

УКРАЇНА: ОГЛЯД РЕФОРМИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 2016–2019

Спільний звіт ВООЗ та Світового банку



УКРАЇНА: ОГЛЯД РЕФОРМИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 2016–2019

Спільний звіт ВООЗ та Світового банку

Анотація

У 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з власної кишені» шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування. Цей звіт складено на основі спільного огляду ВООЗ та Світового банку, проведеного у квітні-липні 2019 року, з метою аналізу прогресу впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні для досягнення цих цілей. Основним висновком звіту є те, що загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг. Впровадження реформи відбувається успішно, створено Національну службу здоров'я України як найважливішого провідника змін у системі охорони здоров'я, а також починають з'являтися відчутні результати на рівні первинної медичної допомоги. Однак, на горизонті присутні також серйозні виклики. Загальна макрофінансова ситуація в Україні залишається складною. Як результат, підвищення ефективності, зокрема за рахунок реструктуризації лікарень, матиме ключове значення для демонстрації результатів реформи. Забезпечення загальної стабільності розподілу бюджету на охорону здоров'я та визнання пріоритетною сфери громадського здоров'я (заохочення до здорового способу життя та попередження захворювань) і первинної медичної допомоги матиме ключове значення для покращення медичних послуг на первинній ланці. Місцеві органи влади повинні відігравати важливу роль як власники установ і органи фінансування, проте необхідний подальший політичний діалог щодо узгодження децентралізованих функцій з пріоритетами національної політики в галузі охорони здоров'я. Для забезпечення сталості реформи важливо забезпечити розподіл відповідальності за її проведення між основними зацікавленими сторонами, включаючи місцеві органи влади, надавачів послуг та населення. Якщо послідовно впроваджувати реформу та продовжувати виважений політичний діалог, з цими викликами вдасться впоратися і можна очікувати, що найближчими роками реформа принесе відчутні результати у вигляді покращення показників здоров'я та зниження фінансового тягаря для населення.

Ключові слова

UNIVERSAL COVERAGE
HEALTH FINANCING
DELIVERY OF HEALTH CARE
PRIMARY HEALTH CARE
UKRAINE

Запити щодо публікацій Європейського регіонального бюро ВООЗ прохання надсилати за адресою:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Крім того, запити на отримання документації, інформації з питань охорони здоров'я чи дозволу на цитування чи переклад документів ВООЗ можна подавати у відповідній електронній формі на веб-сайті Європейського регіонального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019

Усі права захищені. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я охоче задовольняє запити про дозвіл на відтворення чи переклад своїх публікацій, частково чи повністю.

Позначення, які використовуються в цій публікації, і наведені в ній матеріали не відображають якої б то не було думки Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо правового статусу тієї чи іншої країни, території, міста чи району або їхніх органів влади, або щодо делімітації їхніх кордонів. Пунктирними лініями на географічних картах позначені приблизні кордони, стосовно яких повної згоди поки не досягнуто.

Згадування тих чи інших компаній або продуктів певних виробників не означає, що Всесвітня організація охорони здоров'я підтримує чи рекомендує їх, надаючи їм перевагу порівняно з іншими компаніями чи продуктами аналогічного характеру, які в тексті не згадуються. За винятком випадків, коли допущено помилки чи пропуски, назви патентованих продуктів виділяються початковими прописними літерами.

Всесвітня організація охорони здоров'я вжила всіх розумних запобіжних заходів, щоб перевірити інформацію, яка міститься в цій публікації. Водночас опубліковані матеріали поширюються без будь-якої гарантії їхньої правильності – явно вираженої чи такої, що мається на увазі. Відповідальність за тлумачення і використання матеріалів лягає на читача. Всесвітня організація охорони здоров'я за жодних обставин не несе відповідальності за шкоду, яка випливає з їхнього використання. Думки, висловлені в цій публікації авторами, редакторами або групами експертів не обов'язково відображають рішення чи офіційну політику Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Дизайн звіту та обкладинки: Крістоф Лану, Париж, Франція
Фотографії: Shutterstock.com, Віктор Хок (Unsplash.com).

Зміст

Слова вдячності	v
Список скорочень	v
Резюме	vi
Цілі та завдання спільного огляду	1
РОЗДІЛ 1. КОРОТКИЙ ОГЛЯД РЕФОРМИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	3
РОЗДІЛ 2. ОГЛЯД ПРОГРЕСУ ТА ВИКЛИКІВ В УПРАВЛІННІ	7
2.1 Вступ	7
2.2 Огляд ключових політик	7
2.2.1 Правовий статус, структури управління та нагляду НСЗУ	7
2.2.2 Визначення цілей та забезпечення узгодженої, стабільної політики та стратегічного курсу для НСЗУ	8
2.2.3 Чіткий розподіл повноважень щодо прийняття рішень	9
2.2.4 Інституційний розвиток НСЗУ: кваліфіковані людські ресурси, системи даних та інформаційні системи	10
2.2.5 Жорстке та реалістичне фіскальне обмеження	10
2.2.6 Підзвітність НСЗУ щодо показників ефективності	11
2.2.7 Процес реформи, міжвідомчі відносини та комунікація	12
2.3 Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору	13
2.3.1 Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я	13
2.3.2 Узгодження з управлінням державними фінансами	14
2.3.3 Узгодження з політиками місцевого самоврядування	14
2.4 Поточний вплив політик на цілі реформи	15
2.5 Очікувані виклики	16
2.5.1 Визначення реалістичних цілей та фіскальних обмежень	16
2.5.2 Розвиток зрілих органів нагляду за діяльністю НСЗУ	16
2.5.3 Розробка механізмів координації між НСЗУ та Міністерством охорони здоров'я і органами місцевого самоврядування	16
2.6 Рекомендації щодо політики	17
РОЗДІЛ 3. ЗМІНИ ФІСКАЛЬНОГО ПРОСТОРУ, МЕХАНІЗМІВ ЗБОРУ ДОХОДІВ І ПУЛІНГУ РЕСУРСІВ	19
3.1 Вступ	19
3.2 Огляд ключових політик	20
3.3 Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору	23

3.4	Поточний вплив політик на цілі реформи	27
3.5	Очікувані виклики	29
3.6	Рекомендації щодо політики	30
РОЗДІЛ 4. ЗАПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ПМД І ПРИСКОРЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПОСЛУГ		33
4.1	Вступ	33
4.2	Огляд ключових політик	33
4.3	Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору	39
4.4	Поточний вплив політик на цілі реформи	39
4.5	Очікувані виклики	42
4.6	Рекомендації щодо політики	44
РОЗДІЛ 5. ПІДГОТОВКА ДО РОЗШИРЕННЯ СТРАТЕГІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ЗА МЕЖІ ПМД		47
5.1	Вступ	47
5.2	Огляд ключових політик	47
5.2.1	Організація послуг стаціонарної медичної допомоги в Україні	47
5.2.2	Пілотні закупівлі послуг стаціонарної медичної допомоги	50
5.2.3	Підготовка до запуску закупівель послуг стаціонарної медичної допомоги у 2020 році	51
5.2.4	Закупівлі послуг амбулаторної вторинної медичної допомоги	53
5.2.5	Закупівлі послуг екстреної медичної допомоги	54
5.3	Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору	55
5.4	Поточний вплив політик на цілі реформи	56
5.5	Очікувані виклики	57
5.6	Рекомендації щодо політики	60
РОЗДІЛ 6. РОЗРОБКА ПРОЗОРОГО І СПРАВЕДЛИВОГО ПАКЕТУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ		63
6.1	Вступ	63
6.2	Огляд ключових політик	63
6.3	Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору	67
6.4	Поточний вплив політик на цілі реформи	68
6.5	Очікувані виклики	69
6.6	Рекомендації щодо політики	71
РОЗДІЛ 7. РЕЗЮМЕ КЛЮЧОВИХ ПОЛІТИЧНИХ ВИСНОВКІВ ТА РЕКОМЕНДАЦІЙ		75



Слова вдячності

Цей звіт підготовлений спільною командою Європейського регіонального бюро ВООЗ та Світового банку. З боку ВООЗ команду очолювала Мелітта Якаб (старший економіст з питань охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро ВООЗ), а до складу команди входили: Еліна Далє (технічний експерт з питань фінансування охорони здоров'я, Штаб-квартира ВООЗ), Йенс Вілкенс (експерт з економіки охорони здоров'я, Швеція), Лорейн Хоукінс (експерт з питань врядування та державних фінансів, Великобританія), Ольга Зусь (експерт з економіки охорони здоров'я, Казахстан), Олександр Кацага (радник з фінансування охорони здоров'я, Канада) та Ярно Хабіхт (представник ВООЗ в Україні).

З боку Світового банку до команди входили: Аджай Тандон (провідний економіст), Ірина Постолювська (економіст), Олена Дорошенко (економіст) та Фон Зао (керівник програми).

Місія, яка підготувала цей звіт, мала натхненні та інформативні дискусії з представниками національних та місцевих органів влади (Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я України (НСЗУ), Міністерства фінансів, Київської міської державної адміністрації). Члени місії також відвідали заклад первинної медичної допомоги (Поліклініка № 1 Печерського району міста Києва). У Львові місія взяла участь у заході Міністерства охорони здоров'я та НСЗУ для представників органів місцевого самоврядування та надавачів медичних послуг з чотирьох регіонів (Івано-Франківської, Львівської, Тернопільської та Закарпатської областей) для обговорення наступних кроків у запровадженні контрактної моделі. У результаті, попередні спостереження місії були надані представникам Агентства США з міжнародного розвитку та Європейського Союзу.

Список скорочень

ЦОВВ	Центральний орган виконавчої влади
ДСГ	Діагностично споріднена група
ЕМД	Екстрена медична допомога
ВВП	Валовий внутрішній продукт
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду
Закон №2168	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»
MTBF (medium-term budget framework)	Середньострокова бюджетна рамка
НІЗ	Неінфекційні захворювання
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ОЕСР	Організація економічного співробітництва та розвитку
ООР (out-of-pocket)	Витрати «з кишені»
РГК	Рада громадського контролю
ПФУ	Пенсійний фонд України
ПМД	Первинна медична допомога
ПМГ	Програма медичних гарантій
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку

Резюме

У 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з власної кишені» шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та поліпшення доступу до якісного медичного обслуговування. Комплексна стратегія передбачала першочергове здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я для того, щоб прискорити перетворення у сфері надання медичних послуг (як для окремих осіб, так і для населення), стимулювати досягнення необхідних результатів, впроваджуючи інформаційні технології в якості каталізаторів. Після розробки та затвердження стратегії урядом, парламент прийняв новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який регулює фінансування системи охорони здоров'я. Також була створена Національна служба здоров'я України, щоб розпочати стратегічні закупівлі медичних послуг, визначених у гарантованому пакеті.

Протягом квітня-липня 2019 року ВООЗ та Світовий банк проводили спільну оцінку впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я з 2016 року з метою аналізу та підведення проміжних підсумків реформи. Відповідний візит делегацій відбувся 20-24 травня 2019 року. Спільна оцінка мала на меті задокументувати вплив реформи на визначені цілі (доступ, якість, ефективність надання медичних послуг та захист від фінансового тягаря), визначити відповідність передовим міжнародним практикам, висвітлити майбутні виклики та надати стратегічні рекомендації щодо шляхів їх подолання.

Спільна оцінка охоплювала шість напрямів: (i) виклики, пов'язані з урядуванням у сфері фінансування охорони здоров'я; (ii) оцінка змін фіскального простору, механізму збору доходів та пулінгу (об'єднання) ресурсів; (iii) оцінка впровадження стратегічних закупівель медичних послуг та оцінка перетворень на рівні первинної медичної допомоги з використанням цифрових технологій для прискорення прогресу; (iv) огляд варіантів підготовки до стратегічних закупівель послуг поза первинною медичною допомогою за участю закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, та лікарень; (v) прогрес у розробці чітко визначеного гарантованого пакету медичних послуг як з точки зору процесу, так і з точки зору змісту; та (vi) визначення уроків, засвоєних у процесі реформ для наступного покоління реформаторів.

У рамках проведення оцінки команда ВООЗ та Світового банку сформулювала основні висновки щодо запровадження стратегії фінансування системи охорони здоров'я за період 2016-2019 років, а також щодо майбутніх викликів та можливостей.

Висновок

#1

Дизайн реформи

Загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг. Якщо послідовно впроваджувати реформу далі, можна очікувати, що найближчими роками вона принесе відчутні результати у вигляді покращення показників здоров'я та зниження фінансового тягаря для населення.

Висновок

#2

Узгодження з цілями розвитку

Реформа фінансування системи охорони здоров'я добре узгоджується із загальними цілями розвитку України і, за умови її послідовної реалізації, вона також повинна принести дивіденди у вигляді поліпшення економічних результатів та забезпечення фіскальної дисципліни.

**Висновок
#3**

Хід виконання

Впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я відбувається успішно. Створено єдиного закупівельника послуг – Національну службу здоров'я України. Добре просуваються реформи, пов'язані з первинною медичною допомогою (ПМД), включаючи розробку гарантованого пакету послуг первинної медичної допомоги, перетворення центрів первинної медичної допомоги на автономні суб'єкти господарювання, запровадження оплати ПМД на основі капітаційної ставки з вільним вибором пацієнтом свого сімейного лікаря, а також реімбурсацію вартості окремих лікарських засобів за електронним рецептом. Ухвалення парламентом закону про Державний бюджет України на 2020 рік забезпечить безперервне продовження реформ.

**Висновок
#4**

Фактори успіху

Однією з ключових причин успішного впровадження реформи на сьогоднішній день є стійкі політичні зобов'язання та якісні міжвідомчі відносини між Кабінетом Міністрів, Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України та Міністерством фінансів. У перспективі вкрай важливо, щоб ці відносини продовжували зміцнюватися і підтримуватися.

**Висновок
#5**

Агенти змін

Зараз Національна служба здоров'я України є найважливішим провідником змін у системі охорони здоров'я. Для того, щоб вона відіграла ключову роль в подальшій трансформації системи охорони здоров'я України, потрібні постійний інституційний розвиток і нарощення потенціалу.

**Висновок
#6**

Фіскальний контекст і підвищення ефективності

Загальна макрофінансова ситуація в Україні залишається складною. Як результат, підвищення ефективності матиме ключове значення для демонстрації результатів реформи і створення можливостей для подальшої підтримки пріоритетних дій; зокрема, суттєвим буде підвищення ефективності за рахунок реструктуризації лікарень, що потребуватиме політичної підтримки і витривалості.

**Висновок
#7**

Стабільність бюджетних призначень на охорону здоров'я

Забезпечення загальної стабільності розподілу бюджету на охорону здоров'я матиме ключове значення для подальшого впровадження реформи системи охорони здоров'я і дозволить зберегти ресурси, отримані від підвищення ефективності, та перетворити їх на кращу якість охоплення та надання послуг.

**Висновок
#8**

Визначення пріоритетів

Фінансування в необхідному обсязі і визнання пріоритетною сфери громадського здоров'я (заохочення до здорового способу життя та попередження захворювань) і первинної медичної допомоги потребує захисту в межах бюджетного розподілу, щоб реформа стаціонарної допомоги не змістила фокус від важливості фінансування послуг на первинній ланці.

**Висновок
#9**

**Узгодження
національної та
місцевої політик
в галузі охорони
здоров'я**

Місцеві органи влади повинні відігравати важливу роль як власники установ і органи фінансування, проте необхідний подальший політичний діалог щодо того, яким чином узгодити децентралізовані функції з пріоритетами національної політики в галузі охорони здоров'я.

**Висновок
#10**

**Основна увага на
наданні послуг**

Стратегічні закупівлі і нові фінансові стимули добре продумані і якісно розроблені, реалізація йде успішно; проте для досягнення змін в клінічній практиці на місцях потрібен ширший спектр інструментів, таких як інституціоналізовані механізми підвищення якості.

**Висновок
#11**

**Взаємна згода
зацікавлених
сторін**

Для забезпечення сталості реформи важливо забезпечити розподіл відповідальності за її проведення між основними зацікавленими сторонами, включаючи місцеві органи влади, надавачів послуг та населення.



ЦІЛІ ТА ЗАВДАННЯ СПІЛЬНОГО ОГЛЯДУ

Протягом квітня-липня 2019 року ВООЗ та Світовий банк проводили спільну оцінку впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я з 2016 року з метою аналізу та підведення проміжних підсумків реформи. Відповідний візит делегацій відбувся 20-24 травня 2019 року. Спільна оцінка мала на меті задокументувати вплив реформи на визначені цілі, визначити відповідність передовим міжнародним практикам, висвітлити майбутні виклики та надати стратегічні рекомендації щодо шляхів їх подолання.

Спільний огляд охопив шість технічних напрямів:

- 1.** огляд викликів, що пов'язані з урядуванням у сфері фінансування охорони здоров'я, зважаючи на зміни інституційних функцій та взаємовідносин із запровадженням Національної служби здоров'я України, автономізацією надавачів медичних послуг та роллю місцевих органів самоврядування як власників закладів охорони здоров'я;
- 2.** оцінка змін фіскального простору і перспектив з урахуванням механізмів збору доходів та пулінгу (об'єднання) ресурсів, з особливою увагою на видатки органів місцевого самоврядування на охорону здоров'я;
- 3.** оцінка впровадження стратегічних закупівель медичних послуг та оцінка перетворень на рівні первинної медичної допомоги з використанням цифрових технологій для прискорення прогресу;
- 4.** огляд варіантів підготовки до стратегічних закупівель послуг поза первинною медичною допомогою за участю закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, та лікарень;
- 5.** прогрес у розробці чітко визначеного гарантованого пакету медичних послуг як з точки зору процесу, так і з точки зору змісту; та
- 6.** визначення уроків, засвоєних у процесі реформ для наступного покоління реформаторів.

Даний звіт містить основні висновки огляду. Звіт побудовано наступним чином: Розділ 1 надає короткий огляд ключових змін в рамках реформи фінансування системи охорони здоров'я; Розділи 2-6 надають глибокий аналіз ключових фінансових політик у сфері охорони здоров'я, зосереджуючи увагу на врядуванні (Розділ 2), фіскальному просторі, механізмах збору доходів та пулінгу (об'єднання) ресурсів (Розділ 3), стратегічних закупівлях послуг первинної медичної допомоги (Розділ 4), підготовці до стратегічних закупівель послуг поза межами первинної медичної допомоги (Розділ 5) та структурі гарантованого пакету медичних послуг (Розділ 6). Розділ 7 підсумовує ключові питання політики у галузі охорони здоров'я, висвітлені у попередніх розділах, та представляє заключні рекомендації щодо політики для впровадження у майбутньому.



КОРОТКИЙ ОГЛЯД РЕФОРМИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

У 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з кишені» (англ. OOP) шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування. Комплексна стратегія передбачала першочергове здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я для того, щоб прискорити перетворення у сфері надання медичних послуг (як для окремих осіб, так і для населення) та впровадити інформаційні технології в якості каталізаторів.

Стратегія фінансування системи охорони здоров'я була сформульована в концептуальному документі, який був затверджений Кабінетом Міністрів України.¹ У жовтні 2017 року парламент ухвалив новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»² (Закон №2168), який регулює фінансування системи охорони здоров'я, та пакет відповідних підзаконних нормативно-правових актів. Цей пакет документів створив міцну правову та політичну основу для впровадження нових механізмів фінансування охорони здоров'я (Табл. 1.1). Передбачалася поетапна реалізація реформи. Перший етап реформи зосереджено на первинній медичній допомозі (ПМД), а другий – на вторинній і третинній. Впровадження другого етапу заплановано на 2020 рік.

Таблиця 1.1. Основні законодавчі та нормативно-правові акти

№ документа	Назва документа	Дата затвердження	Рівень затвердження
1013-р	Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я»	30 листопада 2016	Кабінет Міністрів
180	Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки»)	16 березня 2017	Кабінет Міністрів
2168-VIII	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	19 жовтня 2017	Парламент
2206-VIII	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	14 листопада 2017	Парламент
1101-2017-п	Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України»	27 грудня 2017	Кабінет Міністрів

¹ Розпорядження Кабінету Міністрів «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» № 1013-р (<https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249626689>, станом на 22 серпня 2019 року, українською мовою).

² Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>, станом на 22 серпня 2019 року, українською мовою).

Таблиця 1.1. Основні законодавчі та нормативно-правові акти

№ документа	Назва документа	Дата затвердження	Рівень затвердження
2246-VIII	Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік»	7 грудня 2017	Парламент
503	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»	19 березня 2018	Міністерство охорони здоров'я
504	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»	19 березня 2018	Міністерство охорони здоров'я
407	Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»	25 квітня 2018	Кабінет Міністрів
2696-VIII	Закон України «Про Державний бюджет України на 2019 рік»	28 лютого 2019	Парламент

Свою підтримку стратегії реформи фінансування системи охорони здоров'я висловили ВООЗ та Світовий банк. На форумі для політичного діалогу, який відбувся у 2016 році, ВООЗ та Світовий банк разом з іншими партнерами з розвитку, включаючи Уряд Канади, Європейську Комісію, Глобальний фонд, Швейцарську агенцію з розвитку та співробітництва, Дитячий фонд ООН, виступили зі спільною заявою, підкресливши, що «бачення України щодо реформи системи охорони здоров'я надихає, і воно розроблене на засадах прозорого демократичного процесу». Ці ж самі акценти прозвучали і в окремій заяві Агентства США з міжнародного розвитку (USAID). ВООЗ та Світовий банк, а також інші партнери, підтримують Уряд України у запровадженні амбітного пакету реформ фінансування системи охорони здоров'я.

Із прийняттям законодавчих та нормативно-правових актів розпочалося швидке впровадження нової системи фінансування охорони здоров'я. 1 квітня 2018 року Уряд України створив єдиного замовника (закупівельника) медичних послуг – Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – та затвердив положення, необхідні для його функціонування. НСЗУ – це національний страховий орган, що забезпечує охоплення населення визначеним гарантованим пакетом медичних послуг у межах доступного фіскального простору. Було призначено Голову НСЗУ, після чого основна команда служби розпочала практичну реалізацію стратегії фінансування системи охорони здоров'я, направляючи основні зусилля на первинну медичну допомогу.

Укладання договорів із надавачами ПМД розпочалося через кілька місяців після створення НСЗУ, у липні 2018 року. Договори укладаються із застосуванням формули фінансування

³ Постанова Кабінету Міністрів України № 283 від 28 березня 2018 року «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню» (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/283-2018-%D0%BF>, станом на 22 серпня 2019 року, українською мовою).

⁴ Понад 26 мільйонів українців підписали декларації зі своїм лікарем. Київ: Укрінформ. 27 лютого 2019 року (<https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2649656-ponad-26-miljoniv-ukrainciv-pidpisali-deklaracii-zi-svoim-likarem.html>, станом на 22 серпня 2019 року, українською мовою).

на основі капітаційної ставки. Населення має право вільного вибору надавачів ПМД, і може підписати декларацію з будь-яким надавачем ПМД. Щоб мати змогу підписувати договори, надавачі ПМД змінили свій юридичний статус і стали автономними суб'єктами господарювання. Дев'яносто сім відсотків усіх комунальних закладів охорони здоров'я первинної ланки та понад 100 приватних практик ПМД підписали договори з НСЗУ. За даними Міністерства охорони здоров'я, станом на лютий 2019 року понад 26 мільйонів українців підписали декларації зі своїми лікарями з надання ПМД. Результати нещодавнього опитування показують, що 76% населення задоволені якістю медичної допомоги на первинній ланці.

Паралельно з цими зусиллями уряд розпочав в 2017 році забезпечувати основними лікарськими засобами для амбулаторного лікування у рамках Програми «Доступні ліки». Програма дозволила забезпечити мільйони людей безоплатними та пільговими основними лікарськими засобами, насамперед тими, що є необхідними для лікування станів на рівні первинної медичної допомоги, таких як серцево-судинні захворювання. На першому етапі Програма реімбурсації впроваджувалась через органи місцевого самоврядування. НСЗУ взяла на себе адміністрування Програми з 2019 року з метою коригування відмінностей у регіональному охопленні. Позитивний перелік основних лікарських засобів для амбулаторного лікування, які підлягають реімбурсації в рамках Програми, стане частиною програми медичних гарантій (ПМГ).



2. ОГЛЯД ПРОГРЕСУ ТА ВИКЛИКІВ В УПРАВЛІННІ

2.1 | Вступ

Критичним аспектом переформатування механізмів фінансування системи охорони здоров'я є управління: ролі, функції та відносини установ, які беруть участь у розробці та реалізації політики у сфері фінансування системи охорони здоров'я. Основними функціями управління є визначення політики та стратегічного напрямку для НСЗУ, а також контроль за результатами діяльності НСЗУ і використанням ресурсів. У цьому розділі розглядаються прогрес та перспективи впровадження змін у функціях, обов'язках та відносинах, передбачених Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Закон №2168) від 2017 року. Чіткість, узгодженість та координація відносин НСЗУ з іншими ключовими суб'єктами політики в галузі охорони здоров'я, а також регулювання та фінансування є критичними факторами успіху для успішного впровадження реформ. Спочатку розглядаються зміни ролей та взаємовідносин між НСЗУ, Міністерством охорони здоров'я, Міністерством фінансів та Кабінетом Міністрів у сферах політики та стратегії. Потім обговорюються зміни ролей органів місцевого самоврядування у фінансуванні системи охорони здоров'я та відносини між НСЗУ та органами місцевого самоврядування.

2.2 | Огляд ключових політик

2.2.1 Правовий статус, структури управління та нагляду НСЗУ

У 2016 році Міністерство охорони здоров'я провело ретельну оцінку варіантів юридичного статусу та управлінської структури замовника. Було розглянуто наступні альтернативи::

- департамент центрального апарату Міністерства охорони здоров'я;
- центральний орган виконавчої влади (ЦОВВ);
- державне некомерційне підприємство;
- позабюджетний цільовий фонд (некомерційна самоврядна організація).

Міністерство охорони здоров'я зробило висновок, а уряд погодився з тим, що ЦОВВ буде найкращим форматом для нового єдиного замовника, що фінансуватиметься із загальної системи оподаткування за рахунок коштів державного бюджету. Для забезпечення фіскальної дисципліни будуть прийняті елементи регулювання, що застосовуються до Пенсійного фонду України (ПФУ). Цей висновок був зроблений після аналізу чинного законодавства України, досвіду функціонування кожної з чотирьох альтернатив в українських реаліях, а також міжнародної практики використання цих чотирьох моделей для єдиних замовників медичних послуг.

Зокрема, після оцінки варіантів з'явився консенсус щодо наступних ключових особливостей структури:

- створити ЦОВВ з дворівневою структурою, яка включатиме управлінську команду, до складу якої входять голова та інші керівники вищої ланки, відповідальні за щоденне управління НСЗУ; а також Наглядову раду вищого рівня з представників ключових міністерств, парламенту, пацієнтських груп, експертів та професійних асоціацій;
- обов'язки Наглядової ради виконуватимуться представниками держави та застрахованими особами; участь працедавців у Наглядовій раді (як це реалізовано в ПФУ та в єдиних закупівельників деяких країн) не вважалася необхідною чи доцільною, оскільки на відміну від ПФУ, джерелом фінансування НСЗУ є система загального оподаткування, а не внески із фонду оплати праці, частково сплачені роботодавцями; участь представників надавачів послуг в структурах управління замовника також не вважалася доцільною, оскільки це створювало би конфлікт інтересів, якого слід уникати;
- створення територіальних одиниць ЦОВВ на рівні, який буде обраний відповідно до процесу адміністративно-територіальної реформи та узгоджений з органами місцевого самоврядування відповідного рівня;
- казначейське обслуговування всіх грошових потоків новоствореного ЦОВВ та облік усіх його операцій в рамках державного бюджету України; і
- вимога щодо збалансованості бюджету ЦОВВ та вимога створити мінімальний рівень резервних фондів для управління ризиками щорічних змін попиту на медичну допомогу в рамках гарантованого пакета медичної допомоги.⁵

Закон №2168 передбачає більшість з цих ключових параметрів, таких як створення НСЗУ у форматі ЦОВВ, збалансованість бюджету та казначейське обслуговування грошових потоків НСЗУ. Однак, замість створення Наглядової ради для НСЗУ, Закон №2168 передбачає, що ЦОВВ повинен бути підпорядкований і підзвітний Кабінету Міністрів. Це означає, що нагляд повинен здійснюватися системою комітетів Кабінету Міністрів, в яких представлені міністри відповідних міністерств, зокрема Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів та Міністерства регіонального розвитку, будівництва, житлово-комунального господарства. Закон №2168 також передбачає створення Ради громадського контролю (РГК), членство в якій визначається шляхом відкритого прозорого конкурсу та положень, щоб уникнути конфлікту інтересів членів Ради. РГК має функції контролю за діяльністю та виконанням завдань НСЗУ, розгляду звітів НСЗУ та затвердження висновків щодо них. Окремі питання її створення, завдань, процедур, а також обсяг звітів та інформації про результати діяльності, які НСЗУ повинна надавати Раді, мають бути визначені у положенні про РГК (Стаття 7 Закону).

2.2.2 Визначення цілей та забезпечення узгодженої, стабільної політики та стратегічного курсу для НСЗУ

Відповідно до рекомендацій щодо належної практики врядування,⁶ Стаття 5 Закону №2168 запроваджує збалансований набір завдань (що називаються «Принципи») для НСЗУ. Ці принципи включають універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг, відновлення та збереження здоров'я населення, відкритість, прозорість, підзвітність, конкуренцію та недискримінаційне поводження з пацієнтами та надавачами послуг. Стаття 7 збалансовує цей перелік, вимагаючи від НСЗУ забезпечити цільове та

⁵ Опис особливостей структури базується на робочому документі від липня 2016 року, який розроблено робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України під керівництвом МОЗ.

⁶ Управління стратегічними закупівлями: аналітичні рекомендації для оцінки країни. Настанови щодо фінансування охорони здоров'я №4. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; готується до публікації.

ефективне використання коштів. Закон також встановлює широкі параметри політики щодо розробки програми медичних гарантій (ПМГ). Він також передбачає використання НСЗУ доказових даних і технічних методологій як основи для узгоджених пропозицій Міністерству охорони здоров'я, Міністерству фінансів та уряду щодо програми медичних гарантій, тарифів та цільового використання коштів відповідно до цих принципів.

Незважаючи на те, що Закон закладає міцну основу, впровадження узгодженої та стабільної політики та стратегії на практиці залежить від реалістичних та послідовних рішень Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів та уряду щодо низки прийнятих нормативно-правових актів відповідно до Закону, а також від пріоритетів і цілей, визначених в угоді про результати діяльності між урядом та головою НСЗУ.

Для належного врядування важливо, щоб уряд із використанням цих прозорих формальних інструментів уникав частих неформальних втручань у щоденні управлінські та оперативні обов'язки НСЗУ. Наприклад, п'ятирічний стратегічний план, у якому визначено основні пріоритети у сфері охорони здоров'я з використанням доказових даних, може стати важливим інструментом для Міністерства охорони здоров'я, за допомогою якого воно зможе управляти пріоритетами НСЗУ щодо використання коштів та укладання договорів. Аналогічно, середньострокові фінансові плани можуть забезпечити чітке бачення фіскального простору, в якому НСЗУ може працювати у середньостроковій перспективі. Ці дороговказні документи визначають основні напрями та межі, в яких НСЗУ здійснює свою оперативну автономію, забезпечуючи узгодженість з політикою у сфері охорони здоров'я та фіскальною політикою. Ці документи можуть бути відображені в угодах про підзвітність між урядом та НСЗУ. Для коригування курсу корисними будуть періодичні оцінки узгодженості.

2.2.3 Чіткий розподіл повноважень щодо прийняття рішень

У Законі №2168 чітко визначено, що роль НСЗУ полягає у реалізації політики, а Міністерство охорони здоров'я, Міністерство фінансів та Уряд є органами, які визначають цю політику. Закон також передбачає для НСЗУ функцію надання технічних консультацій та вхідних даних для формування пропозицій щодо політики фінансування охорони здоров'я за ПМГ. Це має сенс, оскільки НСЗУ буде основним репозиторієм експертизи і даних у сфері фінансування системи охорони здоров'я в структурах уряду.

