетних коштів — Національною службою здоров'я. На цьому етапі стала очевидною недостатня готовність багатьох закладів до роботи в новому статусі, оскільки функціонування повноцінного суб'єкта господарювання передбачає самофінансування і вимагає створення відповідної інфраструктури: бухгалтерії, господарських служб, пла-

11. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII від 06.04.2017 (Відомості Верховної Ради України, 2017, № 21, стор. 19, стаття 245).

12. Закон України «Про освіту» № 2145-VIII від 05.09.2017 (Відомості Верховної Ради України, 2017, № 38-39, ст. 380).

13. Із змінами внесеними Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII від 06.04.2017.

ново-фінансових підрозділів тощо. Виникла перешкода: відсутність джерел коштів на дані витрати та досвід такого менеджменту в провінційних лікарнях і поліклініках.

З огляду на вищезазначене, можна стверджувати, що напрямок реформування обрано правильно, але для його ефективної реалізації потрібно буде усунути ще чимало перешкод.

2.3. Чи виправдає себе створення нової служби із закупівлі медичних послуг?

Ще один практично впроваджений напрям реформування – створення єдиного національного замовника медичних послуг, а саме – Національної служби здоров'я (НСЗ), яка протягом 2018 року отримала Положення,¹⁴ керівництво, приміщення, і навіть перші кошти на фінансування первинної ланки.

Громадськість одразу неоднозначно поставилася щодо намірів створення такого органу.

Найчастіше критики вдавалися до такого аргументу: навіщо створювати, крім МОЗ, ще один орган державної влади у сфері охорони здоров'я? Прихильники ж концепції від початку посилалися на досвід країн, де існують такі окремі закупівельники медичних послуг. Але вони, як правило, функціонують не як бюрократичні структури в системі державної служби, а як саморегульовані установи з окремим статусом. В Україні теж спершу лунали думки, що це має бути щось на зразок державного підприємства з окремим статусом, не обтяженого обмеженнями державних відомств. Функціонування у «небюрократичному» статусі давало б змогу ухвалювати рішення колегіально, безпосередньо залучаючи до роботи органу громадські організації,

що посилювало б експертну та верифікаційну складові в роботі розподільчої установи. Крім того, така структура, не маючи статусу органу влади, могла би взяти на себе низку оперативних функцій у сфері тарифної та договірної політики, захисту прав пацієнтів тощо. Але коли дійшло до створення органу, «недержавні» варіанти його статусу були відкинута. Чинна фінансова система, зокрема, структура розподілу бюджетних коштів, передбачає, що головний розпорядник має бути органом державної влади.

Одним із аргументів на користь окремого від МОЗ органу було те, що лікувальні установи мають бути незалежними від свого міністерства. Але наразі ситуація кардинально змінилася. Після ухвалення Закону № 2002-VIII 2017 року щодо автономізації закладів охорони здоров'я, медичні установи стають практично повністю незалежними від відомства. Жодної залежності від МОЗ не відчуває й приватна медицина, обсяги якої щороку суттєво зростають. Тому цей аргумент не є достатньо вагомим.

Навряд чи можна всерйоз сприймати й той аргумент, що незалежність від МОЗ забезпечить чесність, прозорість і відсутність корупції під час розподілу бюджетних коштів. Сума в еквіваленті понад 2 млрд доларів, якою розпоряджатиметься цей орган, може зацікавити багатьох, незалежно від статусу відомства, яке розподіляє кошти.

Втім, новий виконавчий орган створено, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2186-VIII від 2018 року¹⁵ забезпечив громадський контроль, а час покаже, наскільки ефективно ця установа працюватиме в незалежному статусі. Проте, вищезгадане Положення про Національну службу здоров'я України містить низку питань, які потребуватимуть узгодження з МОЗ.

14. Положення про Національну службу здоров'я України, затверджено Постановою Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» № 1101 від 27.12.2017 (Офіційний вісник України, 2018, № 15, стор. 29, стаття 507).

15. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2186-VIII від 19.10.2017 (Відомості Верховної Ради України, 2018, № 5, стор. 5, стаття 31).

2.4. Зміна системи фінансування — найважливіший та найскладніший напрям

Два наступні напрями реформування, а саме, впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги та принципу «гроші ходять за пацієнтом» — тісно пов'язані між собою та найскладніше підлягають практичній реалізації.

Перший варіант законопроекту про фінансові гарантії, підготовлений на початку 2017 року, передбачав, що повністю безкоштовними для населення будуть тільки три види медичної допомоги — первинна, екстрена та паліативна. Пізніше, за наполяганням громадськості, до цього списку додали лікування дітей та обслуговування вагітності й пологів. Для інших видів, зокрема вторинної та третинної допомоги, було запропоновано принцип співоплати: держава визначатиме, яку частку витрат покриватимуть за державний кошт, а яку — з інших джерел: власних статків хворого, добровільного страхування, місцевих бюджетів.

Проте під час обговорення законопроекту вищенаведений підхід не було підтримано: існував ризик анулювання норми про співоплату Конституційним судом через його невідповідність статті 49 Конституції України. У результаті з'явилося компромісне рішення: співплата як форма фінансування в законодавстві не згадується, проте передбачено ухвалення Програми медичних гарантій (ПМГ). Дана Програма включатиме всі види медичних послуг, які гарантовано фінансуються за рахунок державного бюджету. Щодо тих послуг, які не увійдуть до зазначеної Програми, нове законодавство не містить чіткого опису способів оплати. Сказано, що вони можуть покриватися за рахунок коштів інших програм із Державного бюджету України, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Такі норми зазвичай забезпечують реалістичність державного фінансування, коли дер-

жава бере на себе відповідальність тільки за гарантовану частину, для оплати якої передбачено бюджетні кошти. Водночас відповіді на питання, що робити людині, яка захворіла на певну недугу, що не входить до Програми медичних гарантій, немає. У місцевому бюджеті кошти на таке лікування можуть бути не передбачені, а пацієнт також може не мати власних заощаджень. Реформа не дає відповіді на це питання, хоча Конституція України гарантує безкоштовну медичну допомогу.

За нашими підрахунками, ця проблема набуде масового характеру. В Україні щороку фіксується понад 8 млн. звернень пацієнтів щодо лікування у стаціонарі. Собівартість одного лікування в середньому становить не менш ніж 30 тис. грн. та охоплює ліки, зарплату, амортизацію обладнання, матеріали, накладні витрати, нарахування. Помножимо 8 000 000 на 30 000 — отримаємо 240 млрд грн. Якщо додати до цієї цифри витрати на первинну, екстрену допомогу, утримання системи управління галуззю, лікування за кордоном, а також фінансування університетів, наукової діяльності, та низку інших обов'язкових для фінансування позицій — отримаємо близько 300 млрд. грн. Витрати на медицину в державному бюджеті навряд чи сягнуть більш ніж 150 млрд. грн. Це означає, що половину витрат державний бюджет покривати не зможе. Місцеві бюджети, якщо не враховувати субвенції, зможуть в кращому випадку забезпечити фінансування тільки третини непокритої потреби. Отже, близько 100 млрд. грн. громадяни мають платити із власної кишені. У середньому, це близько 3000 грн. на одного пацієнта в рік. Але такі середні цифри у сфері медичних послуг не є достовірним індикатором. Хворіють не всі однаково, тому розподіл цих коштів буде асиметричним. Хворий витрататиме десятки тисяч, а здорова людина — дуже незначні суми.

Тож постає питання: чи відповідає гарантування медичних послуг, проголошене в рамках реформи, тому гарантуванню, якого вимагає Конституція? Чи не треба передбачити в концепціях реформування розширення га-

рантованого переліку, зокрема шляхом запровадження обов'язкового медичного страхування, перегляду методологічних підходів до структури платних послуг, запровадження індивідуальних цільових медичних субсидій у дуже складних випадках та більш чіткого розмежування медичного обслуговування як такого, а також догляду за хворим як соціальної послуги?

Не менш складне питання — формування самої Програми медичних гарантій. Як зазначалося вище, подібна програма вже була проголошена урядовою постановою ще 2002 року, але впродовж наступних п'ятнадцяти років так і не була розроблена. Наразі усі чекають відповідних проектів від МОЗ та нового органу. Адже Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2186-VIII від 2017 року вимагає, щоб вже протягом 2018-2019 років поступово запроваджувалося медичне обслуговування населення за Програмою медичних гарантій. Міжнародний досвід також не додає оптимізму. Низка країн намагалися затвердити подібну програму, але не отримали позитивного результату.

Медикам вкрай важко розділити захворювання на більш важливі, які потребують першочергового гарантованого лікування, і менш важливі, лікування яких не буде гарантуватися державою. Так, якщо, наприклад, гнійний бронхіт лікуватиметься безкоштовно, а негнійний — коштом пацієнта, то нехтування лікуванням на початковій стадії через фінансові проблеми швидко призведе до загострення. І це стосується майже всіх нозологій. Очевидно, що спрощена схема гарантованого фінансування в залежності від внесення до Програми не є панацеєю в питанні покриття витрат і потребує суттєвого вдосконалення.

2.5. Початок реформи первинного рівня: перші результати та перші проблеми

Переїдімо до самої системи фінансування, яка передбачає оплату за конкретно надані послуги згідно із принципом «гроші ходять за пацієнтом». На першому етапі перетворення мають розпочинатися з первинного рівня відповідно до відомої у світовій системі охорони здоров'я моделі: встановлення нормативів витрат на одного жителя (подушних, капітаційних). Кожен житель підписує договір із лікарем первинної ланки; загальна сума фінансування визначається залежно від прикріпленого таким чином контингенту шляхом множення кількості прикріплених на норматив. Протягом 2018 року такі декларації (форма договору) вже підписали дві третини дорослого населення, а уряд затвердив відповідні нормативи.

Безумовно, здійснені кроки є позитивним проміжним результатом реформування сфери охорони здоров'я. Однак говорити, що реформа первинної ланки близька до завершення, ще зарано. Процес підписання декларацій показав, що майже на 100 відсотків ці угоди укладаються із тими жителями, які й раніше були адміністративно закріплені за цими самими районними терапевтами. Право щодо вибору сімейного лікаря додатково отримали особи, офіційно не зареєстровані в органах місцевого самоврядування, які раніше не могли прикріпитися до поліклініки через відсутність реєстрації.

Зрозуміло, що підписання декларацій не є самоціллю. Головна мета — зробити декларації інструментом визначення розміру фінансування. Уряд затвердив нормативи фінансування на одного жителя для того, щоб диференціювати розміри коштів для лікарів залежно від їх оцінки населенням та від вікової структури пацієнтів. Водночас, встановлення нижчого нормативу для фінансування витрат на первинну допомогу тим, хто

не підписав декларацію, може викликати певні юридичні проблеми. Адже Конституція України не зобов'язує громадянина підписувати декларації, але гарантує всім без винятку рівну допомогу. Однак нова система може призвести до наступної ситуації: в середньому на одного жителя розмір фінансування буде неоднаковий, бо в кожній адміністративній одиниці (район, місто) буде різне співвідношення людей, що підписали або не підписали декларацію. А це значить, що у частини громадян буде менше можливостей для безкоштовної здачі аналізів, ЕКГ, рентгенів, тощо.

Втім, головна проблема навіть не в цьому. Перший досвід застосування нового методу фінансування показав, що навіть за однакової кількості прикріплених осіб та відносно однакової їх вікової структури доходи сімейних лікарів у різних центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) або амбулаторіях можуть істотно відрізнитися. Адже одержувачем бюджетних коштів залишається не лікар, а заклад. І керівник закладу розробляє кошторис, щоб забезпечити за рахунок отриманих доходів різні види витрат. Так, в одному закладі більше коштів спрямують на ремонт, а в іншому – на зарплату. Тому, залежність доходів лікаря від кількості прикріплених осіб є опосередкованою, а сам лікар у результаті реформи не став фондорозпорядником.

Тож постає завдання наблизити лікаря до фінансування. Але для цього слід спочатку вирішити питання оптимальної моделі первинної допомоги – її структури, функцій, організаційно-правового механізму. У чинній моделі головною ланкою первинної допомоги поки залишається ЦПМСД – фактично колишня районна поліклініка. При цьому в умовах проведення децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад (ОТГ) повноваження щодо надання первинної допомоги мають перейти від районів до ОТГ. Ухвалені за останній період нормативні акти, зокрема Наказ МОЗ № 801 від 29 липня 2016 року, яким затверджено Положення

про амбулаторію,¹⁶ Наказ МОЗ та Мінрегіонбуду «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» № 178/24 від 06 лютого 2018 року,¹⁷ Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» № 504 від 19 березня 2018 року¹⁸ та низка інших, заклали організаційно-правові основи для побудови нової моделі первинної допомоги, базою для якої має стати амбулаторія. Але, напевне, треба поступово остаточно відійти від ЦПМСД з їх громіздким апаратом та зайвими адміністративними витратами. Тоді сімейний лікар буде набагато ближчим до системи розподілу коштів.

Однак такий крок відкладається через низку невирішених питань. Одне з головних питань: чи має первинна допомога обмежуватися тільки сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами? Яке місце в первинній допомозі мають посідати вузькопрофільні спеціалісти – гінекологи, хірурги, ЛОРи, ендокринологи та інші, які зараз приймають у ЦПМСД - поліклініках і черги до яких довші, ніж до сімейних лікарів?

Під час пілотних проектів у 2011–2014 роках в Дніпропетровській області таких спеціалістів вивели на вторинний рівень, створивши консультаційні пункти. Проте цей крок викликав багато критики. Для громад із чисельністю від 10 до 20 тис. жителів таких вузьких спеціалістів до складу амбулаторії включати можна, а для малих громад – вже недоцільно. У містах можливе застосування

16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» № 801 від 29.07.2016 (Офіційний вісник України, 2016, № 71, стор. 212, стаття 2407).

17. Наказ Міністерства здоров'я України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» № 178/24 від 06.02.2018 (Офіційний вісник України, 2018, № 19, стор. 85, стаття 648).

18. Наказ Міністерства здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» № 504 від 19.03.2018 (Офіційний вісник України, 2018, № 23, стор. 602, стаття 848).

інших форм. В будь-якому разі, без вирішення питання щодо надання спеціалізованих послуг на рівні первинної допомоги реформа не дасть оптимальних результатів.