Деякі країни надають своїм єдиним замовникам медичних послуг більшу свободу в запровадженні інновацій у фінансуванні системи охорони здоров'я, а також у прийнятті рішень щодо закупівель, ніж Закон №2168 надає НСЗУ. Прикладом є положення статті 8 Закону, яке зобов'язує НСЗУ пропонувати договори усім (ліцензованим) надавачам, які подають заявку на укладання договору, що послаблює важелі впливу НСЗУ як замовника для отримання оптимального співвідношення ціни/якості. Це положення в Законі було розроблено та прийнято парламентом, щоб запобігти будь-якому ризику дискримінації надавачів послуг з боку НСЗУ, хоча Закон вже містить вимогу до НСЗУ щодо недискримінації та підтримки конкуренції (у Статті 5). Внаслідок обмеження, передбаченого Статтею 8, на Міністерство охорони здоров'я покладається більше зобов'язань щодо розробки об'єктивної основи для визначення способів оптимізації надавачів послуг (наприклад, через генеральний план розвитку госпітального сектора та більш деталізовані регуляторні стандарти), які НСЗУ може використовувати як основу для прийняття рішення щодо того, з якими надавачами послуг буде укладено договір (див. Розділ 5). Отже, НСЗУ не зможе досягти такої гостро потрібної раціоналізації госпітального сектора самостійно. Щоб досягти оптимізації знадобиться підтримка Міністерства охорони здоров'я та органів місцевого самоврядування для реформування використання інших політичних важелів (генеральний план, регулювання, цільові капітальні вкладення, інтервенції власників закладів для об'єднання або закриття економічно неефективних та надлишкових закладів).

Відповідно до рекомендованої належної практики, Закон 2168 чітко визначає відповідні ролі НСЗУ, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, уряду (та парламенту) на етапах формування, перегляду та затвердження ключових політик фінансування системи охорони здоров'я та процесів закупівель єдиного замовника. Незважаючи на це, зазвичай необхідно, щоб Міністерство охорони здоров'я та єдиний замовник розробили на практичному детальному рівні механізм того, як вони працюють разом над деякими питаннями, що стосуються обох відомств. Наприклад, визначення та вимірювання індикаторів безпеки та якості медичної допомоги (які використовуються в контрактах НСЗУ, але є ключовим компонентом функцій з вдосконалення та забезпечення якості з боку Міністерства охорони здоров'я) буде важливою сферою для координації та співпраці між двома відомствами. Бажаною є угода між Міністерством охорони здоров'я та НСЗУ щодо запровадження процесу розробки та затвердження загального набору індикаторів та спільного використання одних і тих же даних та звітів від надавачів послуг, щоб уникнути дублюючих або суперечливих показників якості та мінімізувати тягар звітування для надавачів послуг.

2.2.4 Інституційний розвиток НСЗУ: кваліфіковані людські ресурси, системи даних та інформаційні системи

У перший рік після створення НСЗУ служба перевершила очікування щодо швидкості, з якою вона сформувала критичну масу професійного персоналу в своєму центральному офісі, та запровадила інформаційні системи, достатні для здійснення основних контрактних та платіжних операцій з ПМД. Це дало змогу НСЗУ задовольнити політичні вимоги щодо швидкого надання пакету медичної допомоги населенню та можливостей реформування надавачам послуг ПМД. Наступний етап впровадження ПМГ – початок закупівлі послуг вторинної та третинної медичної допомоги (поряд з екстреною медичною допомогою, паліативною допомогою та реабілітацією) – передбачає великий крок до інституційного розвитку. Людські ресурси, дані, інформаційні системи та системи управління ризиками, задіяні на цьому етапі, є значно складнішими. НСЗУ потрібно буде впровадити передбачену мережу регіональних філій для того, щоб укласти договори на такі послуги, а також ефективно моніторити, контролювати та перевіряти заявки щодо оплати. Найближчим часом НСЗУ буде обмежена відсутністю даних про витрати, діяльність та якість від надавачів, що вже перешкоджає розробці більш досконалих умов договорів, систем оплати за пролікований випадок та ініціатив щодо оплати за результат.

2.2.5 Жорстке та реалістичне фіскальне обмеження

Жорсткі бюджетні обмеження мають важливе значення для надання НСЗУ сильних стимулів щодо цільового та ефективного використання ресурсів, а також спонукають НСЗУ відігравати свою роль у загальній стратегії витрат уряду шляхом ефективного контролю витрат на охорону здоров'я. Якщо НСЗУ має нести відповідальність за досягнення своїх цілей – забезпечення програми медичних гарантій, передбаченої Законом, – бюджетні обмеження також мають бути реалістичними та ґрунтуватися на розумних очікуваннях щодо обсягу послуг та цін, які НСЗУ може дозволити собі в межах бюджету. Закон визначає процес затвердження як бюджету НСЗУ, так і програми медичних гарантій, а також тарифів щорічно, щоб дати можливість уряду (і, нарешті, парламенту) забезпечити досяжність затвердженої програми гарантій і тарифів в межах затвердженого річного бюджету (Стаття 10). Як обговорювалося в цьому звіті, розробка стабільного, передбачуваного і реалістичного середньострокового граничного розміру бюджету для НСЗУ є критичним фактором успіху реформ, але в сучасних фіскальних умовах рух в сторону рівня бюджету для НСЗУ, який відповідатиме належно

прорахованому гарантованому пакету, займе роки (див. Розділ 5). З точки зору управління, важливо, щоб складні дилеми та компроміси, пов'язані з функціонуванням НСЗУ в обмеженому бюджеті, – такі як оптимізація послуг та інші заходи щодо підвищення ефективності, – були повністю у власності уряду та підтримувалися ним. На міжнародному рівні є приклади, коли єдиного замовника звинувачують у тому, що він не виконав неможливе внаслідок невідповідності між бюджетом та гарантованим пакетом послуг, що призводить до циклу механізмів нестабільного управління та врядування.

НСЗУ несе відповідальність за запровадження механізмів контролю за витратами, але їй знадобиться політична підтримка заходів, що необхідні для цього. Контроль за витратами, як правило, не є великою проблемою для ПМД, оскільки капітаційні бюджети можуть бути сплановані щойно стабілізується початковий період підписання декларацій. Можна досягти механічного контролю за витратами, пов'язаними з обсягом наданих послуг спеціалістами та лікарнями, застосовуючи граничні обсяги послуг, знижені тарифи (за обсяг вище плану) та плаваючі базові ставки. У Розділі 5 описані особливості контролю витрат пілотного проекту НСЗУ в Полтавській області щодо закупівлі стаціонарної та амбулаторної допомоги. Найбільш складним питанням є контроль витрат на відшкодування лікарських засобів у разі амбулаторного лікування. Можуть використовуватися різні методи, наприклад покладання на місцеві мережі надавачів послуг відповідальності за розпорядження бюджетом на призначення (рецепти), що виписуються в рамках місцевої ПМД, а також за надання зворотного зв'язку, заснованого на доказових даних, лікарям, які виписують ці рецепти. Інші методи коротко обговорюються в Розділі 4.

2.2.6 Підзвітність НСЗУ щодо показників ефективності

Закон №2168 запроваджує міцну законодавчу основу для зовнішньої підзвітності НСЗУ. Закон передбачає для НСЗУ дві окремі основні лінії підзвітності: Кабінету Міністрів та РГК. Зараз в Україні є добре організована система контролю та прийняття рішень з боку комітетів Кабінету Міністрів щодо нагляду за ЦОВВ, включаючи НСЗУ. НСЗУ підлягає незалежному зовнішньому аудиту з боку Ради аудиторів, що вже було продемонстровано на практиці. Коли єдиний замовник створюється вперше, важливим може бути забезпечення орієнтації та навчання наглядового комітету та зовнішнього аудитора, підтримка переходу на зовнішнє управління, що орієнтоване на результати (замість директивного зовнішнього контролю за потужностями та процесами), спільно із посиленням внутрішніх систем контролю та функції внутрішнього аудиту НСЗУ.

Оскільки НСЗУ все ще перебуває на перехідному етапі до повного запровадження ПМГ у 2020 році, РГК ще не створена. На початку пріоритет надавався створенню систем врядування, кадрових та операційних систем НСЗУ, тому можна зрозуміти, чому це ще не впроваджено. У 2020 році необхідно створити РГК, ввести в курс справ та навчити її членів, а також розробити стандартні процеси для звітування НСЗУ та проведення оцінки з боку РГК.

Критичним фактором успіху для ефективної діяльності єдиного замовника є співвіднесеність та узгодженість різних рівнів підзвітності. Цьому можна сприяти, розробляючи певний процес координації між рекомендаціями та висновками РГК та процесом нагляду з боку Кабінету Міністрів. Щонайменше, щопіврічні або щоквартальні засідання РГК можуть бути заплановані перед відповідними засіданнями комітету Кабінету Міністрів, на яких розглядаються доповіді та пропозиції НСЗУ, щоб звіт про засідання РГК було включено до порядку денного Комітету. Зовнішня підзвітність буде посилена зобов'язанням НСЗУ публікувати всі свої політики, стратегію, бюджетні плани та звіти на своєму веб-сайті. Зовнішня підзвітність також може бути посилена шляхом запровадження процесів безпосередніх консультацій НСЗУ та РГК з пацієнтами та громадськістю.

Поряд із цими механізмами зовнішньої підзвітності важливим є розвиток систем внутрішнього контролю в НСЗУ. Кожен замовник медичних послуг повинен управляти значними ризиками виникнення помилок, шахрайства та нераціонального використання коштів у заявах на оплату з боку пацієнта і надавача послуг. НСЗУ зобов'язана використовувати аналіз великих даних для виявлення потенційного шахрайства та ефективного аудиту цільових заяв на оплату. З розвитком систем електронного здоров'я, що включатимуть електронні медичні записи про пацієнтів, спроможність НСЗУ використовувати аналіз даних для виявлення помилок та шахрайства зростатиме. Ці ж системи також дадуть НСЗУ можливість використовувати дані для моніторингу якості обслуговування та пропагування доказової практики у законтракованих надавачів послуг. Інвестування в ці системи та у спроможність цільового вибіркового аудиту даних від надавача (та інших суб'єктів) для валідації заяв на оплату стане ще більш важливим, коли НСЗУ візьме на себе складне завдання контрагування лікарень та спеціалізованих надавачів. Ця функція не повинна стати жертвою надто жорсткого контролю за адміністративними витратами. Розвиток функції внутрішнього аудиту НСЗУ потребує пріоритетності у 2020 році.

2.2.7 Процес реформи, міжвідомчі відносини та комунікація

Процес розробки політики та прийняття рішень щодо дизайну НСЗУ як установи та механізмів управління НСЗУ були доказовими, системними та ретельними, і мали зразковий процес проектування. Влада України скористалась можливістю вивчити досвід останніх 20 років проектування структури єдиних замовників у Європейському регіоні ВООЗ та за його межами. Закон №2168 значною мірою слідує рекомендованому дизайну та забезпечує потужну основу для визначення урядом політичної та стратегічної спрямованості НСЗУ, надає службі свободу виконувати свою роботу з розумною управлінською автономією в оперативних питаннях, а потім накладає відповідальність як за використання фінансових ресурсів, так і за показники ефективності відповідно до принципів або завдань, викладених у Законі.

Протягом останніх трьох років показовим прикладом стало активне залучення експертів Міністерством фінансів та Міністерством охорони здоров'я до процесу розробки дизайну та його реалізації на ранньому етапі. Конструктивні, відкриті робочі стосунки між міністром та заступниками міністра охорони здоров'я і керівництвом єдиного замовника є критичним фактором успіху для імплементації та продовження використання стратегічних закупівель, як ключового важеля підтримки стратегії уряду в галузі охорони здоров'я. Деяка напруга між НСЗУ, Міністерством охорони здоров'я, Міністерством фінансів та іншими суб'єктами зовнішньої підзвітності під час імплементації є неминучою, і насправді є природним результатом визначення чітких обов'язків кожного відомства для забезпечення системи стримувань та противаг в державному апараті. Політичні пріоритети Міністерства охорони здоров'я щодо витрат на охорону здоров'я можуть відрізнятися, наприклад, від технічного аналізу пріоритетів гарантованого пакету. НСЗУ неминуче потрапляє у пастку між прагненнями надавачів до зростання цін та обсягів послуг і фокусом Міністерства фінансів на забезпеченні ефективності та загальному контролю за витратами. Чіткі регуляторні або адміністративні акти (які детально визначають, хто і що робить), задокументовані стандартні операційні процедури, а також більш формалізовані двосторонні та міжвідомчі зустрічі з прийняття рішень набуватимуть більшого значення під час імплементації, та можуть зменшити ризики, які виникають під час зміни уряду.

Міністерство охорони здоров'я та НСЗУ тісно співпрацювали в процесі консультацій із зацікавленими сторонами та в комунікації з ними впродовж процесу впровадження реформи. Протягом наступних років, оскільки НСЗУ бере на себе відповідальність за закупівлю послуг вторинного і третинного рівня у період фіскальних обмежень, система охорони

здоров'я зіткнеться зі значними комунікаційними проблемами та проблемами управління очікуваннями громадськості щодо реформи охорони здоров'я, яка не може розглядатися як виключна відповідальність НСЗУ. Суб'єкти управління – Міністерство охорони здоров'я, Міністерство фінансів та уряд в цілому, – які встановлюють бюджетні обмеження та політики для ПМГ, повинні підтримати НСЗУ перед громадськістю та медичними працівниками в поясненні та відстоюванні необхідності прийняття деяких складних рішень. Наприклад, необхідність проведення радикальних заходів щодо ефективності. Урядові в цілому необхідно взяти на себе відповідальність за ці складні рішення та комунікувати про необхідність реалізму і терплячості у поетапному вирішенні наскрізних проблем сектору охорони здоров'я відповідно до наявних фінансових ресурсів.

2.3 | Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору

2.3.1 Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я

Закон №2168 визначає нові ролі Міністерства охорони здоров'я та Міністерства фінансів, а також НСЗУ щодо перегляду та затвердження політик фінансування охорони здоров'я. Це потребує нових посад/посадових інструкцій та навичок. Закон також створює нові управлінські обов'язки для членів відповідних комітетів Кабінету Міністрів (включаючи міністрів охорони здоров'я, фінансів та регіонального розвитку, будівництва, житлово-комунального господарства та інших) щодо нагляду за НСЗУ. Робота співробітників, яка знадобиться в цих міністерствах для забезпечення контролю з боку комітету уряду, також вимагає нових посад/посадових інструкцій та навичок, і нових стандартних операційних процедур.

З часом знадобиться поглиблення координації між стратегічним розвитком закупівель НСЗУ та розвитком ширшої стратегії охорони здоров'я Міністерством охорони здоров'я – зокрема, стратегії реформування та оптимізації надання послуг, політики щодо лікарських засобів, стратегії поліпшення та забезпечення якості. Розділ 5 описує найважливіший виклик, з яким стикається Україна, – надмірна та застаріла мережа лікарень. Пункт 2.2 вище зазначив, що Закон №2168 обмежує можливість НСЗУ використовувати методи вибіркового конкурентного укладання договорів, і, як наслідок, оптимізація надання медичних послуг та розвиток нових послуг будуть ускладнені, якщо Міністерство охорони здоров'я та органи місцевого самоврядування не підтримують Службу, використовуючи свої політичні важелі: планування закладів, ліцензування, цільові капітальні інвестиції (можливо, включаючи державно-приватні партнерства) та інтервенції власників закладів для об'єднання або закриття економічно невігідних та надлишкових закладів. Наприклад, може виникнути необхідність у розширенні функції Міністерства охорони здоров'я щодо ліцензування закладів охорони здоров'я, що підтримає оптимізацію шляхом встановлення чіткіших критеріїв мінімальних вимог до лікарень вторинного рівня, критеріїв для різних типів ліцензій на послуги окремих спеціалістів та різних рівнів надання допомоги. Після цього НСЗУ зможе використовувати ці чіткіші регуляторні критерії як основу для укладання договорів на різні послуги.

2.3.2 Узгодження з управлінням державними фінансами

Україні поки що вдавалося уникати проблем узгодженості між правилами управління державними фінансами та реформою фінансування системи охорони здоров'я, з якими стикалося багато країн із середнім рівнем доходу. Це стало можливим завдяки уже проведеним реформам управління державними фінансами та тісній співпраці з Міністерством фінансів під час розробки реформи. Державний бюджет, затверджений парламентом, передбачає окрему бюджетну програму для послуг ПМД (2308020)⁷ для НСЗУ. Це дозволяє платити надавачам за результат, а не за показники потужності (як то кількість ліжок та персоналу) – найважливіший аспект дизайну реформи, що дозволяє НСЗУ платити автономним та приватним надавачам послуг, використовуючи методи, які справедливо розподіляють ресурси та створюють стимули для підвищення ефективності і результативності діяльності надавачів послуг. Структура бюджету НСЗУ відокремлює асигнування на власні адміністративні витрати, забезпечуючи таким чином прозору підзвітність щодо продуктивності та економічності роботи. Державна казначейська система здатна обслуговувати НСЗУ з достатньою гнучкістю та своєчасністю, забезпечуючи сукупний контроль та детальний облік і звітність щодо використання ресурсів, але, що важливо, уникає колишнього контролю над детальним переліком ресурсів або розподілом коштів між деталізованими підпрограмами.

2.3.3 Узгодження з політиками місцевого самоврядування

У Розділі 3 обговорюється взаємозв'язок між фінансуванням системи охорони здоров'я органами місцевого самоврядування та фінансуванням системи охорони здоров'я через НСЗУ для ПМГ, та пояснюється, чому життєво важливо чітко визначити ролі НСЗУ та органів місцевого самоврядування щодо фінансування системи охорони здоров'я таким чином, щоб ці ролі не перетиналися, а доповнювали одна одну. Комплементарна природа витрат органів місцевого самоврядування на охорону здоров'я – особливо на капітальні інвестиції та видатки на розвиток місцевих закладів охорони здоров'я – створює потребу в механізмах управління для координації закупівель НСЗУ з інвестиційною стратегією місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я. Без узгодження рішень органів місцевого самоврядування та НСЗУ, НСЗУ не може досягти своїх цілей щодо забезпечення доступу до медичних послуг або підвищення ефективності та якості медичної допомоги. Аналогічно, витрати місцевих органів влади на громадське здоров'я – на профілактику захворювань та заохочення до здорового способу життя – повинні узгоджуватися з витратами НСЗУ, особливо на рівні первинної медичної допомоги, де заходи місцевої влади з профілактики першочергових проблем охорони здоров'я (наприклад, неінфекційні захворювання (НІЗ)) здійснюються на рівні громад та населення та потребують координації з послугами скринінгу, діагностування та лікування, які фінансуються НСЗУ, щоб мати максимальний вплив на пріоритетні захворювання, такі як НІЗ з високим тягарем та здоров'я матері та дитини.

Координація з органами місцевого самоврядування буде однією з ключових функцій регіональних відділень єдиного замовника в країні розміром з Україну, в якій органи місцевого самоврядування володіють та управляють більшою частиною інфраструктури охорони здоров'я. Однією з ключових причин, чому НСЗУ потрібні регіональні відділення, є необхідність очолити та операціоналізувати цю координацію. Функції та процеси залучення органів місцевого самоврядування, як правило, включають: спільну участь у стратегічному

⁷ Закон «Про Державний бюджет України на 2018 рік». (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2246-19/page>, станом на 1 серпня 2019 року, українською мовою).

плануванні місцевої системи охорони здоров'я, консультування НСЗУ органами місцевого самоврядування щодо планування інвестицій в охорону здоров'я та розвиток людських ресурсів, обмін даними та скоординовану діяльність щодо моніторингу ефективності надавачів медичних послуг; моніторинг контрактів НСЗУ може або взяти на себе, або використати деякі поточні функції місцевих департаментів охорони здоров'я, спільні функції громадського/клієнтського інтерфейсу та процеси розгляду скарг на місцеву охорону здоров'я, а також спільне планування та підготовку до надзвичайних ситуацій в контексті здоров'я/медичної допомоги.

Крім того, протягом наступних 1-3 років становлення НСЗУ, коли служба візьме на себе відповідальність за субвенцію в сфері охорони здоров'я для вторинної та третинної медичної допомоги, виникнуть додаткові завдання з переходу та управління змінами, що потребуватимуть координації з органами місцевого самоврядування.

Багато країн формалізували місцеву координацію між своїм єдиним замовником та органами місцевого самоврядування за допомогою спільних рад/колегіальних органів, спільних процесів планування та створення деяких спільних служб. Поряд з розвитком регіональних відділень НСЗУ, можна було б розглянути питання щодо створення і такого типу формальної структури.

2.4 | Поточний вплив політик на цілі реформи

Наразі НСЗУ знаходиться на етапі становлення. Вона функціонує менше одного повного фінансового року, і тому повний річний цикл облікових записів та звітів, пов'язаних з управлінням, ще не доступний. НСЗУ візьме на себе повну відповідальність за всю ПМГ у 2020 році, і лише тоді буде запроваджений елемент РГК в структурі управління, передбаченій Законом №2168. Тому ще зарано говорити про докази впливу змін у механізмах врядування, хоча деякі елементи системи стримування та противаг, створені згідно із Законом №2168, вже помітно діють, як це і передбачено.

Вплив механізмів урядування на кінцеві результати, яких прагне досягти реформа фінансування системи охорони здоров'я, а саме: поліпшення фінансового захисту, доступності, ефективності та якості медичних послуг, є не прямим, а тому його складно оцінити. Зазвичай, для цього використовують якісні методи. Оцінювання або огляд можуть зазвичай проводитися лише на базі більш тривалих проміжків часу, щоб оцінити, чи щорічний цикл процесів управління призводить до ефективного вирішення визначених питань. Це вимагатиме проведення оцінки за період 3-5 років. Методи та індикатори належного врядування для замовника медичних послуг, що містяться у міжнародних рекомендаціях та використовуються у деяких країнах, включають, наприклад:

- методи оцінки державних видатків та довірчого управління НСЗУ, а також ширше управління державними витратами на охорону здоров'я;
- індикатори процесу, такі як своєчасна та прозора публікація стратегічних та оперативних планів, бюджетів, фінансових звітів та звітів про результати діяльності;
- публікація звітів та рекомендацій ключових органів врядування, включаючи звіти РГК та зовнішнього аудиту; і
- дослідження думки громадськості та стейкхолдерів для отримання інформації щодо громадської обізнаності та інституційної репутації.

2.5 | Очікувані виклики

2.5.1 Визначення реалістичних цілей та фіскальних обмежень

Реалістичні, досяжні цілі для НСЗУ та жорстке, реалістичне фіскальне обмеження є критичною передумовою для того, щоб вимагати від НСЗУ досягнення необхідних результатів. Цього буде дуже складно досягти в контексті України через існування істотного розриву між наявними фінансовими ресурсами для ПМГ, з одного боку, та високими очікуваннями громадськості та медичних працівників від комплексного пакету безкоштовних медичних послуг, покращення якості медичних послуг та вищої оплати праці для медичних працівників, з іншого боку. Ключовим викликом для управління є уникнення спокуси звинувачувати НСЗУ в повільному прогресі у вирішенні цих дуже давніх проблем, в той час як НСЗУ не має повноважень змінювати ці обмеження. Цей виклик можна подолати лише шляхом спільної відповідальності та узгодженої комунікації усіх зацікавлених сторін в уряді та НСЗУ з огляду на довгострокову природу цього виклику та дуже складні рішення, необхідні для усунення цього розриву. Це потребуватиме значної уваги до підвищення ефективності шляхом оптимізації медичних закладів. Сприяння постійним тісним і конструктивним відносинам між керівництвом НСЗУ та Міністерства охорони здоров'я під час зміни адміністрації є критичним фактором успіху не тільки для фінансування системи охорони здоров'я, але і для стратегії охорони здоров'я в цілому.

2.5.2 Розвиток зрілих органів нагляду за діяльністю НСЗУ

Запровадження зрілого формату органів нагляду за діяльністю НСЗУ може бути складною проблемою в країнах колишнього Радянського Союзу, де існує інституційна історія прискіпливого контролю державних установ та каральних реакцій на низькі результати роботи. Орієнтована на результати ретроспективна підзвітність вимагає від органів управління, щоб їхні учасники мали глибокі знання у відповідній сфері для того, щоб встановлювати реалістичні, але амбітні очікування та робити обґрунтовані судження; виносити належні судження щодо стратегій замовника з обліку ризиків та пом'якшення ризиків; та оцінювати результати діяльності на основі комплексного розуміння ризиків та компромісів, з якими стикається замовник. Приклад інших країн показує, що корисним може бути залучення осіб з міжнародним досвідом або з управлінським досвідом з приватного сектору, а також тренінги і наставництво у сфері врядування. Зовнішній аудитор також повинен розвивати такі знання сектору та свою спроможність оцінювати компроміси та результати за допомогою певного поєднання підготовки, найму чи залучення відповідних експертів.

2.5.3 Розробка механізмів координації між НСЗУ та Міністерством охорони здоров'я і органами місцевого самоврядування

Протягом наступних 5-10 років системі охорони здоров'я знадобиться здійснити два взаємопов'язані процеси переходу для розвитку формалізованої координації між НСЗУ та Міністерством охорони здоров'я на центральному рівні, а також між НСЗУ та місцевими органами влади на місцевому рівні.

- Перший – це перехід від історичного фінансування лікарень, що виходило з наявних показників потужності (як то кількість ліжок та персоналу) кожної окремої лікарні, до бюджетів лікарень, які значною мірою базуються на надходженнях від оплати за пролікований випадок та інших платежів за послуги від НСЗУ. Цей перехід означатиме, що деяким лікарням потрібно буде зменшити витрати, щоб уникнути виникнення фіскального

дефіциту, після запровадження методів оплати НСЗУ, або, де це можливо, розширити надання послуг, щоб отримати більший дохід. Деякі лікарні можуть виявитись нестійкими з фінансової точки зору. Для забезпечення цього переходу для лікарень необхідна координація між власником лікарні і НСЗУ та узгоджена політика щодо фінансування з боку НСЗУ та з джерел власника.

- Іншим є процес оптимізації мережі лікарень шляхом концентрації більш спеціалізованих послуг та закриття, скорочення чи перепрофілювання надлишкових закладів. Цей процес потребуватиме лідерства з боку Міністерства охорони здоров'я та тісного залучення органів місцевого самоврядування, але й участі НСЗУ, та координації щодо відповідних змін у послугах, які НСЗУ закуповує у різних надавачів.

Швидкість трансформації на рівні надавача послуг у відповідь на поєднання нових методів оплати з боку НСЗУ та автономії закладів буде низькою, якщо управлінські спроможності державних надавачів залишаться слабкими. Автономія надавачів несе підвищений фінансовий ризик перевищення бюджету, і потребуватиме посилення нагляду та підтримки органів місцевого самоврядування як власників.

2.6 | Рекомендації щодо політики

Визначити адміністративну та кадрову відповідальність у Міністерстві охорони здоров'я та Міністерстві фінансів для підтримки функції офіційного нагляду за НСЗУ системою комітетів Кабінету Міністрів та розбудувати їхні спроможності щодо управління єдиним замовником.

Поглиблювати знання, спроможності та досвід в українському державному секторі (розширення урядування) для розширення механізмів підзвітності та рекомендацій для замовника послуг охорони здоров'я, щоб гарантувати, що закупівлі НСЗУ сприяють досягненню соціальних цілей, включаючи рівність та соціальну справедливість, закуплені послуги відображають оптимальне співвідношення ціни та якості, а процеси внутрішнього контролю та внутрішнього аудиту створені та функціонують.

Розробити стандартні операційні процедури та шаблони для типового річного циклу документів та звітів НСЗУ для комітету Кабінету Міністрів, що здійснює нагляд за НСЗУ, та для РГК, а також визначити цикл управлінських та звітних документів, які повинні публікуватися в Інтернеті.

Створити РГК відповідно до положень Закону №2168 протягом 2020 року, щоб вона розпочала свою роботу у 2021 році, після того як НСЗУ завершить перехід до повної відповідальності за всю ПМГ, та розробити механізми для передачі та врахування висновків та результатів роботи РГК наглядовими органами Кабінету Міністрів.

Створити регіональні відділення НСЗУ протягом 2020 року з огляду на важливість присутності в регіонах для здійснення декількох критично важливих функцій, серед яких:

- надати можливість НСЗУ реалізувати надійні механізми моніторингу та контролю для валідації заяв на оплату;
- забезпечити для НСЗУ регіональний потенціал для конструктивної комунікації та переговорів з надавачами щодо необхідного вдосконалення послуг; і
- забезпечити координацію з органами місцевого самоврядування щодо локального стратегічного планування медичних послуг, а також розвивати ефективний обмін даними та функціями (наприклад, інформація про пацієнтів та обробка скарг) з місцевими органами влади.

ЗМІНИ ФІСКАЛЬНОГО ПРОСТОРУ, МЕХАНІЗМІВ ЗБОРУ ДОХОДІВ І ПУЛІНГУ РЕСУРСІВ

3.1 | Вступ

Важливими елементами фінансування охорони здоров'я є збір доходів та пулінг ресурсів. Для забезпечення фіскальної стійкості реформи фінансування охорони здоров'я важливо ефективно та справедливо збирати достатні та стабільні доходи, щоб охопити населення базовою програмою медичних гарантій та забезпечити фінансовий захист. Інвестиції в охорону здоров'я важливі з економічної точки зору: для розвитку людського капіталу та для підвищення індивідуальної та національної продуктивності, а також для запобігання більшому/глибшому збіднінню, що виникає внаслідок витрат «з кишені» пацієнта на послуги охорони здоров'я. Ключовим фактором для досягнення прогресу в напрямку універсального охоплення послугами охорони здоров'я є державне фінансування, а особливо фінансування із загальнодержавних доходів. Світовий досвід показав, що країни, які найбільше наблизилися до цілей універсального охоплення послугами охорони здоров'я, витрачають понад 80% ресурсів на охорону здоров'я саме з державних джерел. У глобальному масштабі існує сильна зворотна залежність між часткою державних витрат від валового внутрішнього продукту (ВВП) та часткою витрат «з кишені» пацієнтів у загальних витратах на охорону здоров'я. Успіх реформ в Україні частково залежатиме від здатності системи фінансування охорони здоров'я замінити фінансування «з кишені» пацієнтів державним фінансуванням охорони здоров'я. Додатково до державного фінансування важливе значення для фінансового захисту також матимуть механізми пулінгу ресурсів та реформи з підвищення ефективності надання послуг. Фрагментація становить перешкоду для перерозподілу наявних коштів, сплачених наперед, а відтак створює складності для об'єднання ризиків. Фрагментація також може бути причиною неефективності системи охорони здоров'я.

Україна вирішила використовувати загальні податкові надходження з єдиним пулом для фінансування програми медичних гарантій, що забезпечується НСЗУ. У цьому розділі здійснено оцінку реформи з точки зору мобілізації доходів та пулінгу ресурсів, а також фіскального простору для охорони здоров'я на основі більш широких макроекономічних тенденцій. Команда місії розглянула основні документи та законодавство, пов'язані з реформою фінансування системи охорони здоров'я, акцентуючи увагу на мобілізації ресурсів та фіскальному просторі на основі макроекономічних прогнозів України. Джерела даних включали державний та місцеві бюджети, прогнози Міжнародного валютного фонду та опубліковані звіти.

3.2 | Огляд ключових політик

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я⁸ чітко окреслює напрями політики щодо збору доходів та пулінгу ресурсів з метою вдосконалення ефективного використання обмежених ресурсів та підвищення справедливості розподілу. У жовтні 2017 року парламент ухвалив новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»⁹ (Закон №2168) та пакет відповідних підзаконних актів. Цей пакет документів створив міцну правову та політичну основу для впровадження нових механізмів фінансування системи охорони здоров'я. 1 квітня 2018 року уряд України створив єдиного замовника – Національну службу здоров'я України (НСЗУ), та затвердив Положення про Службу.

Концепція та Закон №2168 визначають загальнодержавні податки як основне джерело державних надходжень для фінансування медичних послуг в Україні. Історично розглядалися й інші альтернативи, включаючи введення податку на фонд заробітної плати. Однак цей варіант був відхилений з макроекономічної точки зору через його потенційно негативний вплив на ринок праці та зусилля з детинізації економічної діяльності. Показники безробіття та неформальної зайнятості в Україні є відносно високими. Одна 10-та працездатного населення безробітна, в той час як майже 24% зайнятого населення (або 4 мільйони) працювали неофіційно в 2016 році.¹⁰ Уряд вжив суттєвих кроків для стимулювання населення та підприємств до офіційного оформлення трудових відносин. Останні дані уряду свідчать, що показник неофіційної зайнятості зменшується.¹¹ За перші дев'ять місяців 2018 року тіньова економіка оцінювалася в 32% ВВП – майже на три відсоткові пункти нижче, ніж за аналогічний період 2017 року. Беручи до уваги ситуацію на ринку праці та загальні макроекономічні умови, рішення про продовження використання загальнодержавних податкових надходжень як джерела державного фінансування системи охорони здоров'я, є найбільш ефективним з точки зору державних фінансів, а також створює найбільші можливості для забезпечення рівності та перерозподілу ресурсів.