Залишається також багато відкритих питань щодо надання на первинному рівні таких послуг як діагностика, денний стаціонар, невідкладна допомога, догляд за паліативними та тяжкими хворими. Незрозуміло, як організувати роботу за цими напрямками та чи можна прив'язати ці види обслуговування до капітальних нормативів. Адже є небезпека свідомої зацікавленості в передачі цих функцій із закладу первинного рівня до лікарень, з метою отримання більше коштів на матеріальне стимулювання сімейних лікарів.

Ще одна проблема: задекларована безоплатність усіх послуг первинної допомоги не корелюється з коштами, що на це виділяються. Навіть 500 грн. (наразі 370 грн.) на одну людину не забезпечать оплати затребуваних аналізів, ЕКГ, денного стаціонару тощо. Для укладання договорів відповідно до нормативу «1800 осіб на одного лікаря» потрібно близько 15 тисяч лікарів. Зараз їх близько 10 тисяч. Потрібна система преміювання за низьку досягнень, зокрема, за найкращі результати в профілактиці й контролі за небезпечними захворюваннями.

Тож можна констатувати, що реформа первинної допомоги лише почалася й виявила ті проблеми, які потребують розв'язання. Отже, перші результати реформи свідчать про те, що успіхи лише попереду.

2.6. Фінансування стаціонарної допомоги: пошук оптимальної моделі

Фінансовий механізм, який має впроваджуватися на вторинному та третинному рівнях, поки тільки означений у законодавчих актах. Практичних кроків щодо його реалізації ще не зроблено.

Чинна система фінансування стаціонарної вторинної допомоги базується на розподілі коштів із державного бюджету через систему субвенцій до місцевих бюджетів відповідно до кількості населення адміністративно-територіальної одиниці та коригувальних коефіцієнтів, що враховують відмінності у вартості надання медичної допомоги. Під час розподілу в регіонах до уваги береться наявна мережа медичних закладів — районних, міських, дільничних лікарень, що мають типові штати, відповідні умови оплати праці, типові набори приміщень, включно з лікарняними палатами і відповідним комунальним забезпеченням світлом, водою, теплом, а також типові норми щодо близьки, матеріалів, типові умови забезпечення ліками, харчуванням. За останні роки у фінансуванні, зокрема оплаті комунальних послуг, зросла питома вага коштів місцевих бюджетів. Але в цілому діє стара (заснована на принципах Семашка) система утримання закладу, без прив'язки до кількості та якості послуг, що надаються.

Натомість новий механізм передбачає оплату медичної допомоги безпосередньо за фактом її надання. Для цього з медичними закладами мають бути укладені договори щодо можливих обсягів закупівель у них медичних послуг. Також необхідно встановити тарифи для оцінювання вартості закупівель за цими договорами. У разі включення тієї чи іншої послуги до програми медичних гарантій, новий орган має перераховувати кожній лікарні гроші за фактом надання послуги. Гроші будуть направлятися тільки за реально здійснену послугу, незалежно від кількості ліжок, радіаторів опалення, медперсоналу тощо. Водночас укладені договори ще не гарантують, що заклад матиме достатнє фінансування. Адже попри заплановані обсяги допомоги для кожної лікарні новий механізм передбачає право вибору пацієнтом будь-якого закладу, чи то комунального, чи то приватного. Тому заклад може отримати менше замовлень, ніж передбачалося.

Одна з ключових проблем полягає в необхідності врахування не лише закономірностей

та механізмів медичної системи, але й закономірностей та механізмів фінансової та бюджетної систем. Зокрема, є чіткі правила здійснення бюджетного фінансування, які передбачають певний алгоритм планування та асигнування бюджетних коштів. Щоб сформувати бюджетний запит, головний розпорядник має розрахувати планову потребу в коштах. На основі бюджетного запиту формуються бюджетні призначення, а після ухвалення бюджету головний розпорядник розписується серед одержувачів. І вже після складання бюджетного розпису можна здійснювати бюджетні асигнування, тобто виділяти кошти за наявності в одержувачів затверджених кошторисів.

Наразі головним розпорядником має виступати НСЗ, яка повинна для підготовки бюджетного запиту спрогнозувати можливі обсяги захворювань та вартість їх лікування за кожною нозологічною позицією, включеною до Програми медичних гарантій. Але ПМГ буде затверджуватися разом із Держбюджетом тільки на кінець календарного року, а бюджетні запити необхідно подати за кілька місяців раніше. Також в рамках нової моделі не вдасться визначити всіх одержувачів та обсяг асигнувань на кожного в той чи інший період року, оскільки не можна передбачити, в якій саме лікарні, в якому регіоні, коли саме і в який період часу буде зроблено апендектомію. А це означає, що до початку календарного року не можна буде мати призначення, а на самому початку року провести розписи та визначити асигнування. Нова модель не вписується у розгалужену казначейську систему країни. Не маючи розподілу коштів серед регіонів, центральне казначейство не зможе здійснити десятки мільйонів виплат на суму близько 100 млрд. грн.

Таким чином, накласти нову систему фінансування на класичну, визначену Бюджетним кодексом України 2001 року, буде дуже важко. У більшості країн, де діє підхід оплати за послугу, в основі лежить система страхування. За таких умов працює зовсім інша фінансова філософія. Сплачуються внески, які акумулю-

ються в страхових фондах без прив'язки до розпорядників та одержувачів, без завчасного планового розподілу згідно з бюджетним розписом. Страховик, отримавши інформацію про страховий випадок, дістає кошти із фонду, проводить експертизу та здійснює платіж.

У багатьох країнах, де функціонує успішна медицина, співіснують бюджетне фінансування та оплата через систему страхування. Обидва джерела доповнюють одне одного. Самого лише бюджетного фінансування, як правило, не вистачає. Тому постає необхідність залучати інші джерела, зокрема страхування. При цьому мотивація та механізм використання кожного джерела різний. Бюджетне фінансування використовується для створення фундаменту базових гарантій функціонування медичної системи. Визначається перелік закладів, фінансове забезпечення яких у певних встановлених межах не має залежати від кількості наданих послуг. Завдяки отриманню гарантованих коштів ці заклади забезпечують опалені палати, підготовлені згідно із санітарними нормами операційні, виплату зарплат основного медперсоналу тощо. Для певних видів медичної допомоги, як правило, пріоритетною є класична система фінансування. Служба екстреної допомоги та палати інтенсивного лікування мають фінансуватися відповідно до кількості ліжок, операційних, карет швидкої допомоги тощо. Операційні мають бути чистими й продезінфікованими постійно, машини швидкої — заправленими паливом незалежно від того, відбувся чи не відбувся випадок.

Даний вид допомоги не повинен фінансуватися тільки після того, як чиновник із нової служби здоров'я отримає повідомлення про постраждалих у ДТП. Тому до запропонованої системи слід додати такий елемент як базовий гарантійний розподіл, що враховує наявну медичну базу — ліжка, палати, медперсонал тощо. Така база потребує стабільного фінансування, звісно, з урахуванням тих чи інших коригувань з метою ефективного використання. Крім екстреної допомоги, це

також може стосуватись медичної допомоги дітям та паліативним хворим, забезпечення пологів та супроводу вагітності. Держава має подбати про забезпечення гарантованого фінансування для медичного обслуговування цих категорій населення, необхідного штату лікарів та медсестр, а також світла, гарячої та холодної води й опалення.

Фінансування ж інших видів медичних послуг можна здійснювати на основі запропонованого до запровадження механізму — оплати вже наданих послуг. Оплата за надання послуг за Програмою медичних гарантій здійснюється на підставі інформації та документів, внесених надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я. Надавач складає звіт в електронній системі, у якому зазначає обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів. Оплата здійснюється в порядку черговості надходження таких звітів.

Втім, із застосуванням зазначеного порядку також можуть виникнути проблеми. Щороку в медичних стаціонарах фіксується близько 9 млн. випадків. Це означає, що потрібно обробляти близько 750 тис. звернень на місяць і приблизно 25 тис. на день. Навіть за умови створення повноцінних відділень у кожній області (а питання передачі повноважень від головного розпорядника поки не вирішено) область муситиме обробити близько тисячі випадків на день. Навіть якщо цим цілодобово займатимуться 10 співробітників, на кожного з них припадатиме 100 звернень щодо оплати послуг, тобто в кращому випадку 10 хвилин на одне звернення. Про яку верифікацію та контроль у такому випадку можна говорити? Ми отримаємо величезний механізм, який розподілятиме кошти без експертної оцінки якості та цільового призначення наданих відповідно до встановленого діагнозу послуг. Крім того, це потягне за собою значні бюджетні витрати на фінансування роботи цієї новоствореної платіжної системи.

Забезпечити роботу такого масивного розрахункового механізму могла б система

обов'язкового страхування, де страховик узяв би на себе функції посередника, який здійснює експертизу, оцінювання вартості та переказ коштів.

2.7. Інші важливі аспекти реформування вторинної допомоги

Із запровадженням нового механізму фінансування пов'язана ще одна низка проблем.

Як запевняє МОЗ, на першому етапі реформи договори будуть укладені з усіма акредитованими лікарнями, а з часом конкуренція і принцип «гроші ходять за пацієнтом» призведуть до впорядкування мережі медичних закладів. Отже, неконкурентні заклади будуть перепрофільовані для задоволення інших реальних потреб населення. Водночас, якщо задекларовано принцип попереднього укладання договорів на закупівлю послуг, потрібно буде визначити, скільки саме послуг за кожним видом захворювань той чи інший заклад здатний реально забезпечити. На початку року кожен заклад має заявити про свою потенційну спроможність щодо проведення кількості планових операцій, процедур, лікувань, відповідно до якої з ним буде укладено договір. Тому є потреба в підготовці методики визначення спроможності кожного медичного закладу.

Розмір фінансування залежить не тільки від обсягу закупівель, але й від тарифів на ті чи інші послуги. На жаль, порядок визначення вартості послуги, ухвалений наприкінці 2017 року, має скоріше теоретико-методологічний характер. Наразі ще не забезпечено затвердження єдиних прейскурантів на визначення вартості послуг. Уже майже п'ять років чекаємо на впровадження системи DRG (Diagnostic related groups),¹⁹ яка застосовується в більшості розвинутих країн й передбачає визначення діагностично споріднених випадків і

19. Діагностично-пов'язані групи (укр.).

встановлення єдиних розцінок для цих груп. Без остаточного вирішення питання єдиних тарифів запуск нової системи буде неможливий.

Окреме питання — авансування або передоплата для медичних закладів ще до того, як вони отримають кошти за надані послуги. Без попереднього авансування в умовах відсутності субвенцій заклади не зможуть забезпечити лікувальний процес, адже не матимуть коштів не лише на зарплати персоналу, але й, скажімо, на миючі засоби. На початку реформи, наприклад, у Молдові рівень передоплати сягав 70 відсотків від отриманого фінансування. За умовами даної реформи, якщо заклад є державним або комунальним, йому можуть дати передоплату під заявлену спроможність, але не на загальних підставах, а «у випадках, встановлених Кабінетом Міністрів України». Тобто Кабмін ще має визначити ці випадки, і є великі побоювання, що може бути задіяно ручний механізм управління й ухвалення рішень щодо того, кому надається передоплата, а кому ні.

Запроваджуючи нову систему фінансування за виконану послугу, треба бути готовими до того, що передбачені на це в бюджеті кошти можуть передчасно закінчитися. Чинна система, побудована на субвенціях, гарантує хоч і не дуже щедру, але стабільне фінансування на утримання закладів: виплату зарплати, платежі за комунальні послуги тощо. У новій системі, прив'язаній до випадків захворювань, можливе дострокове використання запланованих коштів, адже важко спрогнозувати кількість усіх випадків та витрат на їх лікування. Тому варто розглянути питання створення необхідного резерву фінансових ресурсів.

У разі застосування принципу оплати за надану послугу існує ризик того, що медичні заклади пропонуватимуть дорожче лікування, направлятимуть до стаціонару навіть у випадках, коли можна обійтись амбулаторним лікуванням або денним стаціонаром. Це посилює вимоги до експертизи та верифікації.

На жаль, наразі ці важелі у новому механізмі визначені нечітко.

Не зовсім зрозуміло, чому на законодавчому рівні передбачено обмеження обсягу платних послуг для комунальних закладів до 20 відсотків. Більшість із цих закладів об'єктивно програватимуть у конкуренції зі столичними та обласними, а також приватними лікарнями за отримання замовлень від пацієнтів згідно із позиціями, що увійдуть до ПМГ. Якщо ж до цього додати ще й обмеження щодо платних послуг, це стане прямим шляхом до недофінансування районних лікарень та їх поступового занепаду.

Частка районних та міських лікарень безпосередньо пов'язана із реалізацією ще одного напрямку реформи — створенням нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я. Реформа декларує прозоре розмежування фінансової відповідальності державного і місцевих рівнів влади. Держава бере на себе фінансування ПМГ, а органи місцевого самоврядування отримають можливість спрямовувати кошти місцевого бюджету на розвиток комунальних закладів охорони здоров'я. На жаль, така схема приховує серйозні небезпеки.

Під управлінням місцевої влади залишається велика кількість закладів охорони здоров'я. Зрозуміло, що основна частина коштів держбюджету через ПМГ піде на медичні комплекси у великих містах, зокрема приватні. Що має робити місцева влада, якщо внаслідок нових механізмів місцеві заклади не зможуть себе фінансово забезпечити, тим більше, що вони отримають статус комунальних підприємств, які працюють за принципом самоокупності? Закривати не можна — забороняє Конституція, але й утримувати їх не буде змоги через брак коштів у місцевих бюджетах.

Ще одне болюче питання в цій сфері — надання медико-соціальної допомоги вразливим категоріям населення, зокрема малозабезпеченим, людям похилого віку, хронічним хво-

рим. Такі люди періодично лягають до районного або міського стаціонару для проведення планового лікування підтримувального типу, реабілітаційно-лікувальних циклів, лікування хронічних захворювань. Місцеві заклади охорони здоров'я при цьому виконують важливу соціальну функцію.

У новому механізмі гарантії закупівлі такої медико-соціальної допомоги за державні кошти є мінімальними. Існує висока ймовірність того, що до ПМГ буде занесено переважно гострі захворювання, які потребують інтенсивного лікування, а планове лікування буде перекладено на місцеві бюджети. Проте згадані категорії населення не мають коштів на співоплату. Місцевий бюджет також не має необхідного ресурсу. Нові підходи можуть відрізати ці категорії людей від медичного обслуговування, залишаючи тільки соціальний догляд. Водночас, заклади соціальної сфери фактично позбавлені можливості надавати навіть елементарну медичну допомогу — щеплення, крапельниці, масажі, не кажучи вже про оперативне втручання та призначення ліків, оскільки таку допомогу за законом можуть надавати тільки медичні заклади.