Закон №2168 трансформує функцію пулінгу ресурсів. З 2015 року уряд виділяє кошти на охорону здоров'я адміністративним одиницям, використовуючи механізм субвенції.¹² До створення НСЗУ загальномедичні субвенції охоплювали профілактику захворювань, первинну медичну допомогу, амбулаторні та стаціонарні медичні послуги. Розмір медичної субвенції розраховувався як частка від державного бюджету та розподілявся на кожен адміністративну одиницю на основі капітаційної формули, використовуючи чисельність населення та різницю в забезпеченні послугами (коефіцієнт для гірських районів був вищим). Приблизно третина субвенції перераховувалася до обласних бюджетів, а решта виділялася на громади,¹³ райони чи міста. В 2018 році кількість адміністративних одиниць складала 1 288 (наприклад, райони, муніципалітети, області та громади), кожна з яких створювала пули ресурсів, що фінансувалися з бюджету, при цьому вони були адміністративно децентралізовані і територіально накладалися один на одного. Це призвело до дублювання послуг та неефективного використання ресурсів.

⁸ Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016р. №1013-р «Про схвалення концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» (<https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249626689>, станом на 22 серпня 2019 р., українською мовою).

⁹ Закон України № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>, станом на 22 серпня 2019 р., українською мовою).

¹⁰ Незадекларована праця в Україні: природа, сфера охоплення та заходи щодо її подолання. Женева: Міжнародна організація праці; 2018 рік (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---lab_admin/documents/projectdocumentation/wcms_630068.pdf, станом на 26 серпня 2019 року).

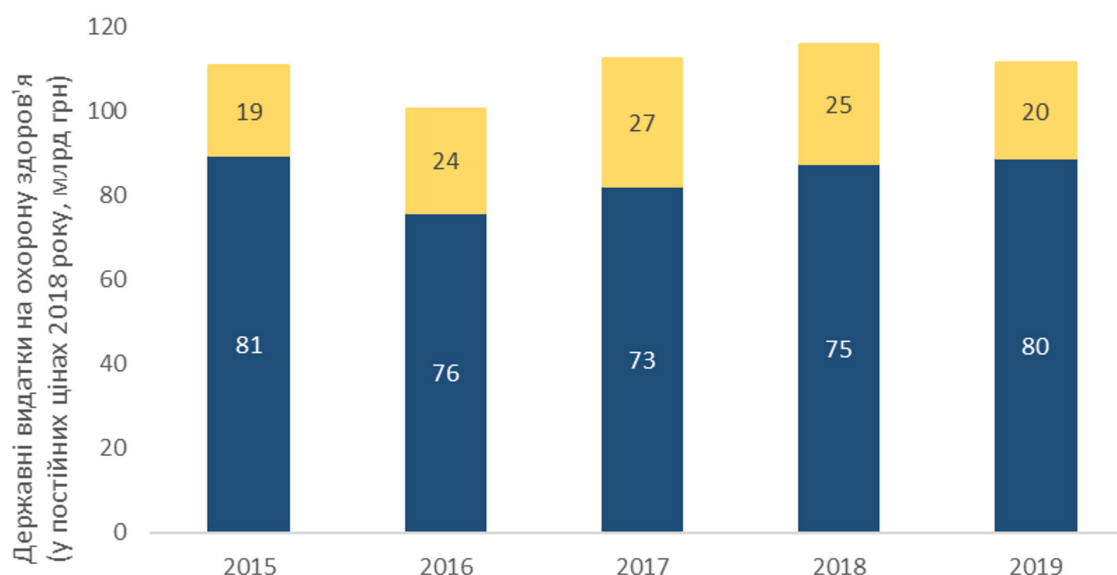
¹¹ МОП допомагає Україні зменшити показник незадекларованої праці. Джерело: Міжнародна організація праці [веб-сайт]. Женева: Міжнародна організація праці; 2019 рік (https://www.ilo.org/budapest/whats-new/WCMS_672587/lang-en/index.htm, станом на 26 серпня 2019 року).

¹² Двома типами субвенцій є загальні медичні субвенції та субвенції на здійснення конкретних медичних програм (наприклад, діабет).

¹³ Громади – це одиниці місцевого самоврядування від міст до сіл та селищ в Україні, нижче рівня району.

Центральний уряд фінансував основну частину медичних послуг шляхом медичних субвенцій, які у період 2015-2019 років становили в середньому 77% від державних витрат на охорону здоров'я. Місцеві органи самоврядування фінансували решту за рахунок власних ресурсів (Рис. 3.1).

Рис.3.1 Державні видатки на охорону здоров'я, 2015-2019 роки



Джерело даних: Міністерство фінансів України. Річні звіти казначейської служби.

Впровадження нової політики пулінгу ресурсів та закупівель розпочалося з успішної реалізації на рівні ПМД, наразі ведеться робота над планами щодо запровадження таких підходів на госпітальному рівні. На першому етапі проведення реформи у липні 2018 року Міністерство фінансів передало частину медичних субвенцій для ПМД до НСЗУ, яка уклала договори з державними та приватними надавачами послуг на основі капітаційної ставки. Починаючи з 2020 року той самий принцип буде застосовуватися для всіх послуг, що охоплюються програмою медичних гарантій, включаючи госпітальні послуги, які оплачуватимуться через діагностично-споріднені групи (ДСГ) та глобальні бюджети, таким чином направляючи колишню медичну субвенцію через НСЗУ. Пулінг коштів на медичні послуги в НСЗУ ставить крапку на попередній фрагментації та дублюванні, а також надає можливість розвивати раціональну мережу надання послуг, що відповідає потребам населення. Реформа має на меті створити єдиний національний пул ресурсів із набором гарантованих прав на отримання виплат та обов'язків для всього населення, незалежно від місця проживання.

Реформа фінансування охорони здоров'я також підтримується більш широкими реформами управління державними фінансами, а уряд доклав скоординованих зусиль для посилення управління державними фінансами. Це включає запровадження середньострокового бюджетного планування (СБП) на 2020-2022 роки для посилення фіскальної дисципліни та забезпечення передбачуваності в плануванні та виконанні бюджету. Крім того, уряд планує запровадити обов'язкові граничні обсяги бюджету для основних розпорядників коштів у річну бюджетну декларацію як частину СБП. Оскільки медичні заклади перетворилися на автономні юридичні особи, вони більше не повинні дотримуватися тарифної сітки оплати працівників бюджетної сфери. У той же час, як передбачено Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Закон №2168), тарифи, що розраховані НСЗУ, повинні включати вартість праці, використовуючи як основу щонайменше 250% від середньої заробітної плати по країні за липень попереднього року.

Чинний Бюджетний кодекс України¹⁴ значно розширює повноваження органів місцевого самоврядування для залучення власних ресурсів, зменшуючи перерозподіл доходів між підрозділами місцевого самоврядування. Фіскальна децентралізація встановила нові правила розподілу податків до місцевих бюджетів. Загалом 60% податку на доходи фізичних осіб, 100% державного мита і 100% плати за адміністративні послуги зараз сплачуються до місцевих бюджетів. Місцеві адміністрації отримали право стягувати місцевий податок на нерухоме майно та місцевий акцизний збір на алкоголь, тютюн та паливо. Це подається як радикальна зміна.¹⁵ Їм також дозволено позичати більші суми, ніж раніше, у центрального уряду та банків для фінансування своїх витрат. Частково це компенсується системою прямих фіскальних трансфертів між центральним урядом та обласними адміністраціями через прозору формулу розподілу міжбюджетних трансфертів, включаючи медичні та освітні субвенції, дотації вирівнювання та додаткові дотації на утримання закладів освіти і охорони здоров'я.

Функції та обов'язки урядових органів кожного рівня та види видатків, що фінансуються відповідно з державного та місцевих бюджетів, детально описані у статтях 87 та 89 Бюджетного кодексу. ПМГ повинна фінансуватися з державного бюджету. Однак, за витрати на комунальні послуги та утримання об'єктів відповідають органи місцевого самоврядування.¹⁶ Важливим є той факт, що вони можуть надавати послуги, які виходять за рамки ПМГ. Забезпечення основних послуг охорони здоров'я – це відповідальність центрального уряду, що відповідає загальним міжнародним рекомендаціям. Однак органи місцевого самоврядування також можуть мати власні місцеві програми громадського здоров'я. Поправка до Бюджетного кодексу, що вимагає від органів місцевого самоврядування фінансування витрат на комунальні послуги, була прийнята як захід для зменшення проблеми недостатнього фіскального простору на рівні центрального уряду після переходу збільшених доходів до місцевих органів, хоча багато з них також не мають достатньої фінансової спроможності для виконання цих зобов'язань. Це незвичайна норма і її застосування, зазвичай, не рекомендується, оскільки комунальні послуги та технічне обслуговування, як правило, розглядаються як частина регулярних витрат на надання послуг та включаються до цін, що сплачуються замовником. Хоча ця стратегія була зрозумілою і потрібною для подолання фіскальних проблем, вона, можливо, потребуватиме перегляду в майбутньому.

Стаття 3 Закону №2168 також містить короткий опис відповідних функцій та обов'язків органів державної влади та місцевого самоврядування у фінансуванні охорони здоров'я в Україні. Відповідно до Закону, державні медичні гарантії фінансуються за рахунок державного бюджету. Крім того, програми громадського здоров'я та заходи по боротьбі з епідеміями та інші програми охорони здоров'я фінансуються з державного бюджету відповідно до переліку, затвердженого Кабінетом Міністрів України. В межах своєї компетенції органи місцевого самоврядування можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки для закладів охорони здоров'я, зокрема, на оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реабілітацію, підвищення заробітної плати медичним працівникам (місцеві програми заохочення), місцеві медичні служби охорони здоров'я, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми медичної допомоги.

¹⁴ Бюджетний Кодекс України. Відомості Верховної Ради України, 2010, № 50-51 (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#n573>, станом на 26 серпня 2019 року, українською мовою).

¹⁵ Яраб'ік Б., Єсмуханова Ю. Повільна боротьба України за децентралізацію. Вашингтон (округ Колумбія): Фонд Карнегі за міжнародний мир; 2017 рік (<https://carnegieendowment.org/2017/03/08/ukraine-s-slow-struggle-for-decentralization-pub-68219>, станом на 26 серпня 2019 року).

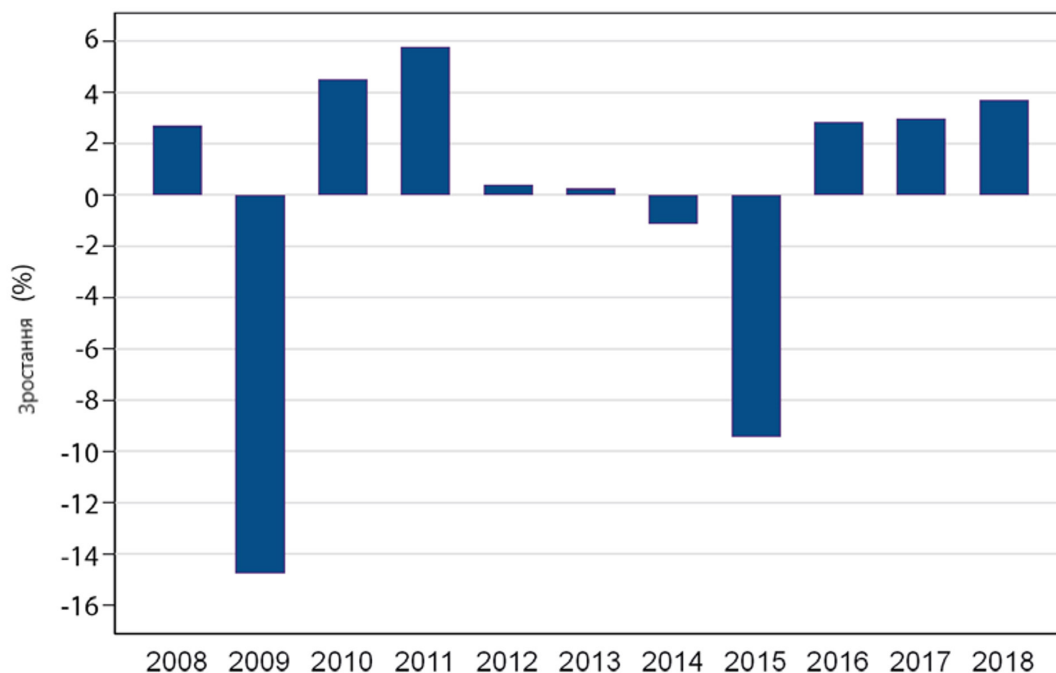
¹⁶ У 2017 році до Бюджетного кодексу було внесено зміни щоб передати повноваження органам місцевого самоврядування сплачувати рахунки за комунальні послуги закладів охорони здоров'я (та освітніх закладів), і це положення буде збережене принаймні в коротко- та середньостроковій перспективі.

3.3 | Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору

Політики фінансування системи охорони здоров'я та витрати на охорону здоров'я необхідно враховувати в загальному економічному та макрофіскальному середовищі країни. Політики фінансування охорони здоров'я в Україні добре узгоджено з макрофіскальним середовищем. Існує чітке розуміння того, що збільшення фіскального простору для охорони здоров'я залишатиметься обмеженим у довгостроковій перспективі, а як основне джерело доходів для покращення послуг має розглядатися підвищення ефективності.

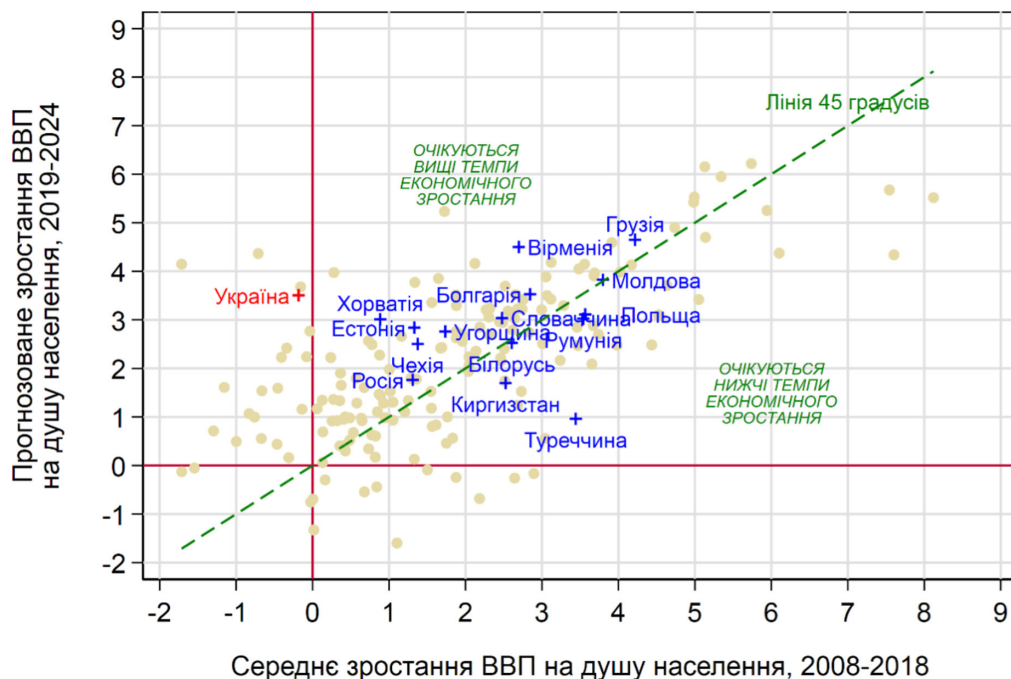
Реформи в галузі охорони здоров'я проводяться в жорсткому макрофіскальному середовищі. Загальний розмір економіки залишався, в основному, незмінним у розрахунку на душу населення протягом останнього десятиліття (2008-2018 рр.). Темпи економічного зростання за цей же період сильно змінювались. Середній темп економічного зростання становив -0,2% у розрахунку на душу населення з двома вираженими падіннями: перше – через глобальну фінансову кризу 2009 року, та друге – у 2014-2015 роках через політичні події (Рис. 3.2). Протягом останнього десятиліття економічні показники України сильно контрастують з країнами-компараторами. Очікується, що економічне зростання відновиться в найближчій перспективі хоча би до скромних прогнозних 3-4% на рік протягом 2019-2024 рр. (Рис. 3.3).

Рис.3.2 Економічне зростання на душу населення, 2008-2018 роки



Джерело даних: Міжнародний валютний фонд.

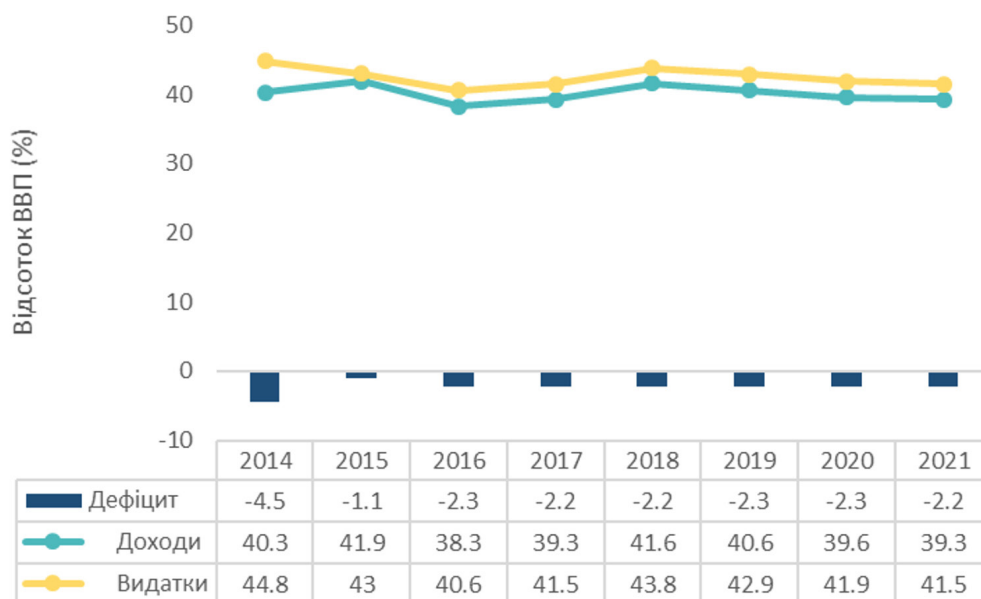
Рис. 3.3. Середній приріст ВВП на душу населення у 2008-2018 роки порівняно з прогнозованим зростанням ВВП на душу населення на 2019-2024 роки



Джерело даних: Міжнародний валютний фонд.

Уряд продовжить підтримувати дефіцит бюджету приблизно на рівні 2% ВВП до 2021 року (Рис. 3.4). Фіскальна дисципліна трохи погіршилася у 2018 році після затвердження додаткового бюджетного та пенсійного законодавства, що включало великі підвищення заробітної плати та пенсій. Цільове значення бюджетного дефіциту на 2019 рік встановлено на рівні 2,3% ВВП¹⁷ і, ймовірно, буде досягнуто значною мірою через скорочення капітальних витрат.

Рис. 3.4. Державні доходи та витрати як частка від ВВП, 2014-2021 роки



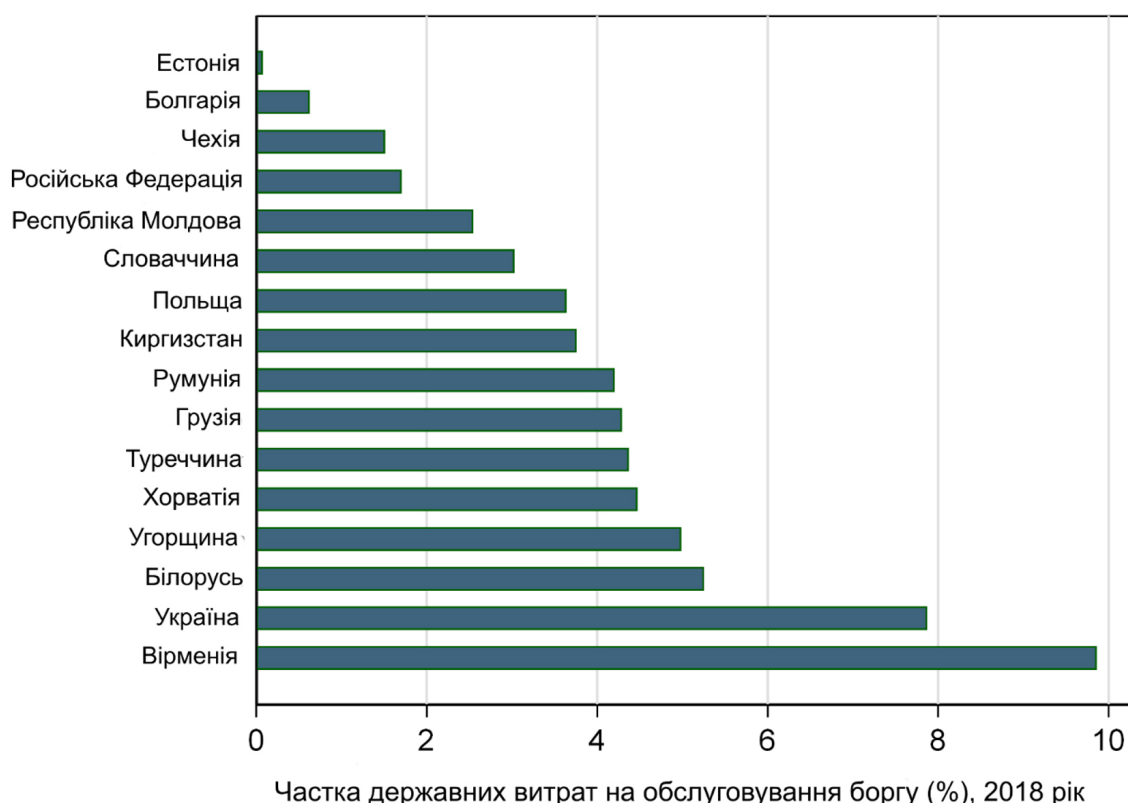
Джерело даних: Міжнародний валютний фонд.

Примітка: фактичні доходи та витрати за 2014-2018 роки; прогнозовані на 2019-2021 роки

¹⁷ У 2018 році цільовий показник дефіциту бюджету було встановлено на рівні 2,4% ВВП.

Фіскальний простір або здатність України реалізувати позабюджетні можливості для збільшення державного фінансування сталим чином також є обмеженими через борги та проблеми безпеки в країні. Хоча державні видатки є відносно високою часткою ВВП завдяки відносно високій (понад 40%) частці державних доходів у ВВП, значна частина (приблизно 8%) іде на обслуговування боргу. Цей показник є одним з найвищих серед країн-компараторів. Подібна частина витрат іде на державні питання безпеки (Рис. 3.5). Після пікового значення в 16,5% у вересні 2017 року через великі підвищення заробітної плати та пенсій, а також через шоків зміни цін на продовольство, до кінця 2018 року інфляція сягнула 10%. Жорстка монетарна політика та уповільнення внутрішнього попиту допоможуть поступово повернути інфляцію до показника трохи менше 7% до кінця 2019 року та до меж цільового діапазону Національного банку України на рівні $5 \pm 1\%$ на початку 2020 року.

Рис. 3.5. Частка державних витрат на обслуговування боргу (%), 2018 рік

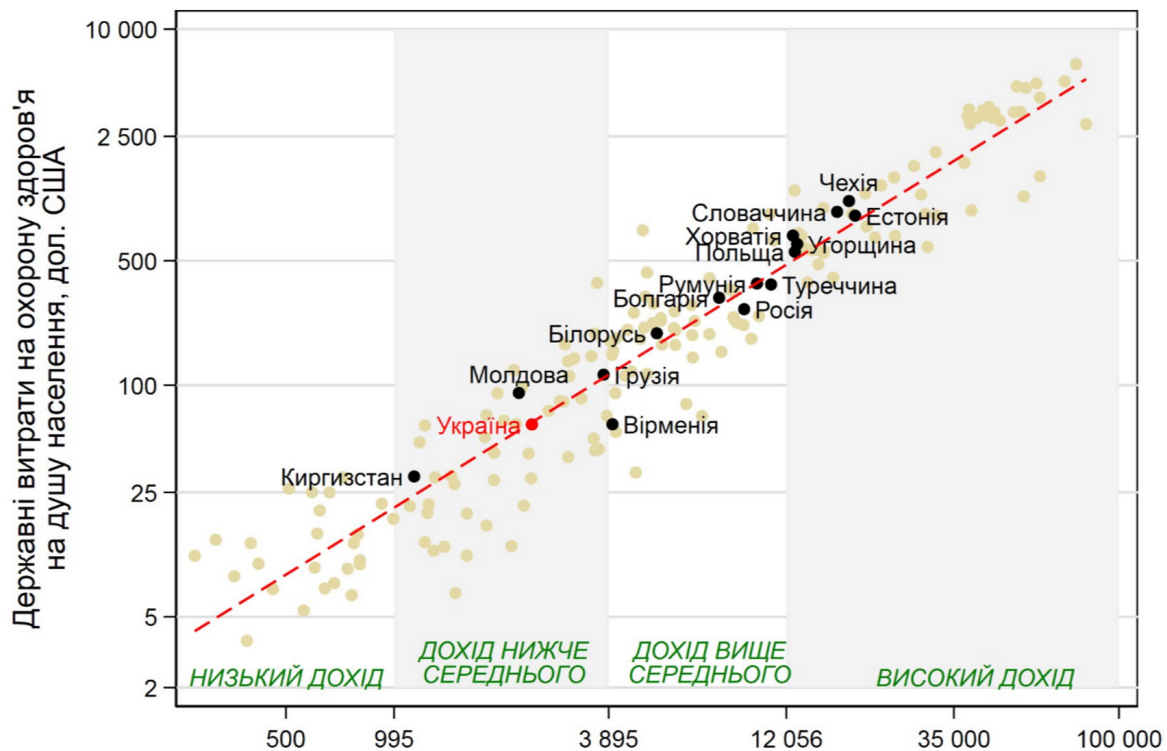


Джерело даних: Міжнародний валютний фонд.

Оцінки до проведення реформи вказують, що рівні витрат на охорону здоров'я на душу населення складають приблизно 150 доларів США, а більша частина їх (54%) надходить з кишень пацієнтів. У 2016 році приблизно 40% витрат на охорону здоров'я були за рахунок державних джерел. Державне фінансування охорони здоров'я становило приблизно 87 доларів США (в постійних цінах 2018 року, що виражені в доларах) (або 3,2% ВВП), приблизно, як і очікувалося для рівня доходів України, але нижче ніж майже у всіх країнах-компараторах, окрім Киргизстану (Рис. 3.6). Витрати «з кишені» пацієнтів були значно вищими, ніж в інших країнах із порівнюваним рівнем доходу. За період з 2010 по 2015 роки частота виплат «з кишені» пацієнтів, що призводять до зубожіння, зросла з 7,6% домогосподарств до 9,0%, тоді як частота катастрофічних виплат «з кишені» пацієнтів зросла з 11,5% до 14,5%. Найбільшими чинниками витрат «з кишені» пацієнта стали лікарські засоби та стаціонарна допомога.¹⁸

¹⁸ Горошко А., Шаповал Н., Лай Т. Чи можуть люди дозволити собі оплачувати медичну допомогу? Нові докази фінансового захисту в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2018 рік (<http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-ukraine-2018>, станом на 26 серпня 2019 року).

Рис. 3.6. Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення проти валового національного доходу на душу населення (дол. США), 2016 рік

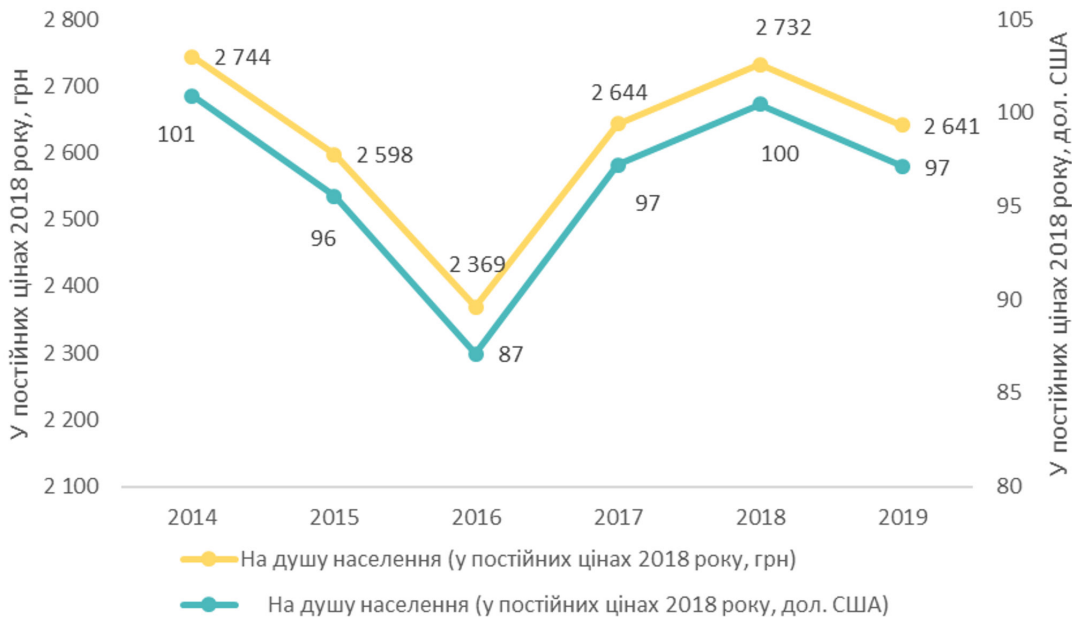


ВНД: валовий національний дохід.

Джерело даних: Міжнародний валютний фонд та Індикатори світового розвитку, 2019 рік.

Державні витрати на охорону здоров'я залишилися приблизно однаковими в реальному вираженні на душу населення з моменту початку реформ, і відскочили до рівня, який спостерігався у 2014 році. Щоб зменшити дефіцит загального державного бюджету та відновити макрофіскальну стабільність у 2015-2016 роках уряд був змушений значно скоротити видатки на охорону здоров'я (зі 101 долара США у 2014 році до 87 доларів США у 2016 році в постійних цінах 2018 року, виражених в доларах США) (Рис. 3.7). Податкова реформа, запроваджена у 2015 році, значно зменшила податкові внески до фондів соціального захисту, тим самим збільшивши дефіцит пенсійного фонду до 5% ВВП. Щоб забезпечити соціальний захист бідним та незахищеним верствам населення через більш високі тарифи на газ, було запроваджено субсидії на опалювання та житлово-комунальні послуги. Як наслідок, витрати на соціальний захист зросли з 8,4% ВВП у 2015 році до 10,3% у 2016 році, тоді як видатки в усіх інших секторах суттєво скоротилися.

Рис. 3.7. Державні витрати на охорону здоров'я в реальній гривні 2018 року та в доларах США, 2014-2019 роки



Джерело даних: Міністерство фінансів України. Річні звіти казначейської служби.

В контексті реформи децентралізації, що затверджена в 2014 році, важливо правильно позиціонувати реформу фінансування системи охорони здоров'я. Зважаючи на чинні політики щодо розподілу власних доходів та значні можливості визначення пріоритетів для місцевих витрат, роль місцевого фінансування у загальному доході надавачів послуг, як виявилось, сильно відрізняється між регіонами та в них.¹⁹ Реформи фіскальної децентралізації зменшили субсидії з центрального рівня для деяких районів. А це може розширити нерівність між регіонами та в них. Зростання ВВП в Україні є сильно концентрованим (тобто означає, що деякі регіони ростуть дуже швидко, а інші взагалі не ростуть, або не мають навіть негативного зростання), а ступінь цієї концентрації значно вище середнього значення Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР).²⁰ У цьому контексті пулінг ресурсів, включаючи медичні субвенції, з боку закупівельного агентства на центральному рівні відіграватиме вирішальну роль у зменшенні міжрегіональних нерівностей в наданні прав та доступу до медичних послуг.