На місцевому рівні виконується основна маса діагностичних процедур. У межах цього напрямку також не до кінця зрозуміло, чи буде в рамках ПМГ повноцінно фінансуватися діагностика. Скоріше за все, за цією Програмою оплачуватиметься саме лікування, а фінансовий тягар діагностичних обстежень також ляже на місцеві заклади та місцевий бюджет.

На жаль, реформою практично не передбачено взаємозв'язку фінансування з державного та місцевих бюджетів. Це, відповідно, впливає на гарантії, що можуть надаватися на рівні місцевої влади. Перед збіднілими дотаційними регіонами, що залишаються без субвенцій із державного бюджету, можуть постати великі соціальні проблеми.

2.8. Децентралізація та медична реформа

Великий вплив на реформування охорони здоров'я має децентралізація, під час якої багато повноважень областей і районів передаються на рівень об'єднаних територіальних громад (ОТГ). Ухвалені за останні три роки закони дали ОТГ змогу отримувати доходи, що дозволяють фінансувати зокрема й деякі види медичної допомоги. Однак передачу повноважень поки не завершено. Чинна нормативна база все ще залишає значну частину розпорядчих функцій за районами.

Тож на рівні громади необхідно практично з нуля створити систему надання первинної допомоги. Цього можна досягти шляхом зведення до мінімуму участі районної поліклініки. А це власна мережа терапевтів і педіатрів, послуги гінекологів, лабораторна база, механізм ухвалення рішень про направлення до стаціонару, санаторію, а також низка базових послуг вторинного рівня, зокрема нескладні хірургічні втручання. Також можна обійтися без поїздок до райцентру для проведення підтримувальної терапії в умовах денного стаціонару, організувати спостереження і лікарську підтримку планових хронічних хворих, забезпечити соціально-медичне обслуговування паліативних пацієнтів, базову стоматологічну допомогу. Втім, для того щоб створити повноцінну медичну базу на рівні громад, необхідно на рівні уряду ухвалити низку принципових рішень на доповнення до прийнятого пакету реформ.

У системі медичного реформування в регіонах важливим елементом є робота зі створення госпітальних округів — комплексів, що охоплюють територію проживання в середньому до 200 тисяч осіб, де можна локалізувати всю медичну допомогу (крім лікування найскладніших захворювань, які потребують унікального втручання провідних медичних фахівців). До складу округу входять лікарні інтенсивного обслуговування, де проводиться як екстрене, так і планове хірургічне втру-

чання, а також інтенсивне лікування. Також в окрузі мають бути присутні в чітко розрахованій пропорції лікарні планового лікування, пологові будинки, вузькопрофільні диспансери, заклади реабілітаційного профілю, хоспіс. Створення госпітальних округів дасть змогу забезпечити концентрацію фахівців, постійні тренінги для них, впровадження нових методик, європейських протоколів тощо. У межах території округу допомогу за кожним профілем надаватимуть 1-2 лікарні, а не безліч районних і міських, як це відбувається зараз. Фінансові потоки також концентруватимуться, а у пацієнтів з'явиться можливість оцінювати якість і повноту послуг.

Однак навряд чи ми зможемо найближчим часом спостерігати всі ці позитивні ефекти. Існування колишньої районної та обласної інфраструктури паралельно з новостворюваною, м'яко кажучи, не сприятиме якнайшвидшим змінам. Реальні важелі управління поки зберігаються за районами, і районні органи влади можуть не надто легко погодитися на перепрофілювання своєї лікарні, наприклад, на хоспіс. На стороні чиновників спочатку виступатимуть і жителі району, яким доведеться їхати, скажімо, до сусіднього райцентру навіть на просту операцію. Зміна профілю і спеціалізації медичних установ — це в багатьох випадках також переміщення лікарів, зміна їх місця проживання з усіма супутніми проблемами: зміною шкіл та дитячих садочків для дітей, квартир, новим працевлаштуванням подружжя тощо.

З огляду на все вищезазначене, для ефективної реалізації реформи на місцевому рівні необхідно розв'язати великий комплекс проблем: адміністративних, фінансових і технологічних.

Щодо останнього напрямку реформування — розбудови сучасної системи управління медичною інформацією, то його реалізацію слід розглядати більше з технічної, а не методичної точки зору. МОЗ необхідно докладати активніших зусиль зі створення в Україні системи E-Health на основі міжнародних стандартів.

Розділ III. У реформі зарано ставити крапку

Як бачимо, рух у напрямку необхідних перетворень почався, але залишається все ще багато проблем. Для їх вирішення, на нашу думку, необхідно застосовувати два підходи: коригування та вдосконалення ухвалених рішень, а також впровадження нових важелів, які не були задіяні в існуючому пакеті.

3.1. Перспективи запровадження обов'язкового медичного страхування

Одним із головних і найбільш обговорюваних пунктів, що пропонуються для включення до пакету реформ, є питання обов'язкового медичного страхування (ОМС). На етапі ухвалення базового для реформи Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2186-VIII 2017 року обговорювалися поправки, що давали можливість інтегрувати ОМС у розроблений пакет заходів. Зокрема, пропонувалося включити ОМС як окремий розділ до Закону, виписати головні положення, а потім уже доопрацювати деталі постановами Кабміну. Однак ні урядова сторона, ані більшість депутатів — членів профільного комітету — на це не пішли. Команда МОЗ взагалі не надто розглядає медичне страхування як елемент реформи, а депутати дотримувалися позиції, що закон про ОМС треба приймати окремо, тим більше що у Верховній Раді вже два роки поспіль знаходяться на розгляді три аналогічні законопроекти. Але й досі жоден з цих законопроектів не виносився на перше читання, тому перспективи ОМС уже багато років залишаються ілюзорними.

Чому ж за понад двадцять років розмов про необхідність запровадження ОМС за наявності кількох десятків законопроектів справа не зрушила з місця? Причин декілька. Медичне страхування не зможе ефективно запро-

цювати, поки не буде затверджено стандарти та протоколи надання медичних послуг. На жаль, за останні два роки крапки у цьому питанні досі не поставлено. Було запропоновано міжнародні зразки, але перехід до них не регламентований і є добровільним для закладів. Аналогічна ситуація також і з іншим необхідним елементом запровадження ОМС – нормативно затвердженою прейскурантно-тарифною базою. Без встановлених цін запускатися ОМС було б небезпечно.

Існує ще одна гостра проблема. Так, медичне страхування збільшить навантаження на суб'єкти господарювання, які будуть вносити кошти за працівників у страхові фонди. При цьому внески від самих громадян вважаються такими, що суперечать Конституції України. В результаті від сплати внесків за непрацюючі категорії громадян збільшується навантаження на державний та місцеві бюджети. Одна з причин спротиву ОМС – незацікавленість у його впровадженні з боку частини медиків, оскільки це зменшить тіньові заробітки, що отримуються безпосередньо від пацієнтів.

Але найбільше суперечок викликає питання: хто контролюватиме грошові потоки ОМС. Як завжди, є три головні претенденти, які мають потужних лобістів: страховий ринок, тобто страхові компанії, незалежний соціальний фонд медичного страхування та фонд медичного страхування при МОЗ (або уряді, або новому органі НСЗ).

Ситуація, яка склалася сьогодні в охороні здоров'я, особливо після запровадження бюджетного покриття тільки частини медичних послуг у межах ПМГ, робить запровадження ОМС неминучим. Інакше багато громадян, особливо серед вразливих категорій, залишаться сам на сам із достатньо високими цінами на лікування. Відбудеться швидкий занепад районних та міських закладів охорони здоров'я. При цьому ще не факт, що ПМГ запрацює, як годинниковий механізм, і всі медичні витрати повноцінно оплачуватимуться.

3.2. Заходи з реформування та маршрути пацієнтів

Вочевидь, впроваджувати медичне страхування треба дуже виважено й ефективно. Важливо знайти найоптимальнішу модель – і за навантаженням, і за витратами, а також за напрямками застосування. Його не можна запроваджувати окремо від інших організаційних і фінансових механізмів. Необхідно виробити комплексну модель, у межах якої проаналізувати такий чинник, як маршрути пацієнтів.

Таких маршрутів може бути декілька. Перший – це коли виникає екстрена або невідкладна ситуація: нещасний випадок, раптовий напад, різке загострення, знепритомніння тощо. Тоді пацієнта доставляють до лікарні через систему екстреної допомоги. Другий випадок: людина протягом певного періоду часу нездужає, має біль, жар, погане самопочуття, зовнішні зміни на тілі, нервові розлади, проблемами зі сном, запаморочення, розлади під час справляння природних потреб тощо. Вона звертається до лікаря, за нинішньої моделі – сімейного лікаря, з яким укладено договір. Щоб визначити подальший перебіг лікування, цей лікар має призначити діагностичні обстеження, або (якщо захворювання для нього очевидне і не є складним, наприклад, ГРЗ) певні лікувальні процедури. Третій випадок – людина знає про свою хворобу, є хронічним хворим і звертається до лікаря планово та періодично, часто відповідно до певного графіку або в разі загострень такої хронічної хвороби.

Перший маршрут після проведення операції або інтенсивного лікування може продовжуватися в закладах реабілітаційного профілю, а також в амбулаторних умовах та умовах денного стаціонару.

Другий маршрут у більшості випадків має пролягати через систему діагностики. В залежності від її результатів він може продовжуватися за кількома напрямками: інтенсивне лікування у відповідних стаціонарах; пла-

нове лікування як в лікарні вторинного рівня у цій місцевості, так і на умовах денного стаціонару; амбулаторне лікування під наглядом сімейного лікаря.

Третій маршрут для багаторічних хронічних хворих необов'язково потребує візиту до сімейного лікаря. У низці країн функції сімейного лікаря паралельно виконує вузький спеціаліст за профілем хронічного захворювання. Такий спеціаліст, залежно від ступеня загострення хвороби, може направити пацієнта на планове або інтенсивне лікування до стаціонару, або ж продовжити амбулаторну терапію.

Ефективна система медичного обслуговування має враховувати особливості проходження пацієнтів кожним із зазначених маршрутів.

Перший маршрут безпосередньо пов'язаний із системою екстреної допомоги, включно з доставкою хворих переважно швидкою допомогою та лікуванням у лікарнях інтенсивного профілю. Утримання цього комплексу має базуватися на бюджетно-страховому принципі. Центри доставки – станції швидкої допомоги, а самі лікарні мають утримуватися відповідно до принципів системи Семашка, тобто як заклади. Водночас процес безпосереднього лікування того чи іншого пацієнта слід оцінювати за індивідуальною калькуляцією, враховуючи витрати на ліки, реактиви, амортизацію обладнання, додаткові нарахування на зарплату залежно від коефіцієнтів складності конкретного лікування, що в цілому має формувати так звану страхову вартість. Можна застосовувати базові нормативи за окремими групами витрат та умови, за яких можливі відхилення від базових нормативів. Ця страхова вартість, а саме, індивідуальна частина вартості, відшкодовується через механізм обов'язкового страхування за умови, що кожен громадянин є застрахованим.

Першу частину витрат на утримання закладів, що забезпечують надання інтенсивної допомоги, доцільно було б фінансувати шляхом

надання спеціальної субвенції, яка покривала б витрати на систему доставки – швидку допомогу, лікарні інтенсивного лікування, реабілітаційні заклади, призначені для продовження лікувального процесу згідно з протоколами (наприклад, заклади санаторного типу для людей, які перенесли інсульти, інфаркти, ортопедичні втручання), а також на утримання спеціальних профільних диспансерів. Оптимально надавати таку субвенцію на рівень госпітальних округів, оскільки екстрена та інтенсивна допомога мають бути прив'язані до відповідної кількості жителів. Але поки округи не набудуть належної організаційно-правової форми, виконати це завдання неможливо.

У другому маршруті початковим пунктом є сімейний лікар, і механізми надання ним медичної допомоги та її фінансування у світовій практиці уже достатньо відпрацьовані. Нині у рамках реформи вони впроваджуються і в Україні. Успішність цих кроків багато в чому буде залежати від передачі відповідальності від закладу до самого лікаря, тобто від максимально можливої індивідуалізації роботи лікарів первинної ланки. Звісно, наразі переведення сімейних лікарів у статус фізичної особи-підприємця (ФОП) не вбачається реальним. Але рух в цьому напрямку має бути підтриманий, оскільки це сприятиме підвищенню відповідальності лікарів, зробить їх фактичними утримувачами фондів. Тільки у такому випадку запрацює система справжнього руху коштів за пацієнтом, відповідно до якої направлення пацієнта на наступний рівень супроводжуватиметься фінансовим забезпеченням. Таким чином, можна буде говорити про закладання основ регульованої гонорарної системи.

У цьому контексті постає нагальна потреба в застосуванні обміркованої бонусної системи, за якої доходи лікаря залежатимуть не лише від кількості та віку пацієнтів, а й від низки якісних чинників, що стосуватимуться передусім оцінювання направлень від сімейного лікаря на вторинний стаціонарний рівень. Зокрема, усі випадки госпіталізації можна поділяти на:

- Нещасні випадки й несподівані загострення;
- Загострення хронічної хвороби;
- Захворювання, що потребують госпіталізації, але вчасно не виявлені на первинному рівні;
- Вчасно виявлені на первинному рівні захворювання, до лікування яких сімейний лікар вжив усіх можливих заходів;
- Захворювання, виявлені первинним лікарем, але пацієнт ухилявся від лікування.

Варто зважати на ще одне делікатне питання. У нас і досі діє стереотип радянських часів: навіть за незначного погіршення самопочуття радять одразу звертатися до лікаря. Біля кабінетів сімейних лікарів вишиковуються величезні черги, і, в результаті, в багатьох випадках ті рекомендують стандартний набір відомих препаратів, які за відсутності рецептурної системи відпуску ліків можна придбати в аптеці й без візиту до амбулаторії. Лікарі невинувато перевантажені, не залишається часу на профілактику, тому ефект від роботи є незначним. Можливо, варто розглянути запровадження так званих «граничних порогів» надання первинної медичної допомоги, що практикуються багатьма країнами, тобто нормативно визначити набір симптомів і синдромів, показників стану здоров'я, за яких потрібно звертатися до сімейного лікаря. У разі відсутності таких порогових показників людина надаватиме собі допомогу в межах традиційних знань. Це дасть змогу заощаджувати бюджетні кошти, а сімейні лікарі більше уваги приділятимуть важким випадкам. Аналогічно, слід розробити показники «критичних порогів для госпіталізації».