3.4 | Поточний вплив політик на цілі реформи

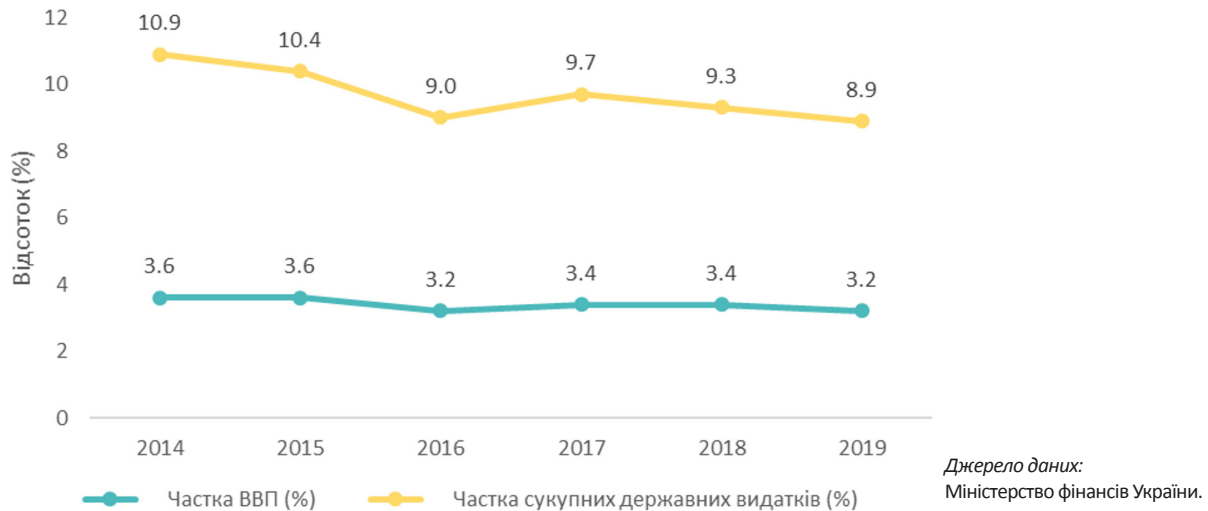
Починаючи з 2014 року частка охорони здоров'я у державних витратах зменшується. Скорочення частини державного фінансування є важливим, оскільки воно вказує на необхідність визначення пріоритетів у бюджеті на охорону здоров'я. Незважаючи на те, що зниження пріоритетності здоров'я протягом 2014-2019 років є зрозумілим через описаний вище тиск (обслуговування боргу, субсидії та пенсійні витрати) та поточний конфлікт, постійний

¹⁹ Наприклад, середня частка місцевого фінансування у доходах лікарень становить 20% у Житомирській області, 28% у Вінницькій області; середній показник – 59% у Львівській області та 56% у Полтавській. Незважаючи на те, що ці дані самостійно повідомляються закладами, вони не завжди в змозі розрізнити фінансування отримане від місцевих та центральних бюджетів через те, яким чином відбувається пулінг коштів на регіональному рівні. Очевидно, що ступінь фінансування надавачів послуг місцевими органами влади істотно відрізняється залежно від їхньої спроможності до збору доходів та місцевих пріоритетів.

²⁰ Підтримка імпульсу децентралізації в Україні. Париж: Публікація ОЕСР; 2018 р. (Дослідження багаторівневого врядування ОЕСР).

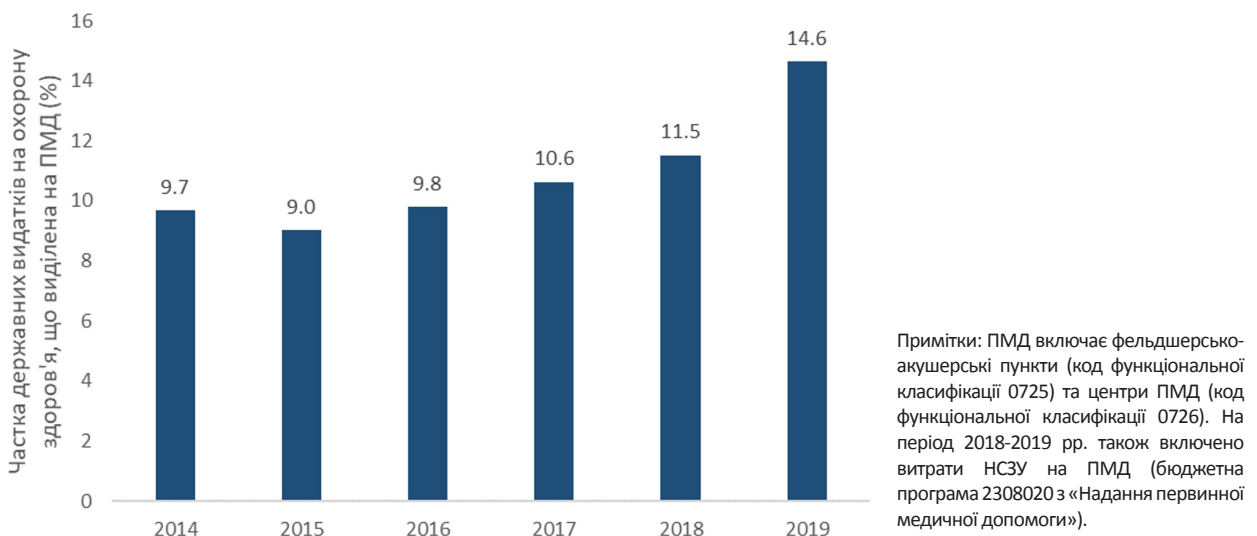
спад рік за роком викликає певні занепокоєння щодо майбутньої сталості реформ. Зокрема, витрати на охорону здоров'я на рівні 3,2% від ВВП є значно нижчими ніж 5%, передбачених Законом №2168 (Рис. 3.8). Ключовим фактором для подальшого впровадження реформ системи охорони здоров'я, щоб заощадити ресурси від підвищення ефективності та перетворити їх на кращу якість охоплення та надання послуг, буде забезпечення загальної стабільності бюджету на охорону здоров'я.

Рис. 3.8. Державні витрати на охорону здоров'я в процентах від ВВП та від загальних державних витрат, 2014-2019 роки



З позитивної сторони, витрати на ПМД значно зросли, що відображає зусилля щодо зміцнення послуг на первинній ланці (для отримання більш детальної інформації див. Розділ 4 щодо закупівлі послуг первинної медичної допомоги). Державні витрати на ПМД склали 10,6% від витрат на охорону здоров'я в 2017 році порівняно з 11,5% у 2018 році (Рис. 3.9). У 2019 році частка ПМД зросла до 14,6% від загальних державних витрат на охорону здоров'я. Збільшення балансу витрат на користь ПМД є важливим показником визначення пріоритетів у цьому секторі. Така пріоритезація послуг ПМД підтверджує зусилля уряду, спрямовані на підвищення якості послуг на первинній ланці. Коли впроваджуватимуться реформи вторинної та третинної ланки, важливо зберегти таку ж саму тенденцію. Водночас,

Рис. 3.9. Частка державних витратків на охорону здоров'я, яка виділена на ПМД



Джерело: витатки консолідованого бюджету на основі функціональної класифікації з веб-сайту Державної казначейської служби України та програмні витатки на 2018 та 2019 роки.

надзвичайно важливим є адекватне планування бюджету для забезпечення фінансової дисципліни та сталості реформ. Через те, що кількість населення, яка підписала декларації з ПМД ланкою, перевищила цільову кількість, включену до розрахунків бюджету на 2019 рік, уряд вже відчуває дефіцит. І хоча було вжито проміжних заходів для покриття дефіциту,²¹ у подальшому під час процесу формування бюджету важливо буде планувати та розподіляти достатню кількість ресурсів.

Однією з цілей реформи охорони здоров'я є покращення фінансового захисту, проте дані про витрати «з кишені» домогосподарств на здоров'я відсутні для вимірювання цього показника. Важливо виміряти, наскільки покращення пулінгу та закупівель призвели до зниження витрат на здоров'я «з кишені». І хоча проводяться певні соціологічні опитування та оцінки, щорічні опитування домогосподарств щодо їхніх витрат можуть дати набагато більш детальне розуміння чинників та змін у витратах «з кишені» у процесі прогресу реформ.

3.5 | Очікувані виклики

Фіскальний простір, що необхідний для збільшення державних витрат на охорону здоров'я в Україні, обмежується макроекономічною ситуацією. Таким чином, саме підвищення ефективності стане критичним джерелом для фіскального простору. Оскільки збільшення державного фінансування неефективної системи не дасть бажаних результатів, необхідними будуть підвищення ефективності та оптимізація. Основна увага повинна зосереджуватися не лише на скороченні витрат, але й на закупівлі більшого об'єму та кращих послуг за витрачені кошти. Важливо підвищити ефективність надання медичних послуг для досягнення кращих результатів у галузі охорони здоров'я, використовуючи ту саму кількість ресурсів, захищаючи людей від катастрофічних витрат на здоров'я. Реформа фінансування, яка не супроводжується реформою стаціонарної допомоги, ймовірно, буде неефективною. Без підвищення ефективності та оптимізації в лікарняному секторі існують ризики, що показники витрат «з кишені» пацієнтів залишаться високими, заборгованість/дефіцит на рівні надавача послуг збільшуватиметься, а неефективність і надалі стримуватиме покращення результатів в системі охорони здоров'я.

Одним із ключових викликів реформи фінансування охорони здоров'я в Україні є упорядкування міжвідомчого фінансування системи. Об'єднавши кошти в НСЗУ, уряд прагне зменшити фрагментацію розподілу ресурсів. Через обмежену здатність істотно збільшити ресурси на центральному рівні, реформа все ж покладатиметься на органи місцевого самоврядування для покращення надання послуг.

Без ретельного моніторингу та своєчасних коригувальних заходів, поточна політика фіскальної децентралізації, що істотно розширює податкові повноваження та автономію місцевих органів, може сама по собі призвести до менш справедливих та менш ефективних витрат на охорону здоров'я по всій країні. По-перше, як описано вище, деякі органи місцевого самоврядування виберуть і зможуть дозволити собі витрати на охорону здоров'я, які перевищують ПМГ, розробляючи власні програми заохочення для медичних працівників, забезпечуючи їх додатковим обладнанням тощо. Не всі такі витрати можуть відповідати національним пріоритетам у галузі охорони здоров'я. По-друге, існує занепокоєність наслідками цих механізмів з точки зору географічної справедливості, якщо інші механізми не будуть розроблені для того, щоб райони з меншим потенціалом отримання доходів

²¹ У червні 2019 року Кабінет Міністрів прийняв постанову про перерахування 1 мільярда гривень від пілотного проекту з надання спеціалізованої амбулаторної допомоги до ПМД. Уряд направив додатково 1 мільярд гривень в медичні установи, де працюють сімейні лікарі, терапевти та педіатри. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 12 червня 2019 року (<http://moz.gov.ua/article/reform-plan/urjad-napraviv-dodatkovu-1-mlrd-grn-na-medzkladi-v-jakih-pracjujut-simejni-likari-terapevti-i-pediatri>, станом на 26 серпня 2019 року, українською мовою).

могли підтримувати об'єкти у їхній власності та покривати витрати на комунальні послуги, які є значними в Україні, а особливо в холодну пору року. Як показує дослідження ОЕСР,²² для багатьох місцевих органів влади тягар поточних витрат для місцевих бюджетів є високим, що значно обмежує їхню фіскальну спроможність інвестувати. Крім того, зберігатиметься різниця в оплаті роботи медичних працівників, в наявності лікарських засобів, поставок та обладнання. Вона може навіть збільшуватись і викликати розчарування від проведення реформ.

Водночас, центральний уряд не має повної картини загальних ресурсів, що виділяються на охорону здоров'я в кожному регіоні, оскільки він не бере участь у процесах формування місцевого бюджету. Місцеві бюджети існують на рівні обласних, районних та місцевих органів самоврядування. Кожен орган місцевого самоврядування голосує за відповідні бюджети на початку року, а окремі бюджети доступні на веб-сайті кожної адміністративної одиниці. Зведені видатки, включаючи центральні та місцеві ресурси, доступні лише на веб-сайті Державної казначейської служби України.²³ Це обмежує можливості Міністерства охорони здоров'я та НСЗУ адекватно планувати бюджетні видатки.

Існують деякі ранні ознаки того, що витрати на охорону здоров'я за рахунок власних доходів органів місцевого самоврядування зменшуються через неясну відповідальність та підзвітність витрат на охорону здоров'я та надання послуг на рівні місцевих органів влади. І хоча дані про місцеві витрати на охорону здоров'я по регіонах отримати вкрай складно, дехто висловив стурбованість тим, що по мірі підготовки бюджетів на наступний рік органи місцевого самоврядування виділяють менше коштів на охорону здоров'я зі своїх власних доходів. Наприклад, з планів фінансування лікарень в Полтавській області, яка є пілотним регіоном для впровадження нового механізму оплат, виявилось, що місцева влада на рівні району вже скоротила фінансування на 2019 рік порівняно з 2018 роком.

3.6 | Рекомендації щодо політики

Уряд має продовжити використання діючої моделі отримання доходів та пулінгу ресурсів з основними надходженнями від загальної системи оподаткування для сектору охорони здоров'я. Кошти та ресурси зосереджуються в НСЗУ – єдиного замовника медичних послуг за програмою медичних гарантій як від державних, так і від приватних надавачів для досягнення максимального ефекту державного фінансування. Цей підхід добре узгоджується з існуючими економічними умовами та ринком праці в Україні. Уряд повинен продовжувати запровадження пулінгу коштів та створювати стабільну бюджетну основу. Найактуальнішим пріоритетом є завершення підписання договорів у 2020-2021 роках для вторинної ланки медичної допомоги. Прийняття парламентом Закону про державний бюджет на 2020 рік з переліком гарантованих державою медичних послуг для вторинної та третинної ланки допомоги забезпечить можливість безперебійного продовження реформ.

Належне бюджетне планування має вирішальне значення для забезпечення фінансової дисципліни та сталості реформ. Для забезпечення фіскальної сталості реформи та надання можливості уряду узгодити програму медичних гарантій з більш широким середньостроковим макроекономічним прогнозом країни необхідні актуарні прогнози вартості програми медичних гарантій. Відносно високий рівень інфляції призведе до зменшення купівельної

²² ОЕСР. 2018. Підтримка імпульсу децентралізації в Україні. Багаторівневі дослідження врядування ОЕСР. Публікація ОЕСР, Париж.

²³ Процес формування бюджету на центральному рівні полягає в наступному: Міністерство охорони здоров'я подає проект бюджету Міністерству фінансів, яке потім подає його на затвердження парламенту в рамках бюджетного процесу. ПМГ затверджується парламентом як частина Закону про Державний бюджет України, в якому Додаток 3 містить детальні бюджетні асигнування для кожного сектора.

спроможності видатків. Міністерство фінансів має забезпечити збереження видатків на душу населення в реальному вираженні, щоб забезпечити передбачуваність фінансування та сприяти реалізації підвищення ефективності. Збереження та подальше збільшення пріоритету ПМД у межах бюджету на охорону здоров'я дозволить подальше зміцнення послуг первинної ланки. Будь-які досягнення ефективності слід реінвестувати у сферу охорони здоров'я для підтримки пріоритетних заходів, тоді як додаткові бюджетні асигнування на охорону здоров'я повинні співвідноситися з економічним зростанням та фіскальними умовами.

Важливо узгодити місцеве фінансування з національними пріоритетами та процесами реформ. Міністерству охорони здоров'я та НСЗУ слід на ранніх етапах співпрацювати з органами місцевого самоврядування щодо процесів планування бюджету, щоб забезпечити можливість використання місцевих ресурсів для заповнення прогалин у наданні послуг та покращення якості обслуговування. Залежно від потреб та ресурсів регіону, важливо розвивати потенціал на місцевому рівні для планування медичних послуг та забезпечення програми додаткових гарантій. Органи місцевого самоврядування відіграють важливу роль як власники закладів, так і органи фінансування, проте знадобиться подальший політичний діалог щодо того, яким чином узгодити децентралізовані функції та пріоритети національної політики в галузі охорони здоров'я. Для цього існують три широкі варіанти для України, але можлива і їхня комбінація. У всіх випадках слід запровадити перехідний план для поступового зміцнення регіонів з низькою фіскальною спроможністю та низькими витратами на охорону здоров'я за рахунок власних доходів, не відділяючи багатші регіони, які витрачають власні доходи на охорону здоров'я, у тому числі на надання послуг поза програмою медичних гарантій та фінансування програм заохочення медичних працівників.

Варіант 1.

Країна може централізувати видатки на охорону здоров'я місцевих органів влади за рахунок власних доходів та об'єднати кошти в НСЗУ. Водночас, у більшості країн дуже важко повернутися до централізації розподілу доходів органів місцевого самоврядування з політичних причин, особливо в періоди фіксованих загальних доходів/витрат. Незважаючи на те, що цей варіант призводить до чіткого розподілу відповідальності, він не має потенційної користі від знання місцевої ситуації, залучення громадян та місцевої влади до питань надання медичних послуг. Цей варіант також вимагатиме від уряду переглянути більш широку дискусію про децентралізацію, та передбачатиме політики, які виходять за межі сектору охорони здоров'я (і виходять за межі цього звіту).

Варіант 2.

Уточнити відповідальність за витрачання коштів з боку органів місцевого самоврядування, зобов'язавши їх продовжувати витрачати власні додаткові надходження на охорону здоров'я у визначених сферах витрат, що не перетинаються (наприклад, капітальні інвестиції, місцеві служби громадського здоров'я, послуги поза ПМГ). Частково це вже є, але потребує посилення наявних механізмів. За ідеальних умов, в рамках цього варіанту має бути спільне планування/згода між Міністерством охорони здоров'я (та НСЗУ) та органами місцевого самоврядування щодо пріоритетів та планів витрат. *Саме цей варіант рекомендовано в даному звіті. Він також відповідає оцінці ОЕСР щодо фіскальної децентралізації в Україні у 2018 року.*

Варіант 3.

Запровадити стимули для місцевих органів за продовження фінансування охорони здоров'я та узгодження своїх пріоритетів витрат з цілями національної політики. В цьому варіанті деякі країни запровадили умови або показники ефективності в трансферти від центральних органів влади до місцевих органів влади, щоб створити стимули для продовження виділення адекватних коштів на охорону здоров'я та узгодження пріоритетів із національними урядовими стратегіями

(наприклад, відсоток дольової участі у витратах для деяких визначених напрямів витрат на охорону здоров'я, або певна умова щодо показника охоплення деякими інтервенціями у галузі громадського здоров'я/населення з боку місцевих органів, чи щодо оновлення закладів охорони здоров'я для відповідності новим стандартам).

Незалежно від обраного варіанту, з подальшим ходом реформ місцевим органам влади буде важливо стежити за витратами з власних надходжень. Як обговорювалося раніше, відсутність централізованих даних про бюджети місцевого самоврядування перешкоджає можливості узгодити цілі та зусилля реформи національними та місцевими партнерами.

Уряд має продовжувати розвивати потенціал та механізми для просування спільного розуміння пріоритетних цілей, підходів та рішень, а також визначати ролі та обов'язки між Міністерством охорони здоров'я, НСЗУ, Міністерством фінансів та місцевими органами влади для досягнення високоефективного фінансування охорони здоров'я. З самого початку саме тісна співпраця між Міністерством охорони здоров'я та Міністерством фінансів була ключовим фактором успіху в процесі реформи. Робоча група, створена в 2016 році для розробки Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, включала експертів міністерств охорони здоров'я та фінансів, які мали досвід в питаннях економіки, медицини та фінансів. Спільне розуміння та бачення Концепції дозволило уряду швидко перейти до впровадження реформи. Для успіху реформи вирішальне значення мають хороші міжвідомчі відносини.



4

ЗАПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ПМД І ПРИСКОРЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

4.1 | Вступ

Даний розділ розглядає модель закупівель послуг ПМД в Україні. Метою огляду була оцінка чинної політики, інструментів та процесів, які підтримують впровадження стратегічних закупівель та пришвидшують надання послуг на рівні ПМД. З цією метою група з оцінки організувала технічні дискусії з ключовими національними та міжнародними партнерами, збрала юридичні документи, наявні дані та дослідження, що стосуються ПМД. У прагненні знайти докази перехідного впливу нової політики закупівель послуг ПМД на доступ та якість ПМД, група провела швидку оцінку дизайну механізму оплати ПМД та механізмів його впровадження. Задokumentовано основні досягнення в реформі закупівель послуг ПМД, визначено майбутні виклики та необхідні вдосконалення, а також надано рекомендації щодо політики.

4.2 | Огляд ключових політик

Як єдиний замовник медичних послуг НСЗУ розпочала свою діяльність з акцентом на ПМД, досягнувши величезного прогресу за короткий проміжок часу. Перші контракти з надавачами послуг ПМД були підписані у червні 2018 року. Громадяни вперше юридично отримали право вибору лікаря ПМД. Державні та приватні надавачі ПМД отримали рівні можливості для надання послуг в рамках ПМГ. Державне фінансування ПМД стало пріоритетним. Було застосовано принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Ключових досягнень було кілька:

- Починаючи з квітня 2018 року по травень 2019 року 27,6 мільйона (понад 65%) жителів України підписали декларації (zareєструвалися) з лікарями первинної ланки.
- З червня 2018 року по травень 2019 року НСЗУ уклала договори з 1 276 закладами охорони здоров'я первинної ланки, включаючи 1 024 державних та 131 приватний заклад та 121 індивідуальну практику (сімейних лікарів) для надання гарантованого пакету послуг ПМД населенню, яке підписало декларації.
- Загалом 1 024 державних надавачів ПМД послуг стали незалежними юридичними особами з управлінською та фінансовою автономією, що, за даними НСЗУ, становить 97% від усіх муніципальних медичних закладів ПМД у країні.
- Пакет послуг ПМД та формула оплати є чітко визначеними; уніфіковані ставки/тарифи встановлені на належному рівні, та нові стимули для надавачів ПМД впроваджені через капітаційний метод оплати.
- З 1 квітня 2019 року НСЗУ здійснює адміністрування урядової програми «Доступні ліки». З моменту впровадження Програми НСЗУ уклала контракти з 1 000 аптек, включаючи

573 приватні аптеки; лікарі ПМД виписали понад 2,3 мільйона рецептів, при цьому аптеки видали пацієнтам ліки за 1,7 мільйона рецептів.

- НСЗУ розбудовує необхідний потенціал, щоб стати стратегічним замовником послуг охорони здоров'я, розвиваючи свої основні функції та системи. До них відносяться системи цифрової обробки, такі як електронне укладання договорів, електронна реєстрація пацієнтів/декларацій, електронний рецепт, інформаційні панелі, які оновлюються в режимі реального часу на веб-сайті НСЗУ.²⁴

Правила охоплення послугами та підписання декларацій визначені в Законі №2168. Всі жителі України мають право доступу до послуг ПМД в межах програми медичних гарантій. Крім того, вони мають право вибору лікаря ПМД незалежно від місця проживання. Громадяни мають підтвердити свій вибір офіційною реєстрацією, шляхом підписання «Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». Відповідно до наказу МОЗ №503 від 2018 року, пацієнт має право змінити лікаря ПМД у будь-який час, але він зобов'язаний підписати нову декларацію і скасувати дію попередньої. Підписання декларацій з двома або більше лікарями одночасно не дозволяється.

Пацієнти, які не обрали лікаря та мають невідкладну ситуацію, мають право безкоштовно отримувати послуги ПМД у державних закладах охорони здоров'я. Таких пацієнтів необхідно поінформувати про політику вільного вибору та порадити обрати лікаря ПМД. Загальна кількість декларацій у лікаря ПМД має бути в межах рекомендованої оптимальної кількості пацієнтів відповідно до спеціальності ПМД (сімейний лікар, педіатр та терапевт).²⁵

Послуги ПМД, що включено до ПМГ, визначено наказом МОЗ № 504²⁶ як набір 17 видів консультацій та інтервенцій на рівні ПМД та восьми видів лабораторних і діагностичних обстежень. Ці послуги включають діагностику та лікування звичайних і хронічних станів, профілактичний скринінг та вакцинацію, вагітність та догляд за дітьми, а також певні види невідкладної та паліативної допомоги. Лабораторні та інструментальні діагностичні дослідження включають загальний аналіз крові з обрахунком лейкоцитів; загальний аналіз сечі; глюкозу крові; загальний холестерин; вимірювання артеріального тиску; електрокардіограму; вимірювання ваги, зросту і об'єму талії; а також експрес-тести на вагітність, тропоніни (для діагностики інфарктів), ВІЛ та вірусний гепатит.

НСЗУ також адмініструє урядову програму реімбурсації «Доступні ліки». Дана програма була запроваджена у 2017 році для зменшення фінансового тягаря та підвищення доступності лікарських засобів для амбулаторних пацієнтів, що страждають на серцево-судинні захворювання, бронхіальну астму і цукровий діабет 2 типу. Перелік лікарських засобів для амбулаторного вживання містить 258 лікарських засобів, 64 з яких можна отримати безкоштовно, інші – з невеликою доплатою. Постанова Кабінету Міністрів чи Наказ МОЗ №180²⁷ визначає порядок призначення, надання та реімбурсації цих лікарських засобів.

²⁴ Електронна картка. Джерело: Національна служба здоров'я України [веб-сайт]. Київ: Національна служба здоров'я України; 2019 рік (<https://nszu.gov.ua/gromadyanam/elektronna-karta-misc-nadannya-pmd>, станом на 27 серпня 2019 року, українською мовою).

²⁵ Наказ Міністерства охорони здоров'я України №503 від 19 березня 2018 року «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (<http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--503-pro-zatverdzhennja-porjadku-viboru-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu-ta-formi-deklaracii-pro-vibir-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu?preview=1>, станом на 27 серпня 2019 року, українською мовою).

²⁶ Наказ Міністерства охорони здоров'я України №504 від 19 березня 2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». (<http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>, станом на 27 серпня 2019 року, українською мовою).

²⁷ Наказ Міністерства охорони здоров'я №180 від 16 березня 2017 року «Про Програму доступних лікарських засобів», документ 180-2017-р Таблиця 1. (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/180-2017-%D0%BF>, станом на 27 серпня 2019 року, українською мовою).

Лікарські засоби для амбулаторного застосування при інших станах не включено до пакету гарантованих послуг і є повністю платними для пацієнтів. Лікарі ПМД мають право призначати лікарські засоби пацієнтам, з якими мають підписану декларацію.

НСЗУ уклала договори з 1 000 аптек (у тому числі 573 приватні аптеки), які видають лікарські засоби пацієнтам та отримують відшкодування від НСЗУ. За перші два місяці лікарі ПМД видали понад 2,3 мільйона рецептів; 1,7 мільйона з них було відпущено аптеками та видано пацієнтам. Загалом НСЗУ відшкодувала аптекам 79 мільйонів гривень за лікарські засоби. Щоб спростити призначення, надання та відшкодування ліків був запроваджений спеціальний модуль у системі електронного здоров'я (електронний рецепт).

Стандарти якості ПМД не є чітко визначеними. Міністерство охорони здоров'я підтримує деякі ініціативи, спрямовані на покращення якості послуг ПМД. Сюди входить співпраця з Фінським медично-науковим товариством *Duodecim* та адаптація ключових клінічних рекомендацій щодо надання послуг у сфері ПМД, а також співпраця з Проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» щодо розвитку 15 закладів ПМД, які в подальшому стануть центрами передового досвіду.²⁸

Не визначено функції НСЗУ щодо забезпечення якості. Наразі триває розробка системи медичного аудиту. В даний час НСЗУ здійснює моніторинг бази даних електронних рецептів та декларацій на предмет можливого шахрайства та обману; внутрішній аудит даних надавачів послуг ПМД або моніторинг якості обслуговування ще не проводяться, оскільки НСЗУ ще не набрала достатньо персоналу та не створила регіональні відділення (про що йдеться у Розділі 2 щодо питань врядування).

Надавачі послуг ПМД, що відповідають умовам для укладення договору з НСЗУ, визначаються як державні та приватні заклади охорони здоров'я або фізичні особи (підприємці, які мають ліцензію на медичну практику). Однак, вони мають відповідати основним вимогам до обладнання та комп'ютеризації, і надавати послуги ПМД для населення, яке має з ними підписану декларацію. До спеціальностей ПМД належать сімейні лікарі, терапевти та педіатри.

Основним завданням надавачів ПМД є надання інтегрованих послуг всебічної, постійної та зорієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги. Надавач має задовольняти потреби населення у відновленні та збереженні здоров'я, профілактиці захворювань, зменшенні потреби в госпіталізації та покращенні якості життя.

Процес перетворення закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні підприємства охорони здоров'я розпочався у 2018 році. Державні надавачі ПМД змінили свій юридичний статус на незалежні медичні заклади з управлінською та фінансовою автономією. Загалом до травня 2019 року НСЗУ уклала договори з 1 024 державними закладами та зі 131 приватним центром ПМД, а також зі 121 індивідуальною сімейною практикою (сімейним лікарем).²⁹ В даний час послуги ПМД надають 22 020 лікарів, у тому числі 14 516 лікарів сімейної медицини, 4 241 педіатр та 3 308 терапевтів, які працюють у 6 320 місцях надання ПМД у складі 1 276 закладів ПМД, законтракованих НСЗУ.³⁰ Середній показник зареєстрованих пацієнтів складає 4 372 пацієнта на практику та 1 255 пацієнтів на одного лікаря ПМД.

²⁸ Концепція розвитку ЦПМСД – муніципальних некомерційних підприємств як центрів передового досвіду, Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», 2018 рік.

²⁹ Електронна картка. Джерело: Національна служба здоров'я України [веб-сайт]. Київ: Національна служба здоров'я України; 2019 рік (<https://nszu.gov.ua/gromadyanam/elektronna-karta-misc-nadannya-pmd>, станом на 27 серпня 2019 року, українською мовою).

³⁰ Електронна картка. Джерело: Національна служба здоров'я України [веб-сайт]. Київ: Національна служба здоров'я України; 2019 рік (<https://nszu.gov.ua/gromadyanam/elektronna-karta-misc-nadannya-pmd>, станом на 27 серпня 2019 року, українською мовою).

Формально лікарі ПМД повинні діяти як «воротарі». Але на практиці на даному етапі реформи направлення на вторинну амбулаторну та стаціонарну допомогу не завжди потрібні. Однак, функція «воротаря» насправді має працювати, особливо, коли розпочнеться госпітальна реформа.

Надавачі послуг ПМД, з якими НСЗУ уклала договори, отримують бюджет на основі капітаційної ставки. Капітаційна формула чітко визначена і ґрунтується на активній реєстрації (підписанні декларацій), уніфікованій капітаційній ставці та наборі вікових і географічних коригувальних коефіцієнтів. Бюджет на основі капітаційного підходу має на меті покриття статей витрат, таких як персонал, лікарські засоби, медичні вироби та адміністративні витрати. Комунальні послуги та капітальні витрати до капітаційної ставки не включено. Відповідно до Бюджетного кодексу, витрати на комунальні послуги повинні покриватися за рахунок місцевих бюджетів, але джерела для покриття капітальних витрат не визначені. Надавачі послуг ПМД отримують щомісячний капітаційний бюджет на свої банківські рахунки та можуть гнучко розпоряджатися цими коштами відповідно до своїх потреб.

Політика підписання декларацій на рівні ПМД набула чинності у квітні 2018 року та впроваджувалася під час перехідного періоду паралельно з укладанням договорів з надавачами. Протягом 2018 року НСЗУ уклала договори та фінансувала надавачів послуг ПМД на основі активного підписання декларацій (зелені списки), а Міністерство охорони здоров'я продовжувало фінансувати інших надавачів послуг ПМД через національну субвенцію для населення, що адміністративно закріплене за надавачами послуг ПМД (червоні списки). З 1 квітня 2019 року державна субвенція для ПМД була скасована, і НСЗУ перетворилася на єдиного замовника (див. Таблицю 4.1).

Таблиця 4.1. Модель фінансування ПМД в Україні у 2018-2019 роках

Рік	Державний бюджет – НСЗУ	Державний бюджет – Міністерство фінансів/ Міністерство охорони здоров'я	Місцеві бюджети
Перехідна модель 2018 року	Капітаційна оплата на основі активного підписання декларацій (зелений список), уніфікованої базової ставки (370 гривень) та вікових коефіцієнтів (0-5, 6-17, 18-39, 40-64, 65+ років), а також коригувальних коефіцієнтів для надавачів, які розташовані у гірських населених пунктах.	Субвенція з державного бюджету на основі капітаційної ставки в розмірі 270 гривень, яка не коригується, та кількості населення, що історично/ адміністративно закріплене за закладом ПМД (червоний список).	Витрати на комунальні послуги – обов'язкові за Бюджетним кодексом; додаткове фінансування за рішенням органів місцевого самоврядування.
2019	Капітаційна оплата на основі активного підписання декларацій (зелений список), уніфікованої базової ставки (370 гривень) та вікових коефіцієнтів (0-5, 6-17, 18-39, 40-64, 65+ років), а також коригувальних коефіцієнтів для надавачів, які розташовані у гірських населених пунктах; остаточною оплатою може бути зменшена на 20-80% відповідно до кількості понадлімітних декларацій (110-150% від максимального обсягу/рекомендованої кількості декларацій).	Н/Д	Витрати на комунальні послуги – обов'язкові за Бюджетним кодексом; додаткове фінансування за рішенням органів місцевого самоврядування.

Формула капітаційної ставки була цілеспрямовано зроблена зрозумілою і простою. Вона є наступною:

$$\text{Бюджет ПМД закладу} = \text{базова ставка} * \text{кількість населення, що підписало декларації} * \text{коригувальні коефіцієнти}$$

Базова ставка або уніфікована капітаційна ставка була встановлена на рівні 370 гривень у 2018 році, та залишається такою ж у 2019 році.

Кількість населення, що підписало декларації – загальна кількість населення, яке зареєстроване за закладом ПМД, що визначається як сума осіб з підписаними деклараціями у кожного лікаря ПМД у закладі ПМД. Кількість розраховується автоматично на рівні НСЗУ на основі підписаних електронних декларацій. Паперові списки у платіжній системі не застосовуються.

Коригувальні коефіцієнти – це базова ставка, що скоригована на п'ять вікових груп та на коефіцієнт за місцем проживання (Табл. 4.2).

Таблиця 4.2. Вікові та географічні коефіцієнти для капітаційної формули

Вікова група (роки)	Місце проживання	Базова ставка (у гривнях)	Віковий коефіцієнт	Коефіцієнт місця проживання	Капітаційна ставка (у гривнях)
0–5	Низовина	370	4	1	1480
	Гірська місцевість			1,25	1850
6–17	Низовина		2,2	1	814
	Гірська місцевість			1,25	1017,5
18–39	Низовина		1	1	370
	Гірська місцевість			1,25	462,5
40–64	Низовина		1,2	1	444
	Гірська місцевість			1,25	555
65+	Низовина		2	1	740
	Гірська місцевість				925

Джерело даних: НСЗУ.

У 2019 році НСЗУ запровадила додаткові коефіцієнти для проведення коригування остаточних виплат щоб врахувати рекомендовану кількість декларації на одного спеціаліста ПМД – ліміт кількості декларацій (Табл. 4.3). Оптимальний обсяг практики ПМД складає: 1 800 декларацій на сімейного лікаря, 2 000 дорослих на терапевта, і 900 дітей на педіатра. Надавачам виплачується знижена капітаційна ставка за пацієнтів, що перевищують ліміт в 110% від рекомендованого обсягу, який вважається оптимальним обсягом практики ПМД. Надавачам не оплачуються пацієнти, які перевищують ліміт в 150%.

Таблиця 4.3. Ліміт кількості декларацій для коригування капітаційної виплати

Ліміти кількості декларацій	Коефіцієнт, що застосовується до базової ставки
Від 100% до 110% від рекомендованого ліміту пацієнтів	1
Від 110% до 120%	0,8
Від 120% до 130%	0,6
Від 130% до 140%	0,4
Від 140% до 150%	0,2
Понад 150%	0

НСЗУ зараз перебуває в процесі розробки інтегрованої інформаційної систем охорони здоров'я для загального управління, надання послуг, моніторингу надавачів та забезпечення якості. Передбачається, що національна система електронного здоров'я підтримуватиме НСЗУ у виконанні її закупівельних функцій, таких як укладання договорів, фінансування, контроль якості та моніторинг показників роботи надавачів. Усі надавачі послуг ПМД, які законтрактовані НСЗУ, зобов'язані мати інформаційні технологічні спроможності (комп'ютери та надійні Інтернет-сервіси) та використовувати комп'ютерну мережу для полегшення завдань управління, включаючи укладання електронних декларацій, електронне укладання договорів та електронні призначення (рецепти).

Електронна система охорони здоров'я (e-health) – це проект Міністерства охорони здоров'я, який в даний час перебуває на етапі розробки. Перший етап цієї розробки передбачає запровадження електронних систем для підтримки закупівель послуг ПМД. В даний час система служить в першу чергу для фінансових і платіжних цілей, а не виступає в якості повноцінної електронної системи охорони здоров'я з електронними медичними записами. Електронна система охорони здоров'я (e-health) включає в себе певні модулі, які дозволяють НСЗУ укладати договори з надавачами (електронне укладання договорів з надавачами послуг ПМД та аптеками), реєструвати вибір громадянами лікарів ПМД (електронні декларації) та здійснювати реімбурсацію лікарських засобів в рамках програми «Доступні ліки» (електронний рецепт).

База даних про укладені декларації пов'язана із базою надавачів медичних послуг, з якими НСЗУ уклала договори. Вона диференційована та розділена за віком/статтю пацієнта, закладом/лікарем/спеціальністю, адміністративними одиницями (область/місто/район/село). База даних надавачів послуг містить їхні ідентифікаційні дані та інформацію про тип/форму власності, спеціальність лікаря/ім'я/стать/ідентифікаційні дані/контактні дані. Наразі база даних містить інформацію про 27,6 мільйона осіб, що уклали декларації з 22 032 лікарями ПМД, про 1 276 надавачів послуг ПМД та 1 000 аптек, які уклали договори з НСЗУ, а також про 2,3 мільйона призначених рецептів на лікарські засоби.

У 2019 році НСЗУ провела верифікацію даних щодо реєстрації (декларацій) в системі електронного здоров'я, що виявило значну проблему, пов'язану з реєстрацією на рівні ПМД. НСЗУ виявила понад 500 000 дублювань, 283 000 випадків укладання декларацій померлими пацієнтами та 61 000 осіб, які не існують. Загалом, НСЗУ скасувала 825 000 декларацій (3% від загальної кількості підписаних) та відповідний чином переглянула бюджет надавачів послуг ПМД.

НСЗУ розміщує на своєму веб-сайті аналітичні дані та інформаційні дашборди, які оновлюються в режимі реального часу, для громадськості та надавачів медичних

послуг.³¹ Починаючи з липня 2019 року, надавачі медичних послуг будуть вводити детальну інформацію щодо кожної консультації, використовуючи Міжнародну класифікацію первинної медичної допомоги, друге видання.

Нещодавно запроваджений модуль електронних призначень дозволяє збирати персоналізовану інформацію про призначення, надання та реімбурсацію лікарських засобів у рамках програми «Доступні ліки». База даних пов'язує інформацію про призначені лікарські засоби з пацієнтом, надавачем послуг та аптекою, та повинна уможливити запровадження системи рецептурного та бюджетного контролю.

НСЗУ ініціювала зміни до Постанови Кабінету Міністрів № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» (25 квітня 2018 року). Зміни, затверджені постановою Кабінету Міністрів³² у червні 2019 року, спрямовані на покращення стандартів та впровадження електронної системи охорони здоров'я на всіх рівнях і, зокрема, на уточнення ролі та функцій НСЗУ в роботі електронної системи охорони здоров'я, включаючи аудит та верифікацію даних.

4.3 | Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору

На цьому першому етапі мала місце хороша узгодженість між укладанням договорів ПМД і встановленням стандартів для базового або мінімального пакету послуг ПМД (Наказ МОЗ №504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»). Цей Наказ являє собою перший етап запровадження концепції ПМД як групи лікарів, які співпрацюють з мультидисциплінарною командою для надання медичних послуг визначеному колу зареєстрованих пацієнтів.

Для подальшого узгодження контракування із концепцією надання послуг, необхідно буде розвивати систему капітаційної оплати для заохочення раннього виявлення та ведення складних НІЗ, а також більш інтегрованих медичних послуг. Це передбачає поступовий розвиток мультидисциплінарної команди ПМД та розширення обсягу послуг, що надаються в рамках ПМД. Система капітаційної оплати також повинна розвиватися, щоб забезпечити зв'язок між гарантованим пакетом медичних послуг та його подальшим розширенням, що передбачає ширший спектр послуг, таких як ведення складних НІЗ, випадків туберкульозу, психічного здоров'я та деяких соціальних послуг.

4.4 | Поточний вплив політик на цілі реформи

Важливо інвестувати в розробку формалізованих процедур механізмів оцінки впливу. Формалізовані механізми моніторингу та оцінки наразі відсутні, що не дозволяє оцінити вплив як реформи фінансування системи охорони здоров'я в цілому так і впливу впровадження реформ ПМД, зокрема. Крім того, інформаційна система охорони здоров'я ще не генерує дані, які б дозволили отримати корисні показники для оцінки впливу.

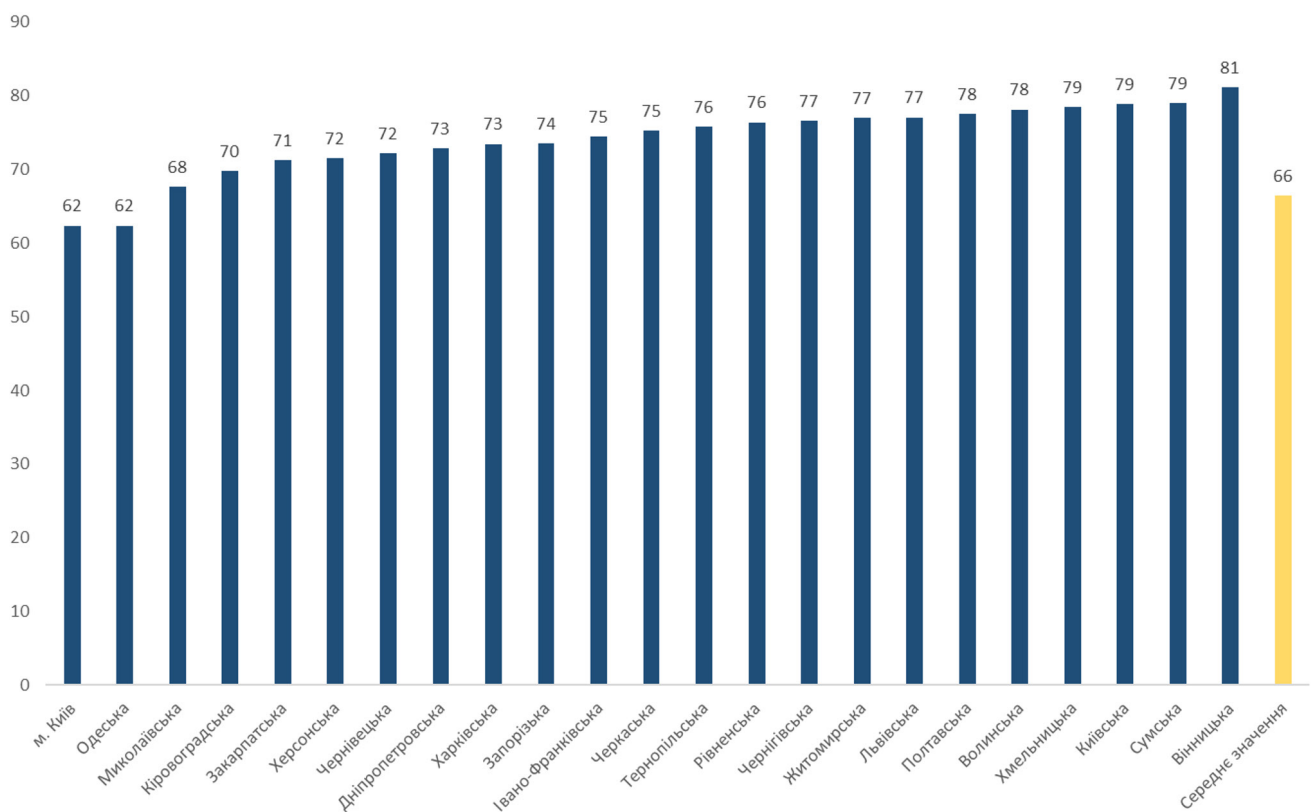
³¹ Електронна картка. Джерело: Національна служба здоров'я України [веб-сайт]. Київ: Національна служба здоров'я України; 2019 рік (<https://nszu.gov.ua/gromadyanam/elektronna-karta-misc-nadannya-pmd>, станом на 27 серпня 2019 року, українською мовою).

³² Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25 квітня 2018 року №411. (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#n247>, станом на 27 серпня 2019 року, українською мовою).

Водночас, наявні дані з опитувань та інформаційної системи НСЗУ дають змогу скласти перше уявлення про зміни в результаті запровадження реформи ПМД щодо доступності послуг ПМД, рівня задоволеності пацієнтів та неформальних платежів.

- Витрати на ПМД значно зросли, що відображає зусилля зі зміцнення послуг на первинній ланці (див. Розділ 3): у 2017 році ПМД становила 10,6% від державних витрат на охорону здоров'я порівняно з 14,6% у 2019 році.
- «Вільний вибір лікаря ПМД» успішно працює: майже 27,6 мільйона громадян (66% населення) обрали свого лікаря ПМД з моменту запровадження політики вільного вибору в квітні 2018 року. Рис. 4.1 показує активність укладання декларацій з надавачами послуг ПМД за регіонами України.
- Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» і чітка та проста капітаційна формула забезпечили більшу прозорість та справедливість розподілу бюджету серед надавачів ПМД, і створили потужний стимул для швидкого перетворення державних закладів ПМД на автономні установи. Як зазначалося вище, 1 024 або 97% усіх державних закладів ПМД (дані НСЗУ) були перетворені на комунальні підприємства та уклали договори з НСЗУ, починаючи з липня 2018 року.

Рис. 4.1. Відсоток жителів, які підписали декларації з надавачами ПМД, за регіонами



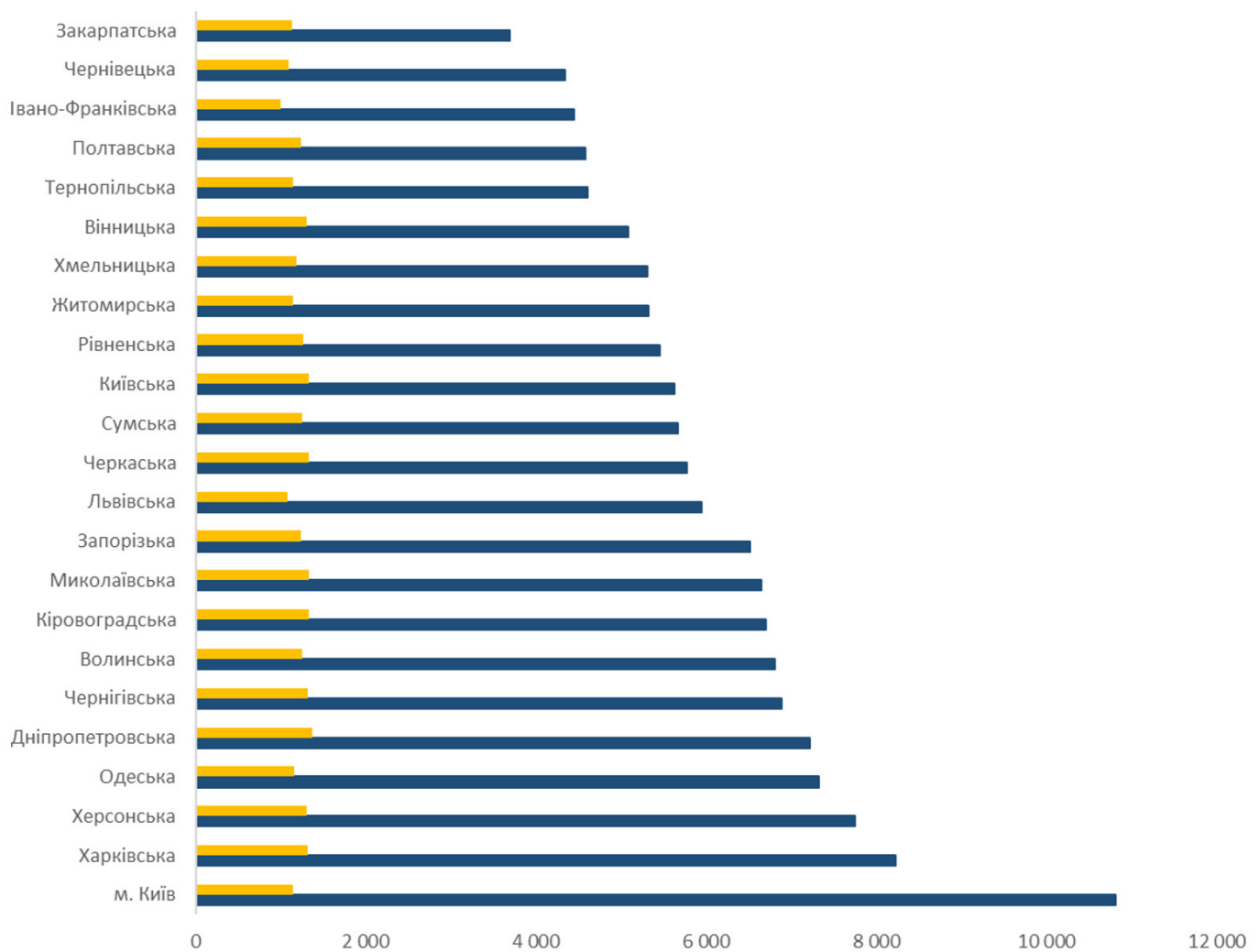
Примітка: ця діаграма не включає Донецьку та Луганську області, а також Автономну Республіку Крим.

Джерело: НСЗУ, липень 2019 року.

Нові механізми закупівель ПМД забезпечують кращу доступність послуг ПМД. Значних географічних обмежень у доступі до послуг ПМД немає. Послуги ПМД надають

1 276 закладів ПМД, що охоплюють 6 323 практики/місць надання ПМД у сільській (4 072) та міській (2 251) місцевостях. В середньому, на практику ПМД припадає 4 372 зареєстрованих пацієнта, та 1 255 пацієнтів на одного лікаря ПМД. На Рис. 4.2 представлено середню кількість пацієнтів, що уклали декларації з практиками ПМД/місцями надання послуг ПМД та лікарями ПМД за регіонами.

Рис. 4.2. Середня кількість декларацій на одного лікаря ПМД та місце надання ПМД, за регіонами



Примітка: ця діаграма не включає Донецьку та Луганську області, а також Автономну Республіку Крим.
Джерело: НСЗУ, липень 2019 року.

На додаток до цих адміністративних даних, основою для реформи закупівель послуг ПМД може стати низка останніх досліджень сектору охорони здоров'я. До них відносяться: дослідження «Індекс здоров'я. Україна» (2016-2017), проведене Міжнародним фондом «Відродження»; «Дослідження медичних ресурсів в Україні» проведене Світовим банком (2018); «Чи можуть люди дозволити собі оплачувати медичну допомогу?» ВООЗ (2018); «Обсяг неформальних платежів в Україні на рівні первинної медичної допомоги», USAID (2018); та «Дослідження задоволеності пацієнтів у 15 центрах ПМСД» (2019).

Більшість людей задоволені відвідуванням лікаря ПМД. За даними дослідження задоволеності пацієнтів,³³ проведеного у 15 центрах ПМСД в рамках Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», 95% респондентів були «задоволені» або «доволі задоволені» своїм візитом до лікаря ПМД. Найбільший вплив на рівень задоволеності пацієнтів під час візиту до сімейного лікаря зумовили такі фактори, як повага з боку лікаря, уважне вислуховування та зрозуміле пояснення медичної інформації. Позитивні зміни в якості медичного обслуговування викликали у респондентів вау-ефект, що впливало на загальний

³³ Дослідження задоволеності пацієнтів у 15 центрах ПМСД, Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», квітень 2019 року.

рівень задоволеності. Оскільки це одноразовий ефект, то для досягнення стабільно високого рівня задоволеності пацієнтів необхідні постійні якісні покращення.

Доступ до основних лікарських засобів для людей з хронічними станами покращився. За даними Оцінки ВООЗ щодо програми «Доступні ліки» в Україні,³⁴ понад 6,6 мільйонів жителів України скористалися цією програмою. Це становить майже половину кількості пацієнтів з хронічними станами.

Реформа забезпечила підвищену прозорість гарантованого пакету медичних послуг, що може забезпечити скорочення неформальних платежів. Відповідно до опитування щодо неформальних платежів за 2018 рік в Україні³⁵, проведене Проектом USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», 56% з 4 000 пацієнтів в Україні здійснили принаймні один неформальний платіж протягом останніх 12 місяців, а 48% пацієнтів здійснили неформальний платіж за отримання послуг ПМД. Оскільки більша частина періоду охопленого опитуванням припадала на проміжок часу до впровадження нових механізмів укладання договорів з ПМД, ці цифри слугують відліковою точкою для відстеження впливу на неформальні платежі таких чинників, як прозорість гарантованих медичних послуг, вільний вибір лікаря ПМД та збільшення фінансування ПМД. Середній неформальний платіж за послугу становив 13,6 гривень на рівні ПМД (20,3 гривні за всі послуги). Щорічний середній показник неформальних платежів за послуги ПМД становив 55,9 гривень на одного пацієнта (126,1 гривні за всі послуги). Неформальні платежі на рівні послуг ПМД найчастіше здійснювалися за медсестринські послуги. Основною причиною здійснення неформальних платежів, яку називали пацієнти, було бажання *відчутти краще ставлення з боку медичного персоналу* (24%), а другою за важливістю причиною було бажання *отримати кращу якість обслуговування або кращий обсяг послуг* (16%). Зі значним зростанням обізнаності як для медперсоналу так і пацієнтів щодо гарантованих послуг ПМД, такі поширені неформальні платежі мають скоротитися, але для цього потрібна постійна увага до проблеми та її моніторинг.

4.5 | Очікувані виклики

Успішний запуск реформи закупівель послуг ПМД у 2018-2019 рр. має супроводжуватися подальшим розвитком стратегічних функцій щодо закупівель медичних послуг на рівні НСЗУ та змінами в медичній практиці. Окрім механізмів фінансування потрібен більш широкий спектр регуляторних механізмів та систем. Серйозні виклики в середньостроковій перспективі можна очікувати в наступних сферах.

Першочерговим пріоритетом є доопрацювання бачення та механізмів впровадження для поліпшення організаційних та клінічних спроможностей ПМД, також потрібно буде скоригувати стратегічні закупівлі для підтримки функціонування ПМД. Пріоритетна роль ПМД задекларована в основних регуляторних документах, але конкретні цілі щодо розвитку, функцій та взаємодії ПМД з іншими рівнями медичної допомоги потребують більшої чіткості. Міністерство охорони здоров'я зараз перебуває в процесі розробки білої книги щодо довгострокового бачення надання послуг, що має важливе значення для подальшого просування. Така біла книга передбачає, що ПМД гратиме більш активну роль у профілактиці та лікуванні НІЗ (включаючи психічне здоров'я) та інфекційних захворювань (наприклад, туберкульозу).

³⁴ Оцінка програми «Доступні ліки» в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2019 рік (<http://www.euro.who.int/uk/publications/abstracts/evaluation-of-the-affordable-medicines-programme-in-ukraine-2019>, станом на 27 серпня 2019 року).

³⁵ «Обсяг неформальних платежів в Україні на рівні первинної медичної допомоги», 2018 р. Київ: Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії»; 2018 рік.

Нинішня структура мережі ПМД в основному обумовлюється договорами з НСЗУ, що може спричинити потенційні ризики та обмеження щодо доступу до послуг ПМД. Слід запровадити механізм моніторингу структури, спроможностей та організації системи надання послуг ПМД, включаючи моніторинг мережі надавачів, кількості та розподілу надавачів послуг за географічною ознакою, а також відмінності у можливостях надавачів надавати медичні послуги (міські/сільські, за регіонами, за видами).

З подальшим розгортанням реформи необхідно розглядати можливість введення змішаних методів оплати для кращого приведення фінансових стимулів у відповідність до бажаних змін у ПМД. Для подальшого зміцнення ПМД з метою раннього виявлення та кращого ведення випадків НІЗ, які є основним тягарем хвороб в Україні, необхідно здійснювати нові заходи, включаючи удосконалення моделі надання медичної допомоги та механізму фінансування. Міжнародний досвід свідчить, що система оплат, побудована виключно на капітаційних ставках, є недостатнім стимулом для переорієнтації надавачів послуг ПМД на більш проактивну участь у профілактиці та лікуванні НІЗ.

Міністерство охорони здоров'я регулює загальні процеси забезпечення якості, але ключові сфери, включаючи клінічні протоколи, безперервну освіту та клінічний аудит, потребують більшої уваги. Зі створенням НСЗУ необхідно переглянути і чітко визначити ролі, відносини та розподіл основних функцій у сфері контролю та покращення якості між Міністерством охорони здоров'я, НСЗУ, надавачами послуг та професійними асоціаціями. Крім того, укладення договорів із приватними надавачами послуг в межах ПМГ може вимагати регуляторних змін з метою уніфікації систем та стандартів клінічного ведення, якими повинні керуватись приватні і державні надавачі, що підписали договори з НСЗУ.

Електронна система охорони здоров'я (e-health), в цілому ефективно виконує свою функцію реєстрації населення та укладання договорів з надавачами медичних послуг, проте вона має проблеми, які необхідно вирішити найближчим часом. Інформаційна система e-health, що спрямована на підтримку реформ в галузі охорони здоров'я, була розроблена та впроваджена в надзвичайно жорстких часових рамках, щоб відповідати швидким темпам впроваджуваних реформ. Ідентифікація пацієнтів відбувається за кодом їхньої декларації, який генерується з особистих даних пацієнта (прізвище, ім'я тощо). Це призводить до неминучого дублювання. Крім того, можливі друкарські помилки і різне написання імен. Створюваний реєстр не інтегровано з іншими національними реєстрами, і він не забезпечує оперативного оновлення даних, включаючи дані про смертність, народжуваність та інші дані. У зв'язку з цим, наявний реєстр вже містить недостовірні дані, що може спричинити проблеми з боку контролюючих органів та дискредитувати платіжну систему. Формати директорій та баз даних не стандартизовані, що перешкоджає підключенню сторонніх інформаційних систем до системи електронного здоров'я. Необхідні стандартні вимоги, що забезпечують семантичну і технічну працездатність системи. Скасовані статистичні форми не були належним чином замінені іншими формами звітності, що призвело до ризику втрати великих обсягів історичних даних, навіть якщо вони були низької якості.

Швидкий розвиток електронної системи охорони здоров'я та зміцнення потенціалу НСЗУ щодо роботи в цифрових операційних системах є життєво важливим для подальшої реалізації стратегічних закупівель послуг у сфері охорони здоров'я та посилення спроможності НСЗУ щодо виявлення шахрайства та неефективного використання коштів. На даний момент ключові функції НСЗУ, які полягають у загальному управлінні та управлінні наданням медичної допомоги, в тому числі робота з медичною документацією, моніторинг результатів діяльності та якості, не автоматизовані. НСЗУ не має цифрових механізмів для відстеження надання послуг та перенаправлення, контролю

ефективності роботи надавачів послуг та надання послуг ПМД належної якості. Крім того, небажані наслідки та негативні стимули капітаційної системи можуть спричинити ризики зміни поведінки надавача послуг, якщо за ним немає моніторингу (зниження продуктивності та якості роботи, надання послуг у недостатній кількості, надмірне перенаправлення та уникнення підписання декларацій з пацієнтами, які хворіють більше, або лікування яких потребує більших витрат).

Очікується, що попит на рецепти на амбулаторному рівні буде продовжувати рости і потребуватиме ефективного управління. Результати оцінки програми «Доступні ліки»³⁶, що проведена ВООЗ, та останні дані НЗСУ, демонструють величезний попит та різке збільшення кількості рецептів на лікарські засоби. Така тенденція часто зустрічається в країнах, де охоплення швидко розширюється і, фактичні ціни на лікарські засоби чи послуги, якими користуються пацієнти, різко знижуються.

4.6 | Рекомендації щодо політики

Загальний дизайн капітаційної системи оплати послуг функціонує добре, і його слід підтримувати. Загалом, система відповідає міжнародним підходам до ефективних систем оплати, таким як прозорість, послідовна система стимулів та встановлення належних ставок. У середньостроковій перспективі можна розглянути впровадження певних покращень.

- Деякі деталі дизайну можна було б вдосконалити з часом. НЗСУ варто розглянути питання про перегляд вікових, статевих та географічних коефіцієнтів, оскільки вони не обов'язково співвідносяться з соціально-економічною ситуацією та медичними потребами. Також потребує постійного перегляду база для демографічної оцінки з метою планування капітаційного бюджету та обчислення капітаційної ставки. У НЗСУ має бути запроваджено ефективний процес внутрішнього аудиту та перевірки даних, щоб мінімізувати/усунути шахрайство при реєстрації пацієнтів на рівні ПМД.
- Для підтримки впровадження більш проактивних механізмів раннього виявлення та ведення хронічних захворювань, що становлять основний тягар хвороб в Україні, НЗСУ потрібно розглянути можливість переходу до змішаної моделі оплати для надавачів послуг ПМД. Вона має узгоджуватись із моделлю надання послуг ПМД, еволюцією кошика послуг ПМД та вдосконаленнями електронної системи охорони здоров'я.
- Політика встановлення «ліміту кількості декларацій» та пов'язаних з цим понижувальних коефіцієнтів, що запроваджені у 2019 році, можуть у короткостроковій перспективі знизити стимули для надавачів послуг щодо укладання декларацій понад рекомендований оптимальний обсяг практики. Водночас, така політика може негативно вплинути на доступ до послуг ПМД, особливо у сільській місцевості, де не вистачає лікарів з надання ПМД. Тому необхідно буде скоригувати політику та механізми оплати на основі досвіду впровадження таких підходів у 2019 році.

Програма «Доступні ліки» забезпечує захист від основних чинників катастрофічних витрат для пацієнтів та підвищує ефективність послуг ПМД. Однак необхідно запровадити ефективні механізми закупівель для уникнення зростання обсягів та витрат. Для всіх захворювань, які включені до програми, необхідно розробити національні клінічні протоколи. Необхідно надалі вдосконалювати модель фінансування, включаючи основу для бюджетного

³⁶ Оцінка програми «Доступні ліки» в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2019 рік (<http://www.euro.who.int/uk/publications/abstracts/evaluation-of-the-affordable-medicines-programme-in-ukraine-2019>, станом на 27 серпня 2019 року).

планування (оціночну кількість пацієнтів та потребу за категоріями захворювань, особливо для серцево-судинних захворювань) та обмеження за обсягами (виходячи зі структури охопленого населення). Пріоритетною є розробка більш складної системи рутинного моніторингу. Вона має ґрунтуватись на розробці електронної системи охорони здоров'я, що дозволить співставляти дані про пацієнтів, відслідковувати підходи до призначення препаратів (щоб переконатися у відповідності призначень клінічним протоколам) та використовувати алгоритми пошуку моделей надмірних призначень та можливого шахрайства з боку лікарів, що призначають ліки, пацієнтів чи аптек. Також необхідно відстежувати і аналізувати тенденції зміни цін на ліки, що відпускаються в рамках програми реімбурсації, виявляти будь-яке неналежне підвищення цін, наприклад, через антиконкурентну поведінку на ринку. Для уникнення можливого збільшення бюджетних витрат, бажаним є подальше вдосконалення моделі оплати послуг надавача. НСЗУ може використовувати аналіз потреб місцевого населення серед пацієнтів із хронічними захворюваннями, щоб більш точно формувати місцеві бюджети на програму «Доступні ліки». Пізніше можна розглянути питання підписання договорів з більшими закладами ПМД або групами менших надавачів ПМД, щоб взяти на себе відповідальність за управління бюджетом програми «Доступні ліки» для визначеної категорії населення, включаючи відповідальність за надання зворотного зв'язку лікарям, що призначають препарати, з метою управління ризиком надмірного зростання кількості рецептів. З іншого боку, як тільки електронна система охорони здоров'я міститиме медичні картки пацієнтів і за наявності необхідних бюджетних ресурсів, важливим буде для НСЗУ посилити охоплення населення необхідними лікарськими засобами для профілактики та лікування НІЗ. Наприклад, у майбутньому НСЗУ може розглянути можливість вдосконалення методу оплати послуг надавача ПМД, щоб включити певний компонент оплати за якість, з метою створення стимулів для надавачів послуг ПМД щодо збільшення відсотка пацієнтів з НІЗ, які приймають ліки для контролю стану їхнього здоров'я.