3.3. Перегляд підходів до організації та фінансування діагностики

Вдосконалення роботи первинної ланки можливе в разі проведення комплексної диспансеризації населення, тобто його обстеження для встановлення загального стану здоров'я

кожного громадянина, виявлення латентних захворювань як у хронічній, так і в гострій формі, отримання базової інформації щодо супутніх чинників — способу життя, побутових особливостей, впливу оточення. За результатами такої диспансеризації можна буде скласти своєрідний медичний паспорт для кожної людини, що дасть сімейним лікарям змогу оперувати реальною інформацією. Також необхідно передбачити обов'язковість такого обстеження на законодавчому рівні, що дасть змогу більш ефективно впровадити медичне страхування.

А от наступна ланка у цьому маршруті видається найскладнішою. Йдеться про діагностику, від результатів якої залежатиме подальший профіль медичного обслуговування. Як вже зазначалося, поточна модель реформування не приділяє достатньо уваги цьому питанню. Сьогодні діагностика відбувається на всіх рівнях надання допомоги. На первинному рівні частина досліджень здійснюється в поліклініці (ЦПМСД), зокрема аналізи, ЕКГ, рентген. В ухвалених цього року документах вони зазначені як такі, що гарантовано фінансуються з бюджету, хоча реальні потужності лабораторій та коефіцієнт 370 грн. на одного пацієнта навряд чи дозволяють це реалізувати. У разі направлення пацієнта до лікарні він проходить повторну діагностику двічі — спочатку перед госпіталізацією, а потім в процесі лікування. Розробка та провадження Програми медичних гарантій не дали чіткої відповіді на питання, чи будуть витрати на діагностику в стаціонарі повноцінно фінансуватися з бюджетних коштів. Адже до проведення досліджень діагноз іще не поставлено, тож невідомо, чи входить це захворювання до переліку в ПМГ. Якщо йтиметься про серйозне захворювання, то пацієнта чекає ще й лікарня вищого (третинного) рівня, де він вчетверте підлягатиме проведенню діагностичних процедур, джерела оплати яких також не визначені.

З огляду на це, ефективніше було б, мабуть, запровадити наступний механізм. Держава створює мережу спеціалізованих діагностич-

но-консультаційних центрів із високоякісним обладнанням та кваліфікованими кадрами. Такі центри мають стати універсальними закладами, де здійснюється діагностика усіх пацієнтів на всіх рівнях надання допомоги. Проходження діагностики за направленням лікаря або медичного закладу має бути безкоштовним для пацієнтів. Діагностика за власною ініціативою пацієнта надається як платна послуга.

За умови, що кожна людина має бути застрахована в системі ОМС, результати діагностики виконуватимуть роль своєрідного акту про фіксацію страхового випадку. Якщо за результатами діагностики людина потребує інтенсивного лікування, то її направляють до відповідного закладу, де страховка покриває зазначені індивідуальні витрати на лікування. Якщо за діагностичним висновком передбачено амбулаторне лікування, то страхові виплати прив'язуються до відшкодування витрат на ліки. У разі коли після діагностичного центру пацієнта скеровують на планове лікування або денний стаціонар, то доцільним буде пропорційне покриття витрат із залученням страхового відшкодування та виплат із місцевого бюджету.

3.4. Подальше реформування медичної допомоги на рівні місцевого самоврядування

Третій маршрут вимагає складнішої системи організації та фінансування. Хронічні хворі потребують більше підтримуючого лікування за стандартними протоколами. Як правило, це кардіологічні, гастроентерологічні, урологічні хворі, діабетики, хворі на низку інших нозологій. Планове лікування супроводжується призначеннями лікаря і виконанням приписаних процедур — крапельниць, фізіотерапії, щеплень, які виконує молодший медичний персонал. У розвинутих країнах великий сегмент ринку припадає на заклади медико-соціального профілю — так звані «центри сестринської допомоги» та лікарні соціального

догляду. Такі заклади перебувають на межі медичної та соціальної сфер і дають змогу раціонально використовувати бюджетні кошти, поєднуючи лікування та догляд за хворими, особливо людьми пенсійного віку, забезпечувати якісну паліативну та реабілітаційну допомогу.

Формуючи госпітальні округи, можливо, варто створити такі медико-соціальні центри на базі частини стаціонарів вторинного рівня у райцентрах або дільничних лікарень. Важливо буде законодавчо визначити окремий статус таких установ, які є не суто медичними, а соціально-медичними закладами. Це дасть змогу підключити до фінансування бюджетні кошти, що виділяються на забезпечення повноважень системи Мінсоцполітики, тим більше, що Конституція України не містить жорстких вимог щодо безкоштовності соціальних послуг. Саме у цьому випадку можна буде побудувати обґрунтовану систему багатоканального фінансування та реальної співоплати. Медичні послуги можуть фінансуватися за затвердженими капітаційними нормативами за один день перебування, соціальний догляд — за аналогічними подушними нормативами у прив'язці до одного дня, а частину витрат можна перевести у платну складову, що фінансується коштами пацієнтів або місцевих бюджетів. Ухваливши такі зміни, ми розширимо можливості для отримання небюджетного фінансування та посилимо опіку з боку органів соціального захисту.

У визначенні статусу таких закладів нам часто заважає стереотип, що стаціонар має бути закладом вторинного рівня. Такий поділ на рівні надання медичної допомоги є доволі умовним, і відповідні центри можуть стати окремим типом закладів, куди скеровуватимуть пацієнтів як від амбулаторії сімейного лікаря, так і від стаціонару. При цьому створення медико-соціальних центрів не має виключати надання таких послуг як у спеціалізованих відділеннях при поліклініках, так і у відділеннях амбулаторного профілю при лікарнях. Застосування тих чи інших організаційних форм — це справа кожної громади.

Друга частина цього маршруту стосується ургентних випадків у разі загострення хронічного захворювання, коли виникає потреба в інтенсивному лікуванні. Тут можна задіяти вищезазначену схему: страховий поліс покриватиме витрати на конкретне лікування за винятком так званих «готельних» та адміністративних витрат.

Бюджетну та страхову системи можна поєднати на рівні ОТГ. Основним джерелом сплати страхових внесків для стаціонарного лікування мають стати місцеві бюджети ОТГ. У зв'язку з цим у відповідних бюджетах слід передбачити таку програму як «Фінансування витрат на медичне обслуговування за встановленим переліком захворювань через застосування системи медичного страхування». За нашими розрахунками, щоб забезпечити фінансування через таке страхування на рівні 50 млрд. грн. на рік, необхідно, щоб кожен житель ОТГ сплачував страховий внесок на рівні до 200 грн. на рік, або 18 грн. на місяць. Для ОТГ чисельністю 15 тисяч жителів сумарні витрати в місцевому бюджеті за такою програмою не перевищуватимуть 240 тис. грн. на рік. Причому гроші можна вносити страховику поквартально і навіть помісячно. Це повністю прийнятні витрати з урахуванням доходів ОТГ на сьогоднішній день.