Посилення функцій стратегічних закупівель НСЗУ вимагає швидких змін в електронній системі охорони здоров'я та запровадження цифрових рішень для відстеження надання послуг та перенаправлень, виявлення та запобігання шахрайству, та управління небажаними наслідками капітаційної системи оплати. НСЗУ повинна мати належний потенціал та системи для забезпечення того, щоб надавачі ПМД надавали необхідні медичні послуги прийнятної якості.

Подальша розробка електронної системи охорони здоров'я має враховувати принцип «від простого до більш комплексного» та мати можливість ефективно підключати наявні локальні інформаційні системи. Важливо також запровадити «єдину систему введення даних», яка дозволить використовувати дані різними організаціями для різних цілей, а також мінімізувати дублювання в системі. Також важливо визначити інституційну структуру, відповідальну за стандартизацію систем кодування, форматів даних та форм звітності для забезпечення якості та сумісності даних.

Поліпшення якості вимагає конкретних механізмів на рівні надавача та замовника. Самі по собі системи оплати надавачам послуг не забезпечують високоякісної медичної допомоги. А тому, повинні бути запроваджені відповідні заходи щодо моніторингу та покращення якості надання допомоги. Функції управління та контролю якості мають бути покращені шляхом вдосконалення регуляторних механізмів на рівні Міністерства охорони здоров'я (ліцензування, акредитація, клінічні настанови, клінічний аудит, безперервна освіта тощо), зміцнення потенціалу НСЗУ та цифрових систем для моніторингу ефективності роботи надавачів, а також завдяки інвестиціям в інформаційні системи управління охороною здоров'я (медичні записи/ картки), клінічному веденню та підготовці на рівні надавача.

Біла книга про реформи надання послуг, включаючи розвиток ПМД, є нагальним пріоритетом, як і план її реалізації. Біла книга поєднає попередній досвід реформ ПМД, засвоєні уроки та діючі механізми, а також визначить бажані вдосконалення структури, спроможностей та організації системи надання послуг ПМД в Україні. Для підтримки подальших вдосконалень на рівні ПМД необхідними будуть ефективна координація та використання ресурсів національних, місцевих та міжнародних програм.

Управлінський потенціал надавачів послуг ПМД необхідно вдосконалювати. Надавачам послуг ПМД надана більша автономія, але їм потрібно достатньо часу для прийняття змін та розвитку необхідних навичок і процесів у загальному, фінансовому та клінічному управлінні. Інвестиції в спроможності інформаційної системи управління охороною здоров'я на рівні ПМД мають вирішальне значення для запровадження автоматизованих процесів відповідності/верифікації пацієнтів, ведення медичної документації, клінічного ведення, бухгалтерського обліку та управління фінансами. Для покращення клінічних спроможностей ПМД критично важливими є навчання та спеціальні механізми, такі як керівництва з клінічної практики, електронні медичні записи та інструменти постійного вдосконалення якості. Для підтримки фінансового планування та планування послуг, аналізу витрат та ефективності роботи персоналу має бути доступна підготовка з питань управління для персоналу.

Потрібна система моніторингу та оцінки реформ. Беручи до уваги швидкий початок реформи фінансування системи охорони здоров'я, вирішальне значення має розробка системи моніторингу та оцінки, а також створення механізмів для перегляду, оцінки та документування впливу впроваджених реформ. Міністерство охорони здоров'я та НСЗУ повинні мати інформацію та докази того, чи йдуть реформи в правильному напрямку, забезпечуючи результати і очікуваний вплив на систему охорони здоров'я та стан здоров'я. Механізм координації на національному рівні міг би вдосконалити процес, допомогти уникнути дублювання та залучити ресурси для впровадження масштабних опитувань та охоплення конкретними послугами, а також для досліджень системи охорони здоров'я.



5. ПІДГОТОВКА ДО РОЗШИРЕННЯ СТРАТЕГІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ЗА МЕЖІ ПМД

5.1 | Вступ

У цьому розділі узагальнено інформацію про поточний стан підготовки до стратегічних закупівель за межами первинної допомоги. Технічна команда оцінила підготовку та поточний прогрес у наступних напрямках надання послуг: екстрена медична допомога, амбулаторна спеціалізована допомога та стаціонарна допомога (включаючи пост-екстрену та довготривалу допомогу). Незважаючи на те, що закупівля стаціонарних послуг перебуває на початковому етапі із пілотуванням нових механізмів закупівель лише в одному регіоні України, огляд мав на меті оцінити наявні політики, інструменти та процеси, які підтримують впровадження стратегічних закупівель та каталізують трансформацію надання послуг поза межами ПМД.

З цією метою команда з проведення оцінки організувала технічні дискусії з ключовими національними та міжнародними партнерами. Команда відвідала два регіони України та збирила юридичні документи, наявні дані та відповідні дослідження. Команда провела швидку оцінку роботи пілотного проекту реформування стаціонарної допомоги в Полтавській області та механізмів його впровадження, а також підсумувала підготовку до початку стратегічних закупівель на інших рівнях надання медичної допомоги. Команда працювала над визначенням майбутніх дій, необхідних для успішної реалізації стратегічних закупівель поза межами ПМД, на основі найкращих міжнародних практик та контексту країни, а також наданих рекомендацій щодо політики.

5.2 | Огляд ключових політик

З успішним впровадженням контракування на первинній ланці у 2019 році НСЗУ розпочала розробку механізмів розширення функції закупівель для охоплення стаціонарних, спеціалізованих амбулаторних, екстрених та інших видів медичних послуг, які будуть включені до державної програми медичних гарантій. У 2019 році розпочато підготовку до закупівлі стаціонарних та спеціалізованих амбулаторних послуг із впровадженням пілотного проекту в Полтавській області.

5.2.1 Організація послуг стаціонарної медичної допомоги в Україні

Система стаціонарної медичної допомоги в Україні включає монопрофільні та загальні (багато профільні) лікарні, що надають допомогу на вторинному та третинному рівнях. Деякі ключові цифри, що ілюструють мережу лікарень³⁷ та її ефективність, наведено в Таблиці 5.1.

³⁷ У цьому розділі поняття «мережа лікарень» використовується для описання сукупності надавачів стаціонарної допомоги. Лікарні не об'єднані у жодну форму мережі. Кожна лікарня належить або місцевій громаді (району/місту/області), або Міністерству охорони здоров'я (або іншим державним органам, наприклад, Міністерству внутрішніх справ).

Окрім мережі лікарень, яка підпорядковується Міністерству охорони здоров'я, надавачі послуг стаціонарної медичної допомоги існують і в паралельних структурах. Ці структури включають надавачів медичних послуг Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України, окремі клініки та шпиталі, які обслуговують державних службовців, а також заклади Національної академії медичних наук України. Хоча Міністерство охорони здоров'я регулює стандарти надання стаціонарної медичної допомоги (ліцензування, клінічні протоколи, тощо), воно безпосередньо не контролює процеси планування та фінансування цих надавачів послуг.

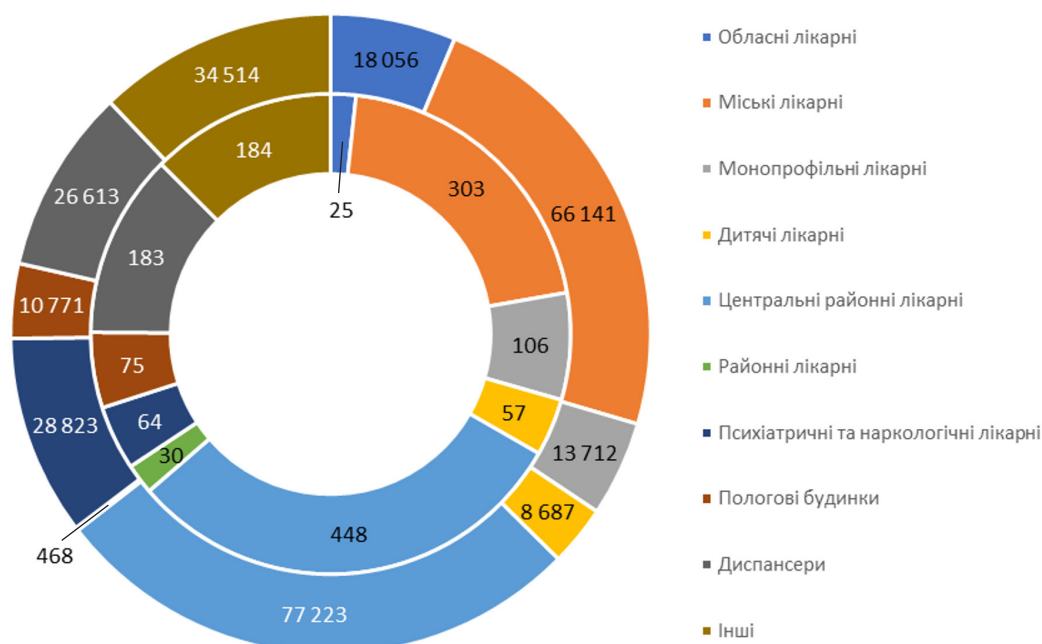
Таблиця 5.1 Ключова лікарняна статистика

Індикатор	Лікарні, що підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я
Загальна кількість закладів, що надають послуги стаціонарної медичної допомог	1 475
Загальна кількість ліжок	285 008
Кількість ліжок на 100 000 населення	675
Показник зайнятості ліжок (%)	88%
Середня тривалість перебування (кількість днів)	11,0
Госпіталізацій на 100 населення	19,7

Джерело: Дані НСЗУ, 2018 рік.

Мережа лікарень, як правило, являє собою відносно закриту систему в межах кожного регіону. Надавачі стаціонарної медичної допомоги на регіональному рівні надають третинну медичну допомогу мешканцям певного регіону, часто дублюючи інші спроможності вторинної медичної допомоги. До таких надавачів, зазвичай, належать обласна багатoproфільна лікарня, кілька монопрофільних спеціалізованих лікарень (наприклад, кардіологічна, онкологічна, ендокринологічна, тощо), обласна дитяча лікарня, психіатрична лікарня, туберкульозна та інші монопрофільні лікарні. Мережа вторинної медичної допомоги представлена муніципальними лікарнями, пологовими будинками та дитячими лікарнями, розташованими у великих містах країни, та центральними районними лікарнями, розташованими у кожному адміністративному районі області, які забезпечують догляд за населенням у своїх районах. Структура стаціонарної медичної допомоги представлена на Рис. 5.1.

Рис. 5.1. Кількість лікарень (внутрішнє коло) та кількість ліжок (зовнішнє коло) за типом лікарні



Україна має надлишкові потужності в госпітальному секторі з майже вдвічі більшою кількістю лікарень, у порівнянні з країнами-компараторам Європейського регіону ВООЗ (наприклад, 4,2 лікарні на 100 000 населення в Україні, 2,3 – в Естонії, 2,8 – в Польщі та 2,9 – у Сполученому Королівстві). Багато лікарень є застарілими і не використовують сучасні технології в достатній мірі та мають низький потенціал для надання невідкладної допомоги в екстрених випадках, таких як інсульт та інфаркт. Також із загальної кількості лікарень близько 7% складають монопрофільні психіатричні/наркологічні заклади; 7% – це санаторно-оздоровчі заклади, і 6% – це монопрофільні туберкульозні лікарні. Таких лікарень майже не існує в країнах з більш розвинутою економікою, оскільки багато їхніх послуг можуть надаватися в умовах ПМД. Ці заклади споживають багато ресурсів у госпітальному секторі, але надають послуги невеликій кількості пацієнтів. Крім того, ці послуги можуть надаватися в альтернативних закладах.

Лікарні часто утримують ліжка та персонал, які не потрібні для надання допомоги в умовах стаціонару. В Україні співвідношення лікарняних ліжок та персоналу лікарні на 100 000 населення щонайменше на 30% вище, ніж у країнах-компараторах.³⁸ Пацієнтів госпіталізують частіше (18,9 госпіталізацій на 100 населення в Україні порівняно з 15,6 – в Естонії, 12,9 – у Швеції та 12,4 – у Сполученому Королівстві),³⁹ і на триваліший час стаціонарного перебування (середня тривалість перебування в лікарні становить 11,2 дня в Україні проти 7,3 дня у Польщі, 7,6 – у Естонії та 7 днів у Сполученому Королівстві). У той же час українські лікарні пропонували більше низькоінтенсивної допомоги. Офіційна статистика показала, що 24% випадків в українських лікарнях супроводжувались хірургічним втручанням порівняно з 70% в інших країнах. Щонайменше 20% усіх стаціонарних випадків можна було лікувати амбулаторно,⁴⁰ а 57% стаціонарних ліжко-днів не можна було обґрунтувати.⁴¹

На лікарні припадає 60-65% загальних державних витрат на охорону здоров'я, що і досі призводить до концентрації надання послуг в стаціонарах. За оцінкою, середня вартість лікування одного випадку в госпітальних умовах у 2017 році становила 4 315 гривень (170 доларів США). Згідно з опитуванням 2015 року, напівдобровільні «благодійні» внески пацієнтів генерують додаткові 30% бюджету стаціонарів порівняно з ресурсами, які вони отримують з державних джерел. Витрати «з кишені» пацієнтів на лікарські засоби, так звані «благодійні» внески та «подяки» лікарям, – все це впливає на вартість допомоги. Частка витрат «з кишені» пацієнта висока та зросла до 52,3% у 2016 році. Майже всі домогосподарства (93% від загальної кількості) повідомили, що платили за медичні послуги з власної «кишені» у 2015 році. Розмір витрат «з кишені» пацієнта на лікарські засоби, що відпускаються за рецептом, значно відрізняється в різних медичних закладах, створюючи великі нерівності в плані доступності допомоги. Крім того, оціночні витрати «з кишені» пацієнта відрізняються в залежності від типу лікарень: дослідження, проведене в Полтавській області, виявило, що пацієнти найчастіше

³⁸ В Україні 4,4 лікарів та 8,7 медсестер на 100 000 населення порівняно з 2,3 та 5,2 у Польщі, 3,4 та 6,0 в Естонії, а також 2,8 та 7,9 у Сполученому Королівстві, відповідно.

³⁹ У Польщі кількість госпіталізацій на 100 населення зросла до 18,2 у 2017 році з 14,8 у 2008 році.

⁴⁰ На основі результатів моніторингу ефективності роботи лікарень у трьох регіонах України, проведеного в рамках Проекту USAID «Фінансування та управління охороною здоров'я», до 20% усіх випадків лікування в стаціонарі потенційно могли б лікуватися на амбулаторному рівні.

⁴¹ Чжао, Дорошенко, Лехан, та інші (на етапі друку) Оцінка доцільності госпіталізацій в Україні: аналітична база, методи та результати. Вашингтон (округ Колумбія): Світовий банк.

⁴² На основі аналізу стаціонарних витрат у трьох регіонах України (Полтавській, Одеській та Львівській областях)

⁴³ Глобальна база даних про витрати на охорону здоров'я ВООЗ <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>, станом на 2 вересня 2019 року, українською мовою).

⁴⁴ Горошко А., Шаповал Н., Лаї Т. Чи можуть люди дозволити собі оплачувати медичну допомогу? Нові докази фінансового захисту в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2018 рік (<http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-ukraine-2018>, станом на 26 серпня 2019 року).

платять зі своєї «кишені», якщо їх госпіталізують у загальні лікарні, і вони покривають від 59% до 94% від загальної вартості ліків, які використовуються в умовах стаціонарного лікування.⁴⁵

В середньому витрати на оплату праці в лікарнях складають близько 80% від загальних витрат, а 5-10% усіх витрат припадає на лікарські засоби та медичні вироби. Водночас, у лікарнях третинного рівня ці пропорції відрізняються: приблизно 50% усіх витрат ідуть на оплату праці, а 20-30% витрат – на лікарські засоби та медичні вироби. Незважаючи на високу частку витрат на оплату праці у стаціонарних витратах, заробітна плата медичного персоналу низька – майже на 35% нижче зарплати українського робітника середньої кваліфікації. Така низька офіційна винагорода в секторі охорони здоров'я заохочує до широко розповсюджених витрат «з кишені» пацієнтів, призводить до відсутності прозорості та демотивації персоналу⁴⁶. Дослідження з відстеження державних видатків виявило, що медики вважають, що їхня зарплата за найбільш скромними оцінками становить лише 33% від очікуваного рівня.

Саме тому реструктуризація лікарень є одним з головних пріоритетів у ході реформи охорони здоров'я. Попередні механізми фінансування охорони здоров'я були, головним чином, механізмами розподілу медичної субвенції між закладами регіону відповідно до показників потужності (як то кількість ліжок та персоналу). Медична субвенція розподілялась між всіма рівнями місцевих бюджетів кожної області за формулою, що базується на чисельності наявного населення, припускаючи, що вони надаватимуть своєму населенню медичні послуги первинного, вторинного рівнів та інші необхідні медичні послуги. Такі механізми фінансування фрагментували наявні ресурси та не створили сприятливого середовища для реструктуризації. Нові механізми фінансування передбачають, що ресурси об'єднуються на національному рівні та використовуються для укладання договорів з надавачами послуг у межах існуючого бюджету. Отже, нові механізми оплати послуг надавача створюють можливість комплексно підходити до закупівлі стаціонарних послуг та впроваджувати їх разом з реструктуризацією мережі лікарень. Надлишкову лікарняну інфраструктуру необхідно перепрофілювати та розвантажити наявні ресурси, що має створити простір для зниження витрат «з кишені» пацієнтів на стаціонарні послуги, та покращити фінансовий захист населення.

5.2.2 Пілотні закупівлі послуг стаціонарної медичної допомоги

Пілотні закупівлі послуг стаціонарної медичної допомоги розпочалися у квітні 2019 року та охопили 48 лікарень Полтавської області. Цей регіон було обрано через його готовність брати участь у пілотному проекті та наявність потужних звітних систем на рівні надавачів послуг. Полтавська область була добре підготовленою до запуску пілотного проекту: всі лікарні в регіоні отримали статус некомерційних підприємств (автономія надавачів), внесли в базу даних історичні дані про кількість пролікованих випадків у стаціонарах та провели аналіз витрат, пов'язаних з наданням стаціонарної медичної допомоги, за методикою, затвердженою Кабінетом Міністрів України у 2017 році.

Пілотні закупівлі стаціонарних послуг в Полтавській області охоплюють порівняно невелику частку (3,4%) лікарень в Україні. Пілотний проект було розгорнуто у всьому регіоні з населенням 1 439 000 осіб (2015 р.), та до проекту було залучено багатопрофільні лікарні усіх рівнів за невеликими винятками. Монопрофільні лікарні, такі як туберкульозні, психіатричні та онкологічні лікарні, а також лікарні для ветеранів війни, не були включені

⁴⁵ Муратов С., Кацага О., Зузь О. Технічний звіт: Витрати на стаціонарні лікарські засоби – оцінка бюджетних потреб на регіональному рівні в Україні. Роквіль (Меріленд): Проект «Фінансування і управління у сфері охорони здоров'я», Abt Associates; 2018.

⁴⁶ Ungerer C., Golovach A., Piontkivska I., Sondergaard L., Brandt K., Sohnesen P. et al. На шляху до більш ефективного та фінансово стійкого державного сектора для України: Другий огляд державних фінансів. Вашингтон (округ Колумбія): Група Світового банку; 2018 рік (<http://documents.worldbank.org/curated/en/186591544547101839/Towards-a-More-Effective-and-Fiscally-Sustainable-Public-Sector-for-Ukraine-Second-Public-Finance-Review>, станом на 2 вересня 2019 року).

до пілотного проекту. Договори з лікарнями охоплюють як спеціалізовані стаціонарні, так і амбулаторні медичні послуги.

Контрактування стаціонарної допомоги здійснюється з використанням поєднання глобального бюджету та механізму оплати за пролікований випадок. Частка глобального бюджету становить 60%, і вона визначається на підставі історичного бюджету лікарні за минулий рік. Оплата за пролікований випадок була розроблена для 50 груп; включення пролікованих випадків до відповідної ДСГ здійснюється на основі кодів Міжнародної класифікації хвороб Десятого перегляду (МКХ-10), та за наявності коду медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій. Для кожного надавача визначається очікувана складність випадків за ДСГ. Звітність готується регулярно, а дані щодо кожного пролікованого випадку у кожному закладі надаються НСЗУ в форматі Excel. Групування відбувається автоматично, виходячи з логіки, яка визначена наказом Міністерства охорони здоров'я. Виплати здійснюються щомісяця, що складає 60% фіксованої частини від узгоджених асигнувань та 40% змінної частки, яка визначається фактичною кількістю пролікованих випадків та присвоєними коефіцієнтами кожній ДСГ. Базова ставка – 1 421 гривня. Граничні суми оплати узгоджуються в договорах між замовником і надавачем послуг для фіксованої (глобальна ставка) та змінної (оплата за пролікований випадок) частини щомісячних платежів. Заходи щодо контролю ризиків перевищення бюджету визначені в регламенті пілотного проекту та базуються на «принципі нейтральності бюджету», який включає в себе наступне: коригування базової ставки, використання коефіцієнту рівня стаціонару та контроль обсягів.⁴⁷

Мета пілотного проекту – оцінити готовність лікарень до отримання оплати за кількість наданих медичних послуг та вивчити реакцію лікарень на нові методи оплати. Пілот також допоможе розробити та протестувати операційні процедури та документообіг у новій платіжній системі, дозволить посилити потенціал НСЗУ з точки зору проведення стратегічних закупівель стаціонарної допомоги до того, як вони будуть запроваджені в масштабах всієї країни, а також створить систему моніторингу і раннього реагування на можливі ризики надмірного надання послуг надавачами. Пілот допоможе зрозуміти потенційні наслідки для надавачів стаціонарної допомоги, такі як недостатнє або надмірне надання послуг, очікувана раціоналізація стаціонарних спроможностей, ризики та вигоди, пов'язані з новими механізмами оплати, з точки зору замовника, надавачів та споживачів стаціонарної медичної допомоги.

5.2.3 Підготовка до запуску закупівель послуг стаціонарної медичної допомоги у 2020 році

Міністерство охорони здоров'я та НСЗУ активно готуються до запуску загальнодержавних закупівель послуг стаціонарної медичної допомоги. Цей рік (2019) має вирішальне значення для визначення критеріїв укладання договорів з надавачами стаціонарної допомоги. На основі доопрацьованих критеріїв, НСЗУ може ініціювати закупівлю послуг у всіх надавачів стаціонарної допомоги, які відповідатимуть певним вимогам, визначеним у пакетах медичних послуг (наприклад, терапія, хірургічна допомога дорослим та дітям, педіатрія, гострий інфаркт міокарда, інсульт, медична допомога при пологах та неонатальних станах). Міністерство охорони здоров'я працює над довгостроковим баченням моделі надання послуг та майстер-планом трансформації стаціонарної допомоги.

⁴⁷ У разі коли протягом трьох місяців підряд ціна наданих медичних послуг вища або менша на 10 відсотків запланованої вартості медичних послуг за відповідний квартал, це може стати причиною внесення коригувань до договору шляхом пропорційного зменшення щомісячних платежів за наступні місяці дії договору. Див. договори між НСЗУ та лікарнями Полтавської області на веб-сайті НСЗУ (<https://nszu.gov.ua/ukladi-dogovori/dlya-medichnih-zakladiv> станом на 1 липня 2019 року, українською мовою).

Деякі стаціонарні послуги (медична допомога при гострому інфаркті міокарда, інсульті, пологах та догляді за новонародженими) обрано для пріоритетного впровадження та модернізації. Стаціонарне лікування пріоритетних станів буде профінансовано належним чином, а для модернізації надання медичної допомоги та розбудови спроможностей медичного персоналу, залученого до надання таких послуг, передбачені додаткові інвестиції.

Уряд планує перейти на оплату за пролікований випадок, поступово зменшуючи частку глобального бюджету у виплатах надавачам стаціонарних послуг. Основою для оплати стаціонарних послуг стануть ДСГ, які будуть розроблені для України за австралійською моделлю. Україна слідує прикладу інших країн, що впроваджують цю модель, таких як Хорватія, Ірландія, Північна Македонія, Республіка Молдова, Румунія тощо. На сьогоднішній день, класифікації, які необхідні для групування на базі австралійського підходу, перекладені та доступні українською мовою; проведено тренінги для персоналу 103 лікарень з питань кодування та використання системи ДСГ, а Міністерство охорони здоров'я та НСЗУ обговорюють потенційне масштабування тренінгів для інших лікарень. Укладання договорів щодо лікування специфічних захворювань, яке традиційно здійснюється в монопрофільних лікарнях (наприклад, заклади для лікування ВІЛ, туберкульозу чи психіатричні заклади), проводитиметься на основі глобального бюджету, і один контракт охоплюватиме всі заклади однієї спеціалізації в одному регіоні.

Початкові етапи укладання договорів можуть базуватися на спрощених ДСГ. Фінансування медичних послуг на основі ДСГ базуватиметься на визначеній базовій ставці, яка буде стандартною для всіх стаціонарів країни, визначених для кожної групи пролікованих випадків вагових коефіцієнтах, що ґрунтуються на прикладі інших країн, а також адаптованих розрахунках витрат, що отримано для трьох регіонів країни. Планується, що платежі будуть базуватися на загальнодержавних стандартних тарифах.

Для ефективного контрахтування стаціонарів з боку НСЗУ всім надавачам послуг необхідно отримати новий статус комунальних некомерційних підприємств (автономія лікарні). Станом на лютий 2019 року новий статус отримали 324 лікарні або 27% від загальної кількості. Автономія надавачів послуг змінює правила роботи для надавачів: вона вимагає, щоб лікарні керувались у своїй діяльності Господарським кодексом України⁴⁸ та використовували нові фінансові правила (наприклад, змінені підходи до фінансового планування), а також встановлює нові правила щодо договірних відносин з працівниками (наприклад, вимагає від лікарень узгодити умови колективних договорів з працівниками). Це також дає більшу гнучкість для вирішення питань ефективності та покращення надання послуг.

Для стимулювання реструктуризації та модернізації стаціонарних спроможностей було реалізовано декілька підходів, включаючи визначення госпітальних округів, мінімальних вимог до медзакладів, що надають інтенсивну допомогу, та підвищення вступних вимог до студентів медичних університетів. Госпітальні округи орієнтуються на більші групи населення (надання допомоги 120 000 або більше осіб для багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування I рівня, та 200 000 і більше осіб для багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування II рівня) при плануванні та організації стаціонарної допомоги. Вимоги щодо об'єму надання послуг лікарнями I та II рівня визначають обсяг надання вторинної медичної допомоги, який мають забезпечувати багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування, та індикативний мінімальний обсяг допомоги пацієнтам з томографічно верифікованим діагнозом мозкового інсульту для багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування II рівня, що становить не менше 400 випадків на рік.

⁴⁸ Господарський кодекс України від 16 січня 2003 року із змінами від 17 січня 2019 року № 436-IV. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, № 18, № 19-20, № 21-22, (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>, станом на 3 липня 2019 року, українською мовою).

Для регулювання кількості та якості тренінгів для медичного персоналу Міністерство охорони здоров'я запровадило кілька нормативно-правових актів. Підвищені вступні вимоги до студентів-медиків мають на меті покращити якість випускників медичних університетів та зменшити неконтрольований вхід до складу медичних кадрових ресурсів/спеціалістів, які навчаються в медичних університетах на контрактній основі (дві третини всіх студентів), та мають вільний вибір вибору спеціальності. Останнє положення вже зменшило кількість студентів, яких зараховано до медичних університетів у 2018 році. Міністерство охорони здоров'я працює над подоланням формальної неефективності післядипломної освіти.

Швидке впровадження нових механізмів оплати ПМД та підвищення заробітної плати медичного персоналу, який надає первинну медичну допомогу, призвели до очікувань швидкої та ефективної реалізації реформи оплат на рівні стаціонарів. Надавачі послуг прагнуть дізнатися деталі нових підходів до оплати та вступити в договірні відносини з НСЗУ. Очікувані результати нових механізмів оплати – це збільшення доходів стаціонарів на основі обсягу та складності наданої допомоги, а отже, і збільшення зарплати працівників стаціонару.

5.2.4 Закупівлі послуг амбулаторної вторинної медичної допомоги

Амбулаторна вторинна медична допомога, в основному, організована у вигляді поліклінік в структурі стаціонарних лікарень (1 085), у вигляді окремих поліклінік (459 закладів, що часто розташовані у великих містах), або у вигляді однопрофільних закладів (423 заклади, у тому числі 179 стоматологічні поліклініки). Більше половини всіх лікарів (55%) працюють в амбулаторних відділеннях стаціонарів, в поліклініках або амбулаторних відділеннях диспансерів. Лікарі майже всіх спеціальностей надають амбулаторну допомогу з деякими винятками (наприклад, кардіо та торакальні хірурги, нейрохірурги, анестезіологи, радіологи, неонатологи та судово-медичні експерти в основному працюють у стаціонарах).

Пацієнти можуть звертатися до лікарів вторинного рівня напряму. Такий механізм звернень обмежує потенціал та обсяг надання медичної допомоги на первинному рівні. Відповідно до законодавства, поліклініки мають право стягувати плату за консультації, що надаються пацієнтам без направлення.

Незважаючи на наявність великої стаціонарної інфраструктури, хірургічна активність лікарень є низькою: в середньому в 2013 році кількість хірургічних процедур на 100 000 населення становила 5 408 в Україні⁴⁹ порівняно з 9 684 в Естонії та 10 759 в Іспанії.⁵⁰ В середньому, в Україні припадало 55 операцій на одного лікаря хірургічної спеціальності⁵¹ порівняно з 76 – в Естонії та 99 – в Іспанії⁵². Амбулаторні операції та процедури не складають найбільшу частину амбулаторної допомоги. На сьогодні, такі процедури, як хірургія катаракти, тонзилектомія та пластика грижі, в основному здійснюються в стаціонарних умовах.

⁴⁹ Гречискіна Н. Аналіз хірургічної допомоги в Україні за останнє десятиліття (2003-2013). Вісник Вінницького медичного університету, №2, т19; 2015 рік (http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/vvnmu_575_, станом на 2 вересня 2019 року, українською мовою).

⁵⁰ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.PROC.P5>

⁵¹ Гречискіна Н. Аналіз хірургічної допомоги в Україні за останнє десятиліття (2003-2013). Вісник Вінницького медичного університету, №2, т19; 2015 рік (http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/vvnmu_575_, станом на 2 вересня 2019 року, українською мовою).

⁵² Спеціалізовані хірургічні кадри (на 100 000 населення). Джерело: Світовий банк [веб-сайт]. Вашингтон (округ Колумбія): Група Світового банку; 2019 рік (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.SAOP.P5?view=chart>, станом на 2 вересня 2019 року).

Міністерство охорони здоров'я планувало ініціювати механізм оплати за послугу для амбулаторної спеціалізованої допомоги. Наміром цього було закупити консультацію чи діагностичну процедуру, яка була б гарантована всім пацієнтам, що отримали направлення від свого лікаря первинної медичної допомоги, як безоплатна. Однак перелік цих амбулаторних процедур був обмеженим, що створювало хибний стимул для надавачів цих процедур зосереджуватися лише на визначених послугах та надавати більшу кількість таких оплачуваних послуг, шукаючи більшого доходу. Ці ризики та недостатня кількість ресурсів для закупівлі амбулаторної спеціалізованої допомоги стали основними причинами відкладення загальнодержавної закупівлі таких послуг на 2019 рік. Плани на 2020 рік окреслюють визначений набір процедур (гістероскопія, колоноскопія, гастроскопія, бронхоскопія та цистоскопія), які будуть відшкодовані надавачам на основі оплати за послугу для стимулювання амбулаторного надання цих послуг.

У пілотному проекті в Полтавській області договори зі стаціонарами охоплюють також амбулаторну спеціалізовану допомогу. Механізм оплати був визначений на основі глобального бюджету, розрахованого на базі історичних даних про витрати на агреговані послуги за період квітень-грудень 2019 року, з рівними щомісячними виплатами. Капітаційні ставки не коригуються в залежності від віку або статі, але є вищими за капітаційні ставки, визначені для ПМД.

5.2.5 Закупівлі послуг екстреної медичної допомоги

Центри екстреної медичної допомоги є у кожному регіоні України та мають мережу станцій з постійними та тимчасовими підстанціями, розміщеними зручним чином для охоплення населення у кожному регіоні. Обласні центри екстреної медичної допомоги мають централізовані або децентралізовані диспетчерські відділення, які керують автомобілями швидкої медичної допомоги та реагують на виклики швидкої допомоги у своєму районі обслуговування. Децентралізована модель призводить до фрагментації ресурсів та дублювання послуг, і поступово впроваджується централізована модель. Фактична кількість автомобілів швидкої допомоги в службі екстреної медичної допомоги (ЕМД) становить 3 118 машин швидкої допомоги (0,7 на 10 000 населення проти нормативних 1 на 10 000 населення), але подальше уточнення алгоритмів та маршрутів ЕМД може зменшити фактичну потребу в машинах швидкої допомоги.

На даний момент ЕМД фінансується в основному за рахунок медичної субвенції, яка виділяється з центрального бюджету (5 мільярдів гривень у 2018 році), а додаткові 20% коштів виділяються на фінансування ЕМД з місцевих бюджетів. Диспетчерські центри ЕМД в Україні щорічно отримують 9 465 137 викликів (2 232 на 10 000 населення) та здійснюють виїзди на 8 400 770 викликів (1 981 на 10 000 населення).⁵³ Кількість отриманих викликів в Україні вдвічі більша, ніж у скандинавських країнах, а кількість виїздів у 4-5 разів більша, ніж у країнах-компараторах. У той же час, лише 24% викликів, отриманих ЕМД, потребують транспортування до лікарні проти, приблизно, 60% у країнах-компараторах. Система ЕМД в Україні використовує підхід «пролікував та відпустив», який є поширеним у країнах пострадянського простору, і може свідчити про те, що ЕМД надає деякі послуги первинної медичної допомоги, які інакше є недоступними. Результати лікування пацієнтів, яким надано допомогу службою ЕМД та залишено їх вдома, невідомі. Поточна реформа ЕМД повинна зосереджуватись на наданні допомоги в реальних надзвичайних ситуаціях, а не наданні інших видів догляду за станами, що не є загрозливими для життя.

⁵³ Гаазен, Гаєвський, Данилюк. (на етапі друку) Система екстреної допомоги в Україні: короткий документ з питань політики. Вашингтон (округ Колумбія): Світовий банк.

У 2019 році Міністерство охорони здоров'я ініціювало трансформацію ЕМД та виділило майже 1 мільярд гривень додаткового фінансування для впровадження реформ ЕМД. Для пілотування реформ ЕМД було визначено шість регіонів (Донецька, Одеська, Полтавська, Тернопільська та Вінницька області та місто Київ). Ці регіони придбають нові машини швидкої допомоги та обладнання. Вони вдосконалять диспетчерську систему екстреної медичної допомоги, запровадивши протоколи пріоритизації викликів, щоб зменшити тягар не екстрених викликів та оптимізувати реагування на екстрені. Ці диспетчерські центри зможуть надавати в режимі реального часу комп'ютеризовані дані про результати їхньої діяльності, що дозволить покращити моніторинг та подальше планування ЕМД у пілотних регіонах. Значні додаткові зусилля будуть спрямовані на вдосконалення потенціалу та підготовки або перепідготовки персоналу ЕМД, як диспетчерів, так і медичного персоналу, що надає невідкладну допомогу. Реорганізація команд ЕМД, що розглядається, з метою включення парамедиків з відповідною підготовкою може покращити використання ресурсів та скоротити інтервал часу від виклику до доставки до лікарні. Закупівлі послуг екстреної медичної допомоги у 2020 році планується здійснювати за принципом капітації через прямі договори між НСЗУ та центрами екстреної медичної допомоги у кожному регіоні.

5.3 | Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору

Переглянуті закупівлі медичних послуг поза межами ПМД добре узгоджуються з пріоритетами реформи фінансування системи охорони здоров'я, а також з іншими напрямками трансформації системи охорони здоров'я. Закон №2168 визначив принципи та часові терміни запровадження нового механізму закупівель послуг, а Міністерство охорони здоров'я ефективно дотримується положень Закону. Наприклад, наступні заходи безпосередньо пов'язані із закупівлями послуг поза межами ПМД.

- **Створення НСЗУ у 2018 році з широкими функціями щодо закупівлі послуг медичної допомоги.** НСЗУ змогла здійснити пілотні закупівлі послуг стаціонарної та амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги у 2019 році, щоб підготуватися до масштабування закупівель всіх медичних послуг у 2020 році.
- **Впровадження нових механізмів оплати ПМД та відшкодування лікарських засобів.** Ранній успіх реформи ПМД з капітаційною оплатою на основі підписаних декларацій у поєднанні з призначенням ліків пацієнтам з гіпертонічною хворобою, діабетом та астмою надавачами послуг ПМД став потужним сигналом для підтвердження готовності та спроможності впроваджувати нові механізми оплати послуг для інших видів медичної допомоги.
- **Визначення послуг, що входять до програми медичних гарантій.** Це важливий елемент реформи фінансування системи охорони здоров'я, оскільки він визначає межі закупівель і служить основою для укладання договорів між НСЗУ та надавачами послуг.
- **Розвиток електронної системи охорони здоров'я.** Закон №2168 визначив принципи функціонування та вимоги до електронного обміну та зберігання інформації. Це важливі елементи для закупівлі, і вони потребуватимуть подальшої розробки для здійснення закупівель в майбутньому.

- **Забезпечення технологій дистанційної підтримки, включаючи базову телемедицину.** Такі ініціативи, якщо вони будуть додатково посилені, можуть допомогти розширити надання спеціалізованої медичної допомоги за межами стаціонарів та встановити ефективну кросдисциплінарну підтримку в межах лікарняної мережі. Медичні послуги, що надаються дистанційно, пропонують безліч можливостей, включаючи використання мобільних технологій та персональних пристроїв, а також зчитування зображень та прийняття діагностичних і лікувальних рішень дистанційно.

Інші заходи щодо трансформації охорони здоров'я, які впливають на закупівлі, включають реформу медичної освіти, розвиток спеціалізованої допомоги (наприклад, реперфузійні центри) та реформу централізованих закупівель лікарських засобів та медичних виробів. Реформа медичної освіти, в тому числі післядипломної, допоможе покращити набір компетенцій медичного персоналу та, потенційно, закупівлю передових та більш якісних послуг, а також може допомогти покращити відповідність між попитом та пропозицією робочої сили. Завданням розвитку пріоритетних спеціалізованих послуг є зменшення смертності внаслідок гострих станів, якої можна було уникнути. Розвиток розпочався зі створення мережі реперфузійних центрів, які забезпечують доступ до коронарного стентування, і продовжиться створенням інсультних центрів. Реформа централізованих закупівель допомогла поліпшити доступ до основних лікарських засобів за рахунок збільшення обсягів закуповуваних ліків завдяки зекономленим коштам. Найближчим часом централізовані закупівлі ліків мають бути належним чином скоординовані із закупівлями стаціонарних та амбулаторних послуг, щоб уникнути невідповідностей у постачанні лікарських засобів та очікуваного обсягу послуг, що закуповується у надавачів.

Реформа охорони здоров'я є однією з найбільш очікуваних реформ (друга за пріоритетністю після антикорупційної реформи⁵⁴) і широко визнаних серед населення. Більш широкі реформи державного сектора включають реформи державної служби, децентралізації та антикорупційні реформи. Реформа державної служби була основним важелем трансформації структури та функцій Міністерства охорони здоров'я. Вона також може допомогти розвинути НСЗУ та її регіональні відділення, визначивши вимоги до державних службовців та процесу їх найму, а також збільшення шкали оплати праці. Реформа децентралізації привела до неоднозначності з точки зору надання більшої кількості ресурсів та повноважень місцевим громадам, з одночасним об'єднанням фінансових ресурсів медичної галузі та прямих закупівель медичних послуг на національному рівні. Однак це допомогло створити ідею міжрайонних територій, які обслуговуватимуться лікарнями інтенсивного лікування в рамках концепції госпітального округу. Антикорупційні реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я переслідують ті ж самі цілі – запровадження прозорих механізмів взаємодії комунальних підприємств та держави, а також зменшення неформальних транзакцій у сфері охорони здоров'я.

5.4 | Поточний вплив політик на цілі реформи

Під час підготовки цього розділу закупівлі поза межами ПМД здійснювались лише близько трьох місяців і охоплювали лише стаціонарну та амбулаторну спеціалізовану допомогу в одному регіоні України. На цьому етапі оцінити вплив реалізованого підходу важко. Планувалося, що запровадження прямих закупівель сприятиме підвищенню

⁵⁴ На які першочергові реформи чекають громадяни. Київ: Фонд «Демократичні ініціативи» та Соціологічна служба Центру Разумкова; 2019. (<https://dif.org.ua/article/na-yaki-pershochergovi-reformi-chekayut-gromadyani>, станом на 2 вересня 2019 року, українською мовою).

ефективності надання послуг на рівні надавача, шляхом зменшення контролю над ресурсами, які використовуються для лікування кожного конкретного випадку, пропонуючи простір для внутрішнього регулювання необхідних людських та матеріальних ресурсів.

Залежно від частки глобального бюджету та оплат лікарям за пролікований випадок, можна очікувати, що деякі надавачі отримають більше переваг від запропонованого підходу, а інші, можливо, не зможуть генерувати достатній дохід, щоб утримати той самий рівень показників потужності, як раніше. Тому рішення про те, яким чином розподілити глобальний бюджет та оплату за пролікований випадок для стаціонарів є надзвичайно важливим: використання більшої частки глобального бюджету може збільшити шанси стаціонарів на уникнення банкрутства, особливо при запровадженні нових методів оплати; при цьому, збільшення частки оплат за пролікований випадок стимулюватиме більших надавачів послуг, оскільки вони можуть отримувати більший дохід за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Зважаючи на обмеження, встановлені для контролю за надмірним наданням послуг (зниження базової ставки та щомісячні граничні суми), навряд чи стаціонари реагуватимуть на запропонований механізм оплати за пролікований випадок значним розширенням надання послуг. Це ж саме очікування стосується договорів щодо надання амбулаторних спеціалізованих послуг – глобальний бюджет, ймовірно, несуттєво змінить результати роботи поліклінік, але може вплинути на використання ресурсів у поліклініках, які необхідні для організації амбулаторної допомоги.

Перша позитивна зміна, яка вже спостерігається в пілотному проекті, – це покращення звітності. Час введення даних про виписку пацієнтів в електронній системі помітно скоротився з 8 днів у січні 2019 року до 1,5 дня у травні 2019 року. В Полтавській області планується провести більш комплексну оцінку на основі зафіксованих змін на рівні надавачів, пацієнтів та замовника. На рівні надавача будуть відстежуватися та оцінюватися такі характеристики: кількість пролікованих випадків за ДСГ; зміни в характеристиках госпіталізацій, таких як тривалість перебування та госпіталізація пацієнтів зі станами, які можуть лікуватися на рівні амбулаторної допомоги, та внутрішня реорганізація надавачів стаціонарної допомоги (якщо такі є). На рівні пацієнта оцінка буде охоплювати зміни в уподобаннях та маршрутах пацієнта (наприклад, які лікарні будуть обрані пацієнтами для лікування негострих станів), повторна госпіталізація пацієнтів до лікарень та рівень задоволеності пацієнтів, які можуть бути зафіксовані в дослідженні «Індекс здоров'я. Україна» (2019) або інших дослідженнях. Для замовника основними цілями є оцінка необхідних спроможностей для управління договорами зі стаціонарами, необхідність в модулях інтелектуального аналізу даних, які допоможуть оцифрувати рахунки та оплати надавачам, та підготуватися до розгортання закупівель у 2020 році.

5.5 | Очікувані виклики

Масштабування пілотного проекту на всю країну потребує значних зусиль та політичної підтримки. Запуск стратегічних закупівель, контрактування та нових фінансових стимулів був виконаний добре, але потребує збільшення темпів. Водночас, щоб досягти змін у клінічній практиці на місцях, потрібен більш широкий спектр інструментів поза фінансуванням, таких як інституціоналізовані механізми розширення гарантій та підвищення якості. Реалізація закупівель стаціонарної, амбулаторної спеціалізованої та екстреної допомоги є більш складною, ніж закупівлі первинної медичної допомоги, особливо в умовах фінансових обмежень. Наступні кроки потребуватимуть підтримки

всіх зацікавлених сторін, а створення коаліції для успішної реалізації може стати першим викликом на цьому шляху.

Найбільший виклик попереду – необхідна реструктуризація мережі надавачів послуг.

Нові фінансові стимули та механізми оплати послуг є необхідними, але недостатніми умовами створення оптимальної мережі надавачів стаціонарної допомоги. Біла книга про надання послуг, підготовлена командою ВООЗ спільно з Міністерством охорони здоров'я, та генеральний план лікарень, розроблений Світовим банком у співпраці з двома регіональними командами, чітко вказують на необхідність переформатування та скорочення лікарняної інфраструктури, зосереджуючись на меншій кількості закладів, що забезпечать повний цикл послуг інтенсивного лікування населенню, а також на необхідності розвитку догляду за хворими після лікування важких форм захворювань та паліативної допомоги в деяких закладах, які не будуть обрані в якості основних надавачів послуг інтенсивного лікування. Такі заходи є вкрай важливими для забезпечення сталості реформи фінансування. Зокрема, важливим завданням буде підвищення ефективності через реструктуризацію мережі лікарень, що потребуватиме політичної підтримки та стійкості.

Закупівлі послуг у надавачів медичної допомоги потребуватимуть кращого регулювання стандартів якості допомоги та забезпечення їх дотримання.

В договори з надавачами послуг необхідно буде включити конкретні очікування щодо якості медичної допомоги, яка надається користувачам. Наразі НСЗУ досить обмежена в діях щодо питань якості, оскільки єдиним ефективним інструментом, який вона має, є розірвання контракту з надавачами. НСЗУ може знадобитися найняти незалежну інституцію з нагляду за якістю або розвивати потенціал всередині організації для належного моніторингу якості та встановити процедури, які дозволять рутинно вирішувати питання якості. Значні зміни в процесі видачі та позбавлення ліцензії є необхідними, оскільки наявна процедура є переважно формальною і не сприяє забезпеченню якості.

Запровадження оплати на основі ДСГ потребує значного посилення аудиторських функцій.

Поточний план – почати закупівлю стаціонарних послуг застосовуючи спрощену версію оплат на основі ДСГ. Після 3-5 років впровадження (або раніше) може знадобитися більш розвинена система ДСГ, яка послужить основою для оплат і дозволить краще фіксувати медичні маніпуляції та використані ресурси для надання послуг лікування в стаціонарі. Прийняття специфіки ДСГ буде ґрунтуватися на наявності ресурсів та готовності НСЗУ. Для забезпечення якості кодування та його постійного вдосконалення має бути запроваджена система аудиту клінічного кодування, як тільки буде достатньо ресурсів (людських, інформаційних технологій) та потенціалу для цього. Функція аудиту може належати НСЗУ або бути передана медичним асоціаціям чи надавачам. У будь-якому випадку потенційним аудиторам знадобляться підготовка, інструменти (наприклад, програмне забезпечення для аудиту) для проведення аудиту, методологія, тощо.

Розвиток стаціонарної медичної допомоги зможе все більше покладатися на проведення амбулаторних операцій.

Закупівля стаціонарних послуг повинна стимулювати більш ефективні види екстреної та планової медичної допомоги. Амбулаторна хірургія дуже швидко стала складати основну частку всіх хірургічних втручань у амбулаторних умовах в стаціонарах чи поза ними в більш розвинених країнах-сусідах. Протягом останніх 25 років амбулаторна хірургія є частим рішенням для наступних видів медичних втручань: пластика грижі, хірургія катаракти, тонзилектомія та холецистектомія. В Україні всі ці інтервенції, в основному, проводяться в стаціонарі із середньою тривалістю стаціонарного лікування 6-8 днів, і цю тенденцію слід змінити, запровадивши правильні стимули для закупівельного процесу.

Підвищена складність закупівлі стаціонарної допомоги може призвести до необхідності впровадження додаткових правил оплати для закупівлі екстреної медичної допомоги.

На сьогоднішній день закупівлі послуг екстреної медичної допомоги планується організувати за принципом капітації. Цього може бути недостатньо для створення необхідних змін у моделях надання послуг ЕМД. Необхідно розробити механізми раціоналізації такі як, наприклад, ефективна система медичного сортування. Механізм оплати за послуги екстреної медичної допомоги також може потребувати включення стимулів для скорочення часу від виклику до доставки пацієнта в приймальне відділення екстреної медичної допомоги для гострих станів; належного транспортування пацієнтів відповідно до маршрутів пацієнта, визначених для інсультів, інфарктів (серцево-судинних станів), материнської допомоги, неонатальної допомоги та всіх інших невідкладних станів; інфекційних захворювань, психічного здоров'я, метаболічних та онкологічних захворювань. Це може призвести до включення механізмів закупівлі послуг ЕМД на основі результатів.

На наступних етапах закупівель необхідно буде належно оцінити та розробити стратегії зниження наступних ризиків:

- 1. Можливий опір реформам з боку медичної спільноти та добре оплачуваних фахівців** (за рахунок неформальних платежів) та новим прозорим механізмам закупівель, які направлені на усунення неформальних надходжень лікарень. Потужна комунікаційна кампанія може допомогти заручитися підтримкою прихильників реформи та пояснити нові механізми контракування надавачів. Вона також може забезпечити більше розуміння змін з боку пацієнтів та підвищити довіру до реформ.
- 2. Навички керівників надавачів послуг можуть бути недостатніми для належної роботи в нових умовах.** Нове положення щодо наявності в лікарнях керівника без медичної освіти, але з підготовкою в галузі менеджменту або ділового адміністрування, потребує ресурсів і процесу для реалізації. Для заохочення подальшого розвитку лікарням може знадобитися матриця показників ефективності, щоб конкурувати та порівнювати себе з іншими, і провідні лікарні мають отримувати винагороду.
- 3. Асинхронізований розвиток електронної системи охорони здоров'я поставить під загрозу закупівлі.** Подальший розвиток електронної системи охорони здоров'я важливий для кращого розуміння обсягів та складнощів медичної допомоги, підключення пацієнтів на усіх рівнях допомоги та кращого виконання стратегічних рішень щодо закупівель. Для того, щоб переконатися, що інформація про один епізод медичної допомоги може бути повністю пов'язана з усіма іншими епізодами у всіх інших закладах, знадобиться унікальний національний ідентифікатор. Цей напрям роботи потребуватиме достатньої кількості інвестицій та уваги для стабільного розвитку.
- 4. Оплата за пролікований випадок та оплата за послугу можуть заохочувати до надмірного надання послуг або класифікації пацієнту ДСГ вищої вартості.** Ретельний збір даних щодо базових показників кожного надавача послуг та точне відстеження змін обсягів наданої допомоги повинні допомогти ефективно реагувати на несподівані коливання об'ємів наданих послуг. Слід також запровадити відповідні заходи для усунення марних витрат, наприклад, на зайві госпіталізації та неефективні призначення. Наступний етап впровадження вимагатиме подальшого зміцнення потенціалу як НСЗУ на центральному рівні, так і територіальних замовників.
- 5. Закупівлі послуг та централізоване постачання лікарських засобів та медичних виробів можуть поставити під загрозу виконання договорів, що базуються на об'ємі наданої допомоги, якщо вони не будуть відповідним чином скоординовані.** Рішення про товари, які і надалі будуть закуповуватися на центральному рівні, а також графіки

поставок повинні бути прийняті до того, як будуть укладені договори, або ж договори повинні передбачати певну гнучкість для врахування змін.

- 6. Прямі закупівлі медичних послуг через НСЗУ можуть ще сильніше зменшити залученість органів місцевого самоврядування до фінансування надавачів медичних послуг.** У той же час, надавачам знадобляться додаткові ресурси та інвестиції для стратегічного розвитку спроможностей. При запровадженні закупівель необхідно забезпечити чітке розуміння щодо фінансування капітальних витрат надавачів та ролі органів місцевого самоврядування у покритті видатків і наданні пропозицій щодо фінансування видатків надавачів, які не будуть включені до закупівель через НСЗУ, в тому числі програми ліквідації нестратегічних закладів.
- 7. Ліквідувати витрати «з кишені» пацієнтів може бути нелегко, а особливо в умовах фіскального обмеження фінансування медичних послуг та наявної нераціональності на всіх рівнях надання медичної допомоги.** Запропонований підхід щодо зосередження уваги на запровадженні стимулів для лікування пріоритетних станів та стимулів для більш ефективних надавачів послуг є виправданим, однак може бути недостатнім для покриття витрат пацієнтів з метою покращення фінансового захисту у всіх випадках користування медичною допомогою. Уряд має ретельно пояснити, що впровадження буде поетапним, а система зазнаватиме поступової тривалої трансформації.

5.6 | Рекомендації щодо політики

Для досягнення відчутних результатів та покращень на всіх рівнях охорони здоров'я необхідно продовжувати повномасштабне запровадження закупівель медичних послуг. Наступний етап закупівлі потребуватиме багато узгоджених зусиль з боку всіх учасників: парламенту та уряду – для підтримки прийняття відповідного законодавства, Міністерства охорони здоров'я та НСЗУ – для розробки механізмів закупівель та їхнього впровадження, а також активної участі з боку надавачів. Для того, щоб усі учасники процесу брали у ньому участь та робили свій вклад за потреби, має бути готова і доступна дорожня карта з чіткими очікуваннями щодо дій та термінами.

Управління трансформацією надавачів має бути підтримане політичним діалогом з місцевою владою та власниками надавачів послуг. Органи місцевого самоврядування мають важливу роль як власників закладів, так і органів фінансування, проте потрібен подальший політичний діалог щодо того, яким чином узгодити децентралізовані функції та пріоритети національної політики в галузі охорони здоров'я. Існує різниця у здійсненні функцій органів місцевого самоврядування на практиці, а також різниця у фінансуванні охорони здоров'я цими органами.⁵⁵ Відсутність узгодженості між національною та місцевою політиками може призвести як до нерівностей (наприклад, примушення до скорочення споживання електроенергії, знос інфраструктури в бідніших регіонах), так і до неефективності (наприклад, придбання додаткового обладнання для закладів, які можуть бути непріоритетними). Потрібно вести важливу дискусію щодо недопущення перетинання відповідальності за фінансування з боку Міністерства охорони здоров'я, НСЗУ та органів місцевого самоврядування. Урядові можливо необхідно розглянути питання створення національних важелів впливу на функції

⁵⁵ Чжао Ф., Вахітова Х., Дорошенко О., Сологуб І., Обрізан М., Яворський П. та ін. Дослідження медичних ресурсів в Україні. Вашингтон (округ Колумбія): Група Світового банку; 2018 рік.

органів місцевого самоврядування щодо фінансування капітальних витрат та запровадження заходів з покращення якості в своїх закладах для забезпечення узгодженості з національними планами та політикою (наприклад, генеральний план закладу та пріоритети надання послуг).

Зміщення фокусу з надання медичної допомоги на стаціонарному рівні, потребуватиме скоординованого розвитку інших рівнів допомоги. Допомога має бути пацієнт-орієнтованою, щоб плавно провести пацієнта від заходів щодо зміцнення здоров'я до лікування, від ведення захворювання до реабілітації та догляду до закінчення життя, повторюючи ці етапи залежно від потреб пацієнта та обставин. Це вимагатиме подальшого посилення первинної медичної допомоги шляхом нарощування потенціалу, впровадження стратегій орієнтації на пацієнта та заохочення до амбулаторного ведення більшості станів здоров'я. Подальше розширення відшкодування витрат на лікарські засоби для амбулаторного лікування допоможе пацієнтам тримати зв'язок зі своїм надавачем послуг на первинній ланці для отримання більшої кількості видів допомоги.

Важливим елементом реформи має бути посилення регулювання якості, моніторингу та забезпечення якості. Реформа стаціонарної допомоги повинна керуватися врахуванням питань безпеки пацієнтів та якості допомоги для покращення результатів здоров'я та задоволеності пацієнтів. Більші обсяги стаціонарної допомоги в розрахунку на один заклад та на одного лікаря асоціюються з кращими результатами. Багато країн беруть до уваги мінімальні порогові значення об'єму (наприклад, мінімальна річна кількість конкретних процедур, що виконуються в одній лікарні або одним лікарем-спеціалістом) саме з міркувань безпеки та якості. Такі граничні норми можуть бути розроблені і для конкретного українського контексту. Для укладання договорів зі стаціонарами такі граничні норми можуть бути ефективними. Але для ліцензування можна використовувати нижчі порогові значення з метою створення простору для нарощування необхідних обсягів за рахунок приватних або власних ресурсів надавачів послуг.

Запровадження ДСГ є дуже важливою віхою розвитку в системі охорони здоров'я. Воно послужить багатьом цілям і допоможе краще управляти наданням стаціонарних послуг. Оплата за проліковані випадки з прийнятними ваговими коефіцієнтами може стати розумним підходом до стимулювання розвитку критично важливих стаціонарних послуг у попередньо вибраних лікарнях. Критично важливими є розробка та пояснення принципів оплати на основі ДСГ. Уряду потрібно розробити прозорий процес визначення формули оплати та вдосконалення ДСГ. Необхідно встановити механізми запровадження та допоміжні системи, такі як інформаційні системи, процес перегляду національних систем кодування та класифікації, а також системи моніторингу показників ефективності стаціонару. Адаптація до нових механізмів оплати може потребувати часу та підтримки в нарощуванні потенціалу.



6.1 | Вступ

Спеціально розроблена система права на отримання гарантій медичного обслуговування є важливим інструментом для визначення пріоритетності використання обмежених ресурсів у галузі охорони здоров'я. Чітко визначені та зрозумілі права на отримання послуг, вибраних на основі таких критеріїв, як медичні докази, економічна ефективність, потреби населення та національні пріоритети, підтримують ефективне та справедливе використання державних ресурсів. Крім того, структура гарантованого пакету медичної допомоги є також невід'ємною частиною формування національного суспільного договору, оскільки він поєднує зобов'язання та права населення на отримання гарантій зі сферою охорони здоров'я.

В Україні складна фіскальна ситуація, а система охорони здоров'я фінансується за рахунок коштів державного бюджету, який історично не міг задовольнити заявлені зобов'язання та потреби населення в медичних послугах, на що вказують незадоволена потреба та великі витрати «з кишені» пацієнтів на широкий спектр медичних послуг і товарів. У рамках всеохопної реформи системи охорони здоров'я Україна прийняла Закон №2168 про ПМГ, який визначає права на гарантії медичного обслуговування, і покладає на новостворену закупівельну організацію, НСЗУ, відповідальність за реалізацію цих прав. У цьому розділі розглядається поточний стан розвитку дизайну гарантій медичного обслуговування та його потенціал для підтримки раціонального використання ресурсів та справедливого розподілу медичних послуг.

6.2 | Огляд ключових політик

Історично законодавство України було перешкодою для реформ, особливо щодо офіційного формування реалістичних прав на гарантії медичного обслуговування. Стаття 49 Конституції України надає всім громадянам України право на безкоштовну медичну допомогу в усіх державних закладах охорони здоров'я. Гарантований пакет медичної допомоги, що фінансується державою, не був чітко визначений навіть в узагальненій формі. Зосередженість на правовій формі надавача, у поєднанні з відсутністю чітко визначеного дизайну гарантій медичної допомоги та розгалуженою мережею державних надавачів, ускладнювали раціоналізацію послуг. За останні 20 років у фіскальному контексті було дуже важко фінансувати це зобов'язання, що призвело до цілого ряду механізмів неявної раціоналізації, включаючи зростання неформальних платежів, обмеження доступу до медичної допомоги, зменшення кількості послуг та погіршення якості. Конституційна гарантія та рішення Конституційного Суду від 2002 року ускладнили запровадження реформ явної раціоналізації в системі охорони здоров'я України. Однак наявність протягом 20 років механізмів неявної раціоналізації погіршила довіру населення до їхнього права на отримання медичної допомоги та до системи охорони здоров'я в цілому.

Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 2017 року запровадив нові умови для гарантій медичного обслуговування. Стаття 5 Закону №2168 встановлює важливі принципи визначення програми медичних гарантій, що сигналізує про необхідний трансформаційний підхід:

1. рівні державні гарантії пацієнтам, незалежно від їхнього віку, раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками;
2. забезпечення збереження та відновлення здоров'я та якісних медичних послуг та лікарських засобів;
3. універсальне охоплення та справедливий доступ до необхідних медичних послуг та лікарських засобів у межах ПМГ;
4. передбачуваність та спланованість обсягу покриття вартості медичних послуг та лікарських засобів; і
5. гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування.

Закон №2168 змінив правила гри та трансформував юридичну основу для дизайну гарантій медичного обслуговування та раціоналізації. Все населення (усі громадяни та особи, які постійно проживають на території України) тепер має право на медичні послуги, які чітко визначені в програмі, що гарантується державою. Це зміщує акцент з мережі надавачів послуги, на пакет послуг, який фінансується державою незалежно від того, чи надаються послуги у державному чи приватному закладі. Послуги, що входять до ПМГ, яка фінансується державою, юридично не можуть надаватися в рамках будь-якої домовленості про дольову участь у витратах. Це означає, що плата з користувачів може вводитися лише за послуги, що не належать до гарантованого державою пакету послуг, а отже, ці послуги повинні базуватися на 100% оплаті від користувачів.

Закон №2168 про фінансові гарантії визначає дворівневий підхід до формування та розвитку гарантованого пакету медичної допомоги з часом. Згідно із Законом, запровадження визначених гарантій медичного обслуговування здійснюється на двох рівнях: загальний підхід до дизайну гарантій (принципи, інституційні аспекти, загальний обсяг безкоштовної медичної допомоги) визначається самим Законом, та додаткові деталі затверджуються постановою уряду, яка щорічно оновлюється (ПМГ). Постанова визначає послуги та лікарські засоби, що будуть забезпечуватись за рахунок коштів державного бюджету, та покладає на НСЗУ відповідальність за виконання програми.⁵⁶ Ця відповідальність включає в себе декілька важливих функцій, таких як розробка запропонованого гарантованого пакету медичного обслуговування і тарифів, за якими здійснюється відшкодування, укладання договорів з надавачами та моніторинг якості і результатів.

Важливим значенням цього пункту про плату з боку користувачів є те, що основним виміром раціоналізації, який уряд може використовувати для узгодження ресурсів та права на гарантії медичної допомоги, є покриття послугами. Щоб зробити цю раціоналізацію ефективною, було запропоновано більш чітке та більш детальне визначення послуг. Закон передбачає, що програма медичних гарантій охоплюватиме надання екстреної, первинної,

⁵⁶ Закон №2168 передбачає відповідальність уповноваженого органу щодо запровадження ПМГ. Уповноважений орган несе відповідальність за підготовку проекту ПМГ, тобто за розробку запропонованого пакету гарантій і тарифів, згідно яких здійснюється оплата за послуги, та за затвердження урядом. Цим уповноваженим органом є НСЗУ.

вторинної, третинної та паліативної медичної допомоги, медичну реабілітацію, медичну допомогу дітям, медичну допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами, а також відповідні лікарські засоби, з більш детальним визначенням в ПМГ. Щоб операціоналізувати раціоналізацію, ПМГ використовуватиме поєднання загального описання послуг, які покриваються повністю, та більш детальних списків послуг, які підлягають явній раціоналізації. Будуть використовуватися як позитивні переліки послуг, що покриваються програмою, так і негативні переліки платних послуг. Такий підхід буде залежати від типу медичної допомоги. Загальні найменування будуть застосовані для ПМД, екстреної медичної допомоги, медичної допомоги дітям, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, а також паліативної допомоги. Вони будуть супроводжуватися негативними переліками платних послуг. Міністерство охорони здоров'я пропонує використовувати більш детальні позитивні переліки для не екстреної спеціалізованої медичної допомоги, реабілітації, рецептурних лікарських засобів, стоматологічної та офтальмологічної допомоги, що супроводжуються клінічними протоколами та рекомендаціями, а також запровадження більш формальних переліків очікування. Гарантований пакет послуг первинної медичної допомоги вже визначений, а решта – наразі формується.