3.5. Інші кроки з реформування

Оскільки на початковому етапі запровадження системи обов'язкового медичного страхування важливо забезпечити гарантії з боку держави щодо ефективності та цільового спрямування коштів, можна було б створити державну медичну страхову компанію, філії якої мали б функціонувати на умовах госпрозрахунку в кожній області. Аналогічний підхід застосовується вже понад 10 років в Молдові і дає гарні результати. Створення державної страхової компанії не суперечить законодавству України, таку організаційно-правову форму передбачено Законом «Про страхування» № 85/96-ВР, що був прийнятий у

1996 році.²⁰ Компанія має пропонувати страхові продукти, які насамперед гарантуватимуть оплату витрат на найважчі та найдорожчі для лікування захворювання — онкологічні, гострі та складні випадки серцево-судинних захворювань, урологічні, гастроентерологічні та інші — в тій частині, яка не покриватиметься через Національну службу здоров'я. Також необхідними є страхові продукти, що покриватимуть витрати на лікування тих захворювань, які взагалі не ввійдуть до Програми медичних гарантій. Учасниками такої системи страхування можуть стати і приватні страхові компанії (через систему співстрахування та перестрахування шляхом підписання відповідних договорів із державною компанією).

Ще одним важливим напрямом реформування може стати посилення орієнтації на лікаря, а не на заклад. Такий підхід давно обговорюється в експертних колах, а нещодавно на нього звернуло увагу МОЗ. Ідеться про практику багатьох країн світу — отримання лікарями індивідуальних ліцензій на ведення медичної практики та покладання на них персональної професійної відповідальності за результати наданих послуг. На первинному рівні відсутність орієнтації на лікаря, а не на заклад, уже гальмує реформування, оскільки не сприяє ефективності нової системи фінансування. Впровадження такого підходу можливе також на третинному рівні: для виконання складної та висококваліфікованої лікувальної програми (особливо оперативного втручання) пацієнт матиме право обрати конкретного лікаря, укласти з ним договір, а лікар тоді зможе обрати заклад на умовах оренди як обладнане приміщення, найняти асистентів, молодший персонал, анестезіологів — своєрідна форма медичного бригадного підряду. Для впровадження такої системи необхідно передбачити низку умов. За наявності обов'язкового страхування лікарю на законодавчому рівні слід забезпечити право на отримання страхового відшкодування.

20. Закон України «Про страхування» No. 85/96-ВР від 07.03.1996 (Відомості Верховної Ради України, 1996, No. 18, стаття 78).

Поки ОМС ще немає, можна розробити систему нормативів фінансування за конкретними видами висококваліфікованої допомоги, а одержувачем, крім лікаря, може також виступати пацієнт або первинний лікар пацієнта. Принаймні варто обміркувати такі підходи і, можливо, реалізувати пілотні проекти.

Окремим і не до кінця вирішеним питанням є застосування платних послуг. Як зазначалося вище, під час розробки механізму здійснення реформи її автори так і не скористалися підказкою Конституційного суду, закладеною у його рішенні від 2002 року щодо визначення переліку платних медичних послуг у законі.²¹ У разі здійснення такого кроку, одразу з'явиться легітимна основа для зниження бюджетного навантаження шляхом розширення такого переліку. До нього можуть увійти допомога, яка надається без направлення лікаря; соціально-побутові послуги (так звані «готельні»), особливо в разі запиту щодо підвищеної якості та більшої кількості послуг порівняно із запропонованими у закладі; консультації спеціально запрошених хворим фахівців; діагностика, лікування, реабілітація, не передбачені протоколами і стандартами; медичне обслуговування поза встановленим лікарем або закладом графіком, у неробочий час, за межами закладу тощо.

Також необхідно виробити більш чіткі критерії визначення послуг, що входять до гарантованого пакету. За кожною з нозологій слід визначити доцільність включення до пакету і, відповідно, бюджетної оплати таких стадій, як підготовка, безпосереднє лікування, реабілітація. Наприклад, у разі апендектомії до пакету достатньо включити тільки проведення самої операції, а в разі шунтування – також підготовку і реабілітацію. За низкою нозологій, наприклад, пневмонією, необхідно охоплювати лікування до повного одужання. А в інших випадках, наприклад інсульту, достатньо отримання позитивної тенденції. У

деяких випадках гарантована частина може бути не пов'язана з результатом, наприклад, якщо ідеться про паліативних хворих.

Як бачимо, у реформуванні медицини ще багато невиконаних завдань. Для вирішення цих питань Україна має фахове експертне середовище. Наразі, напевно, бракує організаційних зусиль для ефективного залучення таких експертів до процесу, але сподіваємося на позитивні зрушення у цьому напрямку.

21. Рішення Конституційного суду України No. 10-рп/2002 від 29.05.2002 (Вісник Конституційного суду України, 2002, No. 3, стор. 19).

Для нотаток

Автор:

Яковенко Ігор Валентинович, кандидат економічних наук, доцент.

Народився 28 вересня 1956р. Закінчив Київський національний економічний університет (колишній Інститут народного господарства). У 1984 р. захистив кандидатську дисертацію. Працював на відповідальних посадах в органах державної влади (у т.ч. в Секретаріаті Кабінету Міністрів України, Головою державного комітету, заступником Міністра охорони здоров'я), викладав в університетах, має досвід роботи в бізнесі. Залучався в якості експерта та консультанта до роботи в проектах надання допомоги Україні в системі ТАСІС, Світового банку, ПроООН (UNDP). Зараз працює доцентом в Київському університеті імені Бориса Грінченка.

Вихідні дані

Фонд імені Фрідріха Еберта | Представництво в Україні
01004 Україна, Київ, Пушкінська 34

Відповідальний за друк:

Марсель Рьотіг | Директор, ФФЕ Київ
Тел.: +38 (044) 234 0038 | Факс: +38 (044) 451 4031
<http://fes.kiev.ua>

Замовлення публікацій:

mail@fes.kiev.ua

Комерційне використання усіх публікацій, виданих Фондом ім. Фрідріха Еберта (ФФЕ) не дозволяється без письмового дозволу ФФЕ.

Представництво Фонду ім. Фрідріха Еберта в Україні

Фонд ім. Фрідріха Еберта (ФФЕ) - це політичний фонд, центральний офіс якого знаходиться у Німеччині. Наша діяльність зосереджена на ключових ідеях та цінностях соціал-демократії: свобода, справедливість та солідарність. Наша міжнародна співпраця забезпечуєть-

ся мережею представництв в більш ніж 100 державах. Наші зусилля спрямовані на підтримку політики мирної співпраці та прав людини, допомогу у створенні та консолідації демократичних інститутів, що базуються на засадах соціальної справедливості та верховенства права, такими як вільні профспілки та сильне громадянське суспільство.

Ми активно виступаємо за соціальну, демократичну та конкурентоздатну Європу в рамках євроінтеграційних процесів. Саме в дусі цих принципів Представництво ФФЕ у Києві, з часу свого заснування у 1996 році, підтримує діалог з українськими партнерами, в тому числі із ширшого кола питань, таких як демократичний сталий розвиток та безпека людини.

Погляди, висловлені у цій публікації, не обов'язково відображають погляди Фонду ім. Фрідріха Еберта або організацій, де працюють автори

ISBN 978-617-7157-87-7