Для раціоналізації рішень про запровадження позитивних та негативних переліків було встановлено ряд критеріїв. Ці критерії включають наступні:

- 1. Ефективність** – це ступінь наукової доведеності, що послуга запобігає, діагностує та лікує захворювання. Наприклад, у найсучасніших системах охорони здоров'я контроль артеріального тиску організований на амбулаторному рівні, без необхідності госпіталізації для більшості пацієнтів. Цей підхід визнано ефективним ґрунтуючись на великій кількості наукових доказів.
- 2. Потреба в здоров'ї** – це міра до якої завдяки доступу до послуги можна врятувати життя, запобігти абовилікувати хвороби, впливати на стан та якість життя пацієнта, зменшуючи показники смертності, інвалідизації та болю.
- 3. Економічна ефективність послуг** – порівняння вартості та досягнутих результатів різних заходів з профілактики, діагностики та лікування однієї і тієї ж хвороби. Послуги вважаються більш економічно ефективними, коли з меншою кількістю ресурсів можна отримати такі ж результати. Вибір послуг на основі економічної ефективності допомагає забезпечити більші переваги для здоров'я за наявні державні кошти. Переваги для здоров'я можуть бути виміряні у кількості випадків запобігання смерті, додаткових роках життя, покращенні функціонування та якості життя.
- 4. Захист домогосподарств від катастрофічних витрат на високовартісні послуги**, які могли би призвести до значних витрат домогосподарства чи навіть втрати майна чи виникнення боргу. Зазвичай, це послуги, які надаються рідко, але мають дуже високу вартість. Особливо це стосується послуг екстреної допомоги, коли у пацієнта немає можливості чекати або накопичити гроші для медичної допомоги. Водночас, послуги щодо хронічних станів, які вимагають від пацієнтів регулярно приймати ліки або проходити діагностичні тести, також із часом можуть призвести до накопичення значних витрат. Таким чином, вибір послуг, які будуть включені до ПМГ на основі ризику катастрофічних витрат, допомагає забезпечити рівний доступ громадян до медичних послуг, незважаючи на економічний статус, а також справедливість системи.
- 5. Справедливість доступу** означає, що всі громадяни мають однакову можливість користуватися медичною допомогою.
- 6. Побажання населення** визнають, що важливими є політична та соціальна прийнятність рішень щодо пріоритетів в охороні здоров'я. Особливо важливим для питання справедливості є вклад громадян та їхніх політичних представників.

Для подальшої операціоналізації зв'язку між гарантованими послугами та наявними ресурсами поступово буде запроваджено обрахунок вартості. Спочатку НСЗУ запровадить метод покрокового розподілу витрат «зверху донизу» для обрахування вартості гарантованого пакету послуг на основі наявних видатків та обсягів послуг, що забезпечують широкі категорії гарантованих послуг (первинна, екстрена, спеціалізована стаціонарна допомога, реабілітація та паліативна медична допомога), з урахуванням прогнозованих змін у вартості, включаючи будь-яке затверджене підвищення заробітної плати, потенційне підвищення ефективності та прогнозоване користування послугами. Коли фінансові ресурси дозволять, Міністерство охорони здоров'я та НСЗУ запропонують поступове збільшення обсягів гарантій медичної допомоги, обсягів раціоналізованих послуг та якості допомоги. Поступово, з покращенням якості даних з часом, НСЗУ почне використовувати метод «знизу-вверх» для обрахунку вартості послуг та покращувати аналіз, щоб вдосконалити методологію розробки сценаріїв витрат на гарантований пакет. При розробці гарантованого пакету медичних послуг та виділенні бюджету НСЗУ завжди існуватиме потреба у поєднанні методів «зверху донизу» та «знизу-вверх». ПМГ, включена у документ про держбюджет, представить бюджет НСЗУ у вигляді широких категорій послуг, що відповідатимуть різним методам оплати, та потребуватиме затвердження базових ставок або тарифів за рівнями медичних послуг, а не детальних переліків тарифів на послуги.

Україна розпочала роботу за цією новою системою, запровадивши чіткий позитивний перелік основних послуг ПМД та лікарських засобів, які чітко визначені у договорах з надавачами та ретельно повідомляються населенню. Поточний перелік послуг ПМД, що надаються безкоштовно, визначений Наказом Міністерства охорони здоров'я №504 (Табл. 1.1). Він містить 17 основних консультацій та процедур ПМД, що зосереджені на частих та хронічних станах, профілактичний скринінг, вакцинацію і охорону здоров'я матері та дитини. Він також включає вісім видів лабораторних та діагностичних обстежень: загальний аналіз крові з підрахунком лейкоцитів; загальний аналіз сечі; глюкоза в крові; загальний холестерин; вимірювання артеріального тиску; електрокардіограму; вимірювання ваги, зросту і талії; та експрес-тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ та вірусні гепатити. Ці послуги є значною мірою такими, що заклади первинної медичної допомоги вже надавали до цієї реформи, і будуються на більш ранніх реформах, розширюючи роль сімейної медицини та збільшуючи увагу на зміцненні здоров'я та профілактиці захворювань. Перелік послуг в межах гарантованого пакету здебільшого служить уточненням гарантованих послуг, які пацієнти мають отримувати безкоштовно під час відвідування ПМД.

Найбільше розширення прав на гарантії – це короткий, але чіткий і ретельно підібраний перелік лікарських засобів Програми «Доступні ліки», що була запроваджена у 2017 році (Наказ Міністерства охорони здоров'я №180, Табл. 1.1). До цього моменту не існувало явного права на призначені лікарські засоби, а наявність лікарських засобів, що забезпечувалися державним коштом, довільно регулювалася традиційною системою бюджетування та розподілу. Це створило, в поєднанні зі слабким ґрунтуванням призначень на доказових даних, серйозні фінансові бар'єри та перешкоди в доступі, особливо для малозабезпечених груп населення. Поточний перелік забезпечує державне охоплення 64-ма препаратами для амбулаторного лікування пацієнтів з діагнозом серцево-судинних захворювань, діабету 2 типу та бронхіальної астми. Нова система визначає пріоритетність державного фінансування основних лікарських засобів, але також забезпечує низький рівень відшкодування за рецептом, використовуючи механізм референтного ціноутворення з регульованими надбавками для роздрібною торгівлі.

Програма «Доступні ліки» вже заклала декілька важливих блоків для постійного розвитку національного переліку основних лікарських засобів, що покривається державним бюджетом. Спираючись на попередню роботу експертного комітету, що

був створений як дорадчий орган Міністерства охорони здоров'я, у лютому 2019 року Міністерство охорони здоров'я створило Департамент оцінки медичних технологій для оцінки ефективності, безпеки та економічної доцільності внесення лікарських засобів до переліку основних лікарських засобів. Починаючи з квітня 2019 року відшкодування коштів за Програмою «Доступні ліки» здійснюється НСЗУ, що посилює можливість всебічного потенціалу для стратегічної закупівлі медичних послуг і засобів.

6.3 | Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору

Як з точки зору охоплення населення, так і у витратних показниках законодавство України виражає тверду прихильність до інклюзивної системи охорони здоров'я зі справедливим доступом, що виходить за рамки амбіцій більшості інших країн, особливо в порівнянні з країнами аналогічного рівня економічного розвитку. Цей підхід також підтримує прозорість прав населення та адміністративну ефективність для державного управління, надавачів та пацієнтів.

Водночас, законодавство щодо амбітного покриття населення та витрат призводить до необхідності ретельно пропрацьованої стратегії та застосування інших механізмів раціоналізації. На сьогодні Україна орієнтується на основні послуги, які, як показують глобальні дані, є найбільш економічно ефективними та водночас підтримують справедливе споживання. Важливим буде розширення позитивного списку ПМД, тобто чіткого переліку гарантій медичного обслуговування, що надаються безкоштовно, та розробка змісту послуги ПМД ґрунтуючись на медичних протоколах та інших настановах. Для формування гарантованого пакету медичного обслуговування також знадобиться кілька інших політик, пов'язаних зі стратегічною роллю закупівель з боку НСЗУ. До них відносяться, наприклад, чітко визначені послуги, які будуть виключені зі списку тих послуг, що фінансуються державою у стаціонарах, та застосування часу очікування як механізму раціоналізації.

Інституційні функції щодо дизайну гарантій формально є добре розроблені в законодавстві, але питання розбудови потенціалу та практики ще належить розробити та інституціоналізувати. Щорічно НСЗУ розробляє пакет гарантій на основі принципів, визначених Законом про фінансові гарантії (див. вище) та пріоритетів Міністерства охорони здоров'я на наступний рік. Після затвердження Міністерством охорони здоров'я, а потім і Міністерством фінансів, він повинен бути затверджений Кабінетом Міністрів і остаточно прийнятий парламентом як частина щорічного закону про державний бюджет. Рівень деталізації в ПМГ змінюється разом із розширенням гарантій та механізмів закупівлі. Наприклад, маючи пріоритетні напрями надання стаціонарної допомоги на 2020 рік (інсульт, інфаркт міокарда, пологи та неонатальна допомога), в ПМГ включено чіткі критерії щодо вимог до укладення договорів, основні тарифи та обсяг послуг. З часу свого заснування НСЗУ керувала розробкою пакету гарантій, залучаючи широке коло зацікавлених сторін, включаючи департамент оцінки медичних технологій Державного експертного центру та експертний комітет з відбору та використання основних лікарських засобів. Ця робота багато в чому залежить від зовнішньої підтримки з боку партнерів з розвитку та потребує інституціоналізації для розбудови потенціалу в національних державних установах.

6.4 | Поточний вплив політик на цілі реформи

Закон №2168 має на меті пов'язати пакет гарантій з наявним фіскальним простором для скорочення незабезпечених зобов'язань. Стаття 4 визначає, що НСЗУ має фінансувати пакет гарантій у рамках щорічного державного бюджету для забезпечення фінансових гарантій охорони здоров'я. В Україні, як і в інших системах охорони здоров'я, які фінансуються із системи загального оподаткування, фіскальний простір для охорони здоров'я визначається як частина переговорного процесу щодо бюджету. Парламент прийняв⁵⁷ систему середньострокового бюджетного планування на три роки (2019-2021). У 2017 році Міністерство охорони здоров'я подало до Міністерства фінансів пропозицію щодо державних видатків на охорону здоров'я на 2018-2021 роки. Впровадження цієї системи дозволить НСЗУ мати середньостроковий план витрат, починаючи з 2019-2021 років.⁵⁸ Статтею 4 Закону також передбачено, що обсяг видатків державного бюджету, що виділяється на ПМГ, повинен становити не менше 5% ВВП.

Дизайн гарантій з точки зору фактичних послуг та їхнього розподілу дуже залежатиме від того, як розвивається надання послуг на місцях. Україна успішно запровадила права на гарантовані медичні послуги та реалізувала їх у логічній послідовності з цільовим підбором гарантованих послуг та фармацевтичних препаратів на основі раціональних критеріїв, що визначені законодавством. Однак для пацієнтів у цьому процесі важливим буде те, яким чином реалізується фактичне надання послуг. Ця залежність від розвитку реального надання послуг має місце у всіх країнах, але особливо актуальною вона є для України, оскільки фундаментальна реформа оплати послуг надавачів та надання самих послуг ще попереду. Наразі Міністерство охорони здоров'я розробляє бачення трансформації надання послуг до 2030 року, і це бачення важливо буде узгодити із фінансуванням системи охорони здоров'я та, зокрема, дизайном гарантій. Оскільки взаємодія з іншими напрямками реформи охорони здоров'я та державного сектору є дуже складною, наступні аспекти не є вичерпними, але є ключовими для ефективного дизайну гарантій в Україні.

Основною перешкодою для моніторингу та оцінки ефективності розвитку права на гарантії на місцях є відсутність об'єктивної інформації про те, який тип послуг надається, кому та в якому обсязі. Станом на даний момент опитування показали високу задоволеність якістю послуг, однак є дуже мало медичної інформації, яка могла би описати споживання послуг та якість медичної допомоги. Плани електронної системи охорони здоров'я стратегічно розроблені дуже добре, і мають потенціал для пом'якшення цієї проблеми. Однак, очевидна нестача самих базових даних щодо діагностики та споживання послуг, здається, є наслідком недовіри до старої паперової системи, від якої відмовилися ще до запровадження нової. Також існує ризик того, що впровадження буде найповільнішим в регіонах з найвищими потребами, оскільки ресурси місцевого бюджету впливатимуть на інвестиційні можливості (див. нижче).

Для розширення послуг, які пропонуються надавачами ПМД, можуть бути розроблені механізми контракування та оплати. З новою реформою щодо заключення декларацій та впровадженням капітації кардинально змінилися стимули для лікарів щодо того, скільки і кого вони мають приймати. Це було зроблено навмисно з метою підвищення якості та оперативності обслуговування. Значно менше змінилися стимули до розвитку та зміни змісту надаваних медичних послуг. Елементи ефективності в моделі оплати повинні підтримувати послуги щодо

⁵⁷ Проект закону про внесення змін до Розділу VI, Прикінцеві та перехідні положення Бюджетного кодексу України (щодо впровадження середньострокового бюджетного планування з 6 березня 2017 року. http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61294, станом на 2 вересня 2019 року, українською мовою).

⁵⁸ Зауважте, що НСЗУ почне закуповувати всю ПМГ лише у 2020 році. У 2019 році служба матиме обмежену роль щодо закупівлі послуг ПМД, тоді як інше державне фінансування охорони здоров'я продовжить здійснюватися за рахунок медичної субвенції місцевим органам влади та за рахунок центральних бюджетів міністерства.

зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. Також можуть бути розроблені договори, щоб покласти більше відповідальності на лікарів ПМД.

НСЗУ та, можливо, інші національні урядові органи мають продовжувати розширювати сферу ПМД. ПМД в її нинішньому вигляді, що переважно базується на лікарях загальної практики, є відносно новою формою надання послуг в Україні. Для розробки клінічних протоколів, розробки навчальних програм та перепідготовки було докладено багато зусиль. Це має тривати ще довго, оскільки профіль завдань ПМД все ще відносно вузький у порівнянні з країнами, що мають досконалішу загальну практику. З точки зору визначення гарантій, основні послуги для посилення в системі первинної медичної допомоги, включають: більш проактивне виявлення та ведення хронічних станів, інтеграцію виявлення та ведення випадків туберкульозу в громадах, інтеграцію та деінституціоналізацію послуг психічного здоров'я та, нарешті, інтеграцію із соціальною допомогою.

Відмінності в ресурсах місцевих бюджетів створюють різницю в необхідних передумовах між надавачами в заможних та бідніших регіонах, що потребує пом'якшення, тим більше, що ПМД має продовжувати брати на себе відповідальність. Базова капітаційна ставка в 370 гривень призначена для покриття поточних витрат (переважно зарплати). Незважаючи на те, що капітаційні надходження перебувають у розпорядженні керівництва закладу, і ніщо не заважає використовувати їх для інвестицій, багато закладів все ще покладаються на місцеві бюджети у питаннях нового обладнання або в потребах модернізації. Ці відмінності, ймовірно, посилюються різницею в відправних точках для закладів, оскільки було проведено об'єднання клінік шляхом передачі приміщень новій юридичній особі. Це був практичний підхід, який мінімізував бюрократію, але також призвів до нерівномірної відправної точки. Існує ризик, що на реальний зміст послуги в ПМГ впливатимуть наявні ресурси та відмінності в місцевих пріоритетах. Для зменшення цих відмінностей у середньостроковій перспективі ефективними можуть бути національні інвестиції в райони з малою кількістю ресурсів.

6.5 | Очікувані виклики

У 2020 році, коли НСЗУ почне закуповувати стаціонарні послуги, визначення пріоритетів та їхня раціоналізація буде складнішою, ніж на початкових етапах реформи. Протягом найближчих років саме в госпітальному секторі має відбутися більша частина раціоналізації ресурсів. Поряд з дуже потрібним генеральним планом надавача послуг, Україні потрібно стати більш вибірковою щодо того, які стаціонарні послуги будуть фінансуватися державою (детальніше про закупівлі стаціонарних послуг див. Розділ 5). Корисною, але недостатньо ефективною може бути стратегія розширення ПМГ на пріоритетні стани і для стаціонарних послуг. ПМГ, як інструмент визначення позитивного переліку гарантованого пакету медичної допомоги, набагато складніше використовувати для стаціонарних послуг. Необхідно використовувати й інші інструменти. Впроваджуючи вдосконалену систему оплати лікарняної допомоги за ДСГ, Україна опосередковано визначає дуже широкий пакет гарантій та перелік послуг, які ризикують зберегти надмірний розмір стаціонарного сектору із широким спектром недофінансованих послуг. Засобом вирішення цієї проблеми є обмеження обсягів за діагнозами (див. рекомендації щодо структурованих термінів очікування нижче). Їх можна застосовувати для збереження загального бюджету, але це не обов'язково буде раціоналізацією між різними видами послуг.

Чіткий, добре прокомунікований та реально профінансований пакет гарантій є ключовим фактором для усунення неформальних платежів, але це, у будь-якому випадку, потребуватиме часу. В Україні, як і в більшості країн Східної Європи, неформальні платежі є поширеною характерною ознакою користування медичними послугами. Середня сума, сплачена за послугу ПМД в Україні, оцінюється в 26 гривень (приблизно 50 євроцентів), тоді як спеціалізовані послуги, як правило, генерують більш високі платежі (наприклад, комп'ютерна томографія в середньому становить 261 гривню), але з великою розбіжністю залежно від виду послуги та географічного регіону. Маючи дуже прозорі права на отримання ПМД, які добре рекламуються в закладах ПМД і чітко зазначені як безкоштовні, неформальні платежі мають значно зменшитися з часом. Це також має бути підкріплено відносно добре профінансованою капітаційною оплатою, оскільки однією з найбільш часто заявлених причин неформальних платежів є низькі рівні зарплати медпрацівників. З кількох причин це буде складніше зробити для спеціалізованої допомоги (зокрема, для високоспеціалізованих стаціонарних послуг), де неформальні платежі частіші, а суми – вищі. Будувати прозору систему складніше, коли поширеними є формально платні послуги, і багато послуг потребують кілька дій та залучених фахівців. Звуження переліку спеціалізованих послуг, які будуть включені до гарантій, і посилення їх ефективності є важливими для забезпечення належної доступності державного фінансування. Прозорість права на отримання гарантій медичного обслуговування для забезпечення обізнаності громадськості може впливати на поступове зменшення неформальних платежів і за спеціалізовані послуги.

Здається, надавачі ПМД дуже швидко засвоїли, як працює нова система, тому капітаційні ставки та оплати потребуватимуть коригування, щоб уникнути феномену «зняття вершків», що може призвести до погіршення доступу для менш «вигідних» пацієнтів. Інтерв'ю з персоналом та керівництвом ПМД свідчить, що клініки знають, як максимізувати надходження при реєстрації пацієнтів. Коригування за статтю знаходиться на етапі планування. Вікове коригування наразі впроваджене, але може потребувати перегляду вікових груп. Капітаційна ставка ще не скоригована за соціально-економічними факторами, окрім коефіцієнту для медичного обслуговування в гірській місцевості, що, імовірно, не є ефективним способом задоволення потреби. Коригування за тягарем захворювання, яке частіше зустрічається в більш розвинених капітаційних системах (наприклад, Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups®), буде неможливим, доки електронна система охорони здоров'я не буде належним чином впроваджена та протестована. Тим часом, для оцінки можливих несприятливих наслідків відбору пацієнтів можуть бути проведені поодинокі оцінювання підписання декларацій в розрізі соціально-економічних груп та тягаря захворювання.

Існує ризик, що клініки, які швидко реагують, запровадять платні для пацієнтів послуги, які повинні бути включені до більш широкого пакету ПМД. Проблема, що властива послугам, які оплачуються за рахунок капітаційної ставки, полягає в тому, що, в залежності від регулювання, можуть створюватись стимули для надання лише тих послуг, які чітко зазначені в договорі. В Україні клінікам ПМД дозволяється стягувати плату з пацієнтів за все, що виходить за межі ПМГ. У той же час, потрібно ставити цілі щодо розширення зобов'язань ПМД щодо комплектності послуг при тому ж рівні капітаційної ставки, не запроваджуючи додаткові заохочувальні виплати за це розширення.

Масштабне підписання декларацій з лікарями ПМД є справжнім успіхом реформи, але щоб зберегти та наростити довіру до системи охорони здоров'я, потрібно вдосконалити технічну систему. Наразі 27,6 мільйонів осіб, що підписали декларацію, – це дуже велика

⁵⁹ «Обсяг неформальних платежів в Україні на рівні первинної медичної допомоги», 2018 р. Київ: Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії»; 2018 рік.

цифра, що становить велику частину населення країни, але, схоже, існує ризик подвійного підрахунку, оскільки база даних не пов'язана із жодним іншим реєстром населення. Це несе ризик не лише надмірних витрат з бюджету на оплату послуг ПМД за принципом капітації, а й також загрожує викликати недовіру до системи. В цілому, довіра населення до нової реформи є надзвичайно важливою, включаючи до здатності реформи уникати шахрайства, а тому такою важливою є надійність реєстру укладених декларацій.

6.6 | Рекомендації щодо політики

Розробка чітких прав на отримання медичних гарантій – це безперервні зусилля, і рухатися потрібно вперед одночасно із загальною реформою. Україна створила в НСЗУ важливі інституції, що організовані з конкретною метою. Департамент оцінки медичних технологій та Експертний Комітет з відбору та використання основних лікарських засобів традиційно відповідали за реєстрацію лікарських засобів та національний перелік основних лікарських засобів відповідно. Ці організації виконують важливі функції, які потребують значного розвитку також і поза питаннями лікарських засобів. Великі зусилля та фінансові ресурси повинні будуть інвестовані в розбудову їхнього інституційного потенціалу для наступної хвилі впровадження реформи. Нові механізми закупівель послуг вторинної та третинної допомоги у 2020 році є важливою можливістю для реформування стаціонарних послуг, шляхом обрання послуг для контрахтування відповідно до пріоритетів, зазначених у Законі №2168.

Система охорони здоров'я України потребує більше інформації про охорону здоров'я для моніторингу реформи та розвитку стратегічних закупівель, щоб знати, чи отримує населення заплановані гарантії медичної допомоги та чи покращується система шляхом раціоналізації дефіцитних ресурсів. Надійна структура та ретельно продумані процеси не можуть орієнтуватися у темряві. Виходячи з досвіду майже всіх інших країн, налагодження доброго функціонування електронної системи охорони здоров'я займе більше часу, аніж це передбачено планом. Це означає, що НСЗУ має планувати коротко- та середньострокові оцінювання, що включають стратегічні аспекти реформи. Цю роботу можна зробити силами зовнішніх партнерів, щоб уникнути зміщення уваги НСЗУ від руху вперед. *Оцінка ВООЗ Програми «Доступні ліки» в Україні⁶⁰* є прикладом такого оцінювання, однак для деяких оцінювань важлива наявність великої кількості даних.

Приклади оцінювання ПМД, які є необхідними в короткостроковому періоді для оцінювання ПМГ, і можуть бути проведені без наявності складної загальнодержавної електронної системи охорони здоров'я, є наступними:

- оцінювання розвитку видачі направлень на спеціалізовану та стаціонарну допомогу, щоб зрозуміти, чи розширюється сфера послуг ПМД та чи є функція «воротаря» ефективною;
- вимірювання традиційних індикаторів госпіталізації для станів, які можуть лікуватися амбулаторно, щоб зрозуміти чи покращується ефективність ПМД; і
- аналіз підписання декларацій з соціально-економічної точки зору або з точки зору тягаря хвороб, щоб розуміти хто отримує переваги від системи ПМД.

⁶⁰ Оцінка Програми «Доступні ліки» в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2019 рік (<http://www.euro.who.int/uk/publications/abstracts/evaluation-of-the-affordable-medicines-programme-in-ukraine-2019>, станом на 27 серпня 2019 року).

Отримання інформації про охорону здоров'я від ПМД має покращитись до того, як будуть введені елементи, що ґрунтуються на показниках ефективності роботи, у доповнення до капітаційної системи оплати послуг. Оплата за результатами діяльності міститься в стратегічних планах закупівель, що є можливим способом подальшого розвитку механізму оплат. Під час місії згадувався литовський досвід та практика. Дійсно, Литва має збалансовану комбінацію стимулів для ПМД, що спрямовані як на діяльність, так і на результати. Вона також має ретельно розроблений процес вибору індикаторів, до якого залучаються медики, особи, що розробляють політики, та міжнародна експертиза. Але реалізація подібних стимулів вимагає наявності даних, тому буде дуже важко впровадити їх в Україні найближчим часом. Крім того, хоча стимули за результатами діяльності мають чимало переваг над стимулами, що базуються на процесах, останні важко ефективно запровадити, якщо вони прив'язані до конкретних лікарів, що є основою капітаційної системи в Україні.

Уряд надав пріоритет швидкому впровадженню ефективних, часто застосовуваних, недорогих лікарських засобів, що було ефективним способом досягнення легких цілей. Пріоритети для подальшого та безперервного розвитку будуть дедалі складнішими. Розвинута оцінка медичних технологій з ґрунтовним використанням досвіду інших країн є важливою для зменшення робочого навантаження. Експертний Комітет з відбору та використання основних лікарських засобів також має розробити свої протоколи для складання переліку нових лікарських засобів та інформувати про те, як приймаються рішення стосовно додавання чи вилучення нових молекул. Крім того, слід продовжувати зусилля щодо підвищення раціонального призначення лікарських засобів, відповідального використання та розширення використання генериків.

Розширення пакету послуг ПМД є необхідністю для створення більш ефективної системи охорони здоров'я. Наказ Міністерства охорони здоров'я №504 про надання послуг ПМД (Таблиця 1.1) містить вичерпний перелік напрямів обслуговування ПМД, але клінічна реальність повинна цьому відповідати. Розширення діапазону послуг за межі того, що зараз роблять клініки ПМД, має набувати різних форм, деякі з яких залежать від знань та навичок лікарів, інші – від очікувань пацієнтів, а ще інші – від наявності технічного обладнання. Важливим інструментом є центри передового досвіду, які можна розширити за допомогою підготовки тренерів та навчання за принципом «рівний-рівному». Іншим конкретним і, поки що, недостатньо використовуваним інструментом є клінічні протоколи як засіб розширення та спрямування змісту послуг. Адаптовані матеріали Фінського медично-наукового товариства Duodecim можуть стати корисною основою, але у НСЗУ залишиться багато роботи з контекстуалізації інформації та підтримки клінік у її впровадженні. У довгостроковій перспективі слід розглянути можливість збільшення тривалості підготовки лікарів загальної практики, оскільки два роки спеціалізації є відносно коротким періодом у порівнянні з більшістю європейських країн.

Окрім визначення пріоритетних станів для стаціонарної допомоги, також необхідні додаткові інструменти для раціоналізації послуг стаціонарної допомоги, які фінансуються державою. В цілому їх можна представити у вигляді двох груп:

1. Перша, це **скасування тарифів на медичні послуги, які надаються на стаціонарному рівні та відшкодовуються державою.** Щоб цього досягти, необхідно розробити принципи за якими лікарняні послуги не мають контрахтуватися. Це складне завдання, що передбачає цілий спектр можливих критеріїв, деякі з яких потребуватимуть багато ресурсів та наявності інформації. Водночас, ці критерії можуть бути розроблені відносно

швидко, і за їх допомогою послуги можуть бути виключені за 2-3 роки з відносно невеликими негативними наслідками, наприклад: розробка/перегляд порогових значень для медичних доказів; запровадження жорстких вимог щодо медичних показань до лікування; виключення недорогих, нечастих (для окремого пацієнта) процедур (наприклад, більш прості елективні операції); виключення процедур, які можна провести в амбулаторних умовах, та інше.

2. Друга, це **розробка ефективних обмежень обсягів лікування станів, що не є загрозливими для життя**. Це стандартний механізм раціоналізації, який може призвести або до певного часу очікування на послугу або до надання послуги за рахунок приватних коштів. Найчастіше ці обмеження обсягів створюються неявно. Іноді вони створюються явно з бюджетної точки зору, але наслідки не передбачуються. Проте при ретельному відборі та моніторингу негативні наслідки можуть бути обмежені. Часові рамки є важливим інструментом; наприклад, обмеження обсягів можна встановити на місяць або на рік, залежно від типу послуги та потреби.

Для будь-якого з цих підходів корисно буде залишити здоров'я матері та дитини як послуги та групи населення, що мають високий пріоритет, а натомість розглянути пріоритетність роботи як можливість посилення цих груп. Також важливо, щоб ці політики розглядалися як доповнення до реформи структури мережі лікарень, що націлена на оптимізацію надмірного ліжкового фонду низької якості.



7. РЕЗЮМЕ КЛЮЧОВИХ ПОЛІТИЧНИХ ВИСНОВКІВ ТА РЕКОМЕНДАЦІЙ

На основі результатів огляду, представлених у попередніх розділах, команда ВООЗ та Світового банку сформулювала 11 рекомендацій щодо політики реалізації стратегії фінансування системи охорони здоров'я на 2016-2019 роки, майбутніх викликів та можливостей.

Висновок #1

Загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг.

ВООЗ та Світовий банк підтримують базову модель фінансування системи охорони здоров'я, запроваджену в Україні. Сутність цієї моделі полягає у створенні єдиного закупівельного агентства, Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка виступає державним страховиком в межах чітко визначеного гарантованого пакету медичних послуг, що фінансується із загальної системи оподаткування, та яка укладає договори про медичне обслуговування населення з державними та приватними надавачами медичних послуг. Для досягнення максимального ефекту від розподілу наявних ресурсів (з огляду на показники здоров'я, фінансового захисту, доступу, якості), НСЗУ використовує низку механізмів, таких як стратегічні закупівлі медичних послуг, контрахтування та стимулювання для здійснення впливу на поведінку надавачів медичних послуг. Цей підхід є радикально протилежним до колишнього пасивного кошторисно-постатейного бюджетного планування, яке засновувалося на історичних даних та зосереджувалося на фінансуванні ресурсів, таких як будівлі та штатний розпис, та фокусується на потребах населення та послугах. Очікується, що цей новий підхід послужить поштовхом до реконфігурації мережі надання та пропозиції послуг. Як і у випадку з будь-якою реформою, стикатися із складнощами під час впровадження є нормальною практикою. І такі складнощі не треба плутати з недоліками дизайну реформи.

Рекомендації щодо політики: Надавати політичну підтримку для продовження впровадження фундаментального переходу до системи єдиного платника, який здійснює стратегічні закупівлі медичних послуг відповідно до Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Закон 2168), щоб продемонструвати відчутні позитивні зміни для населення найближчими роками. Виклики, що з'являються, є нормальними для такої масштабної та всебічної трансформації системи і потребують коригування під час впровадження, але без шкоди для базового дизайну реформи.

**Висновок
#2**

Реформа фінансування системи охорони здоров'я добре узгоджується із загальними цілями розвитку України і, за умови її послідовної реалізації, вона також повинна принести дивіденди у вигляді поліпшення економічних результатів та забезпечення фінансової дисципліни.

Фінансування за рахунок загальних надходжень до державного бюджету є вдалим механізмом з економічної точки зору в умовах поточних реформ, зважаючи на цілі розвитку України, а саме: створення робочих місць та детінізація економічної діяльності. Крім того, така система фінансування дозволяє уникнути фрагментації та забезпечує сталість, шляхом зменшення залежності від коливань ринку праці. Україні вдалося уникнути пасток фінансування за рахунок податків, що утримуються із заробітної плати, адже це збільшує витрати на робочу силу і, таким чином, зменшує стимули для офіційного працевлаштування. Розмежування функцій закупівельника та надавача медичних послуг, створення НСЗУ як єдиного закупівельника, визначення пріоритетних пакетів медичних послуг та систем оплати дають можливість підвищити ефективність та підзвітність, що дозволить максимізувати ефективність використання державних коштів. Завдяки чіткому визначенню обсягу послуг, що гарантовано оплачуються державою, такий дизайн реформи також передбачає можливості для розвитку добровільного медичного страхування та зростання участі приватного сектору в наданні медичних послуг.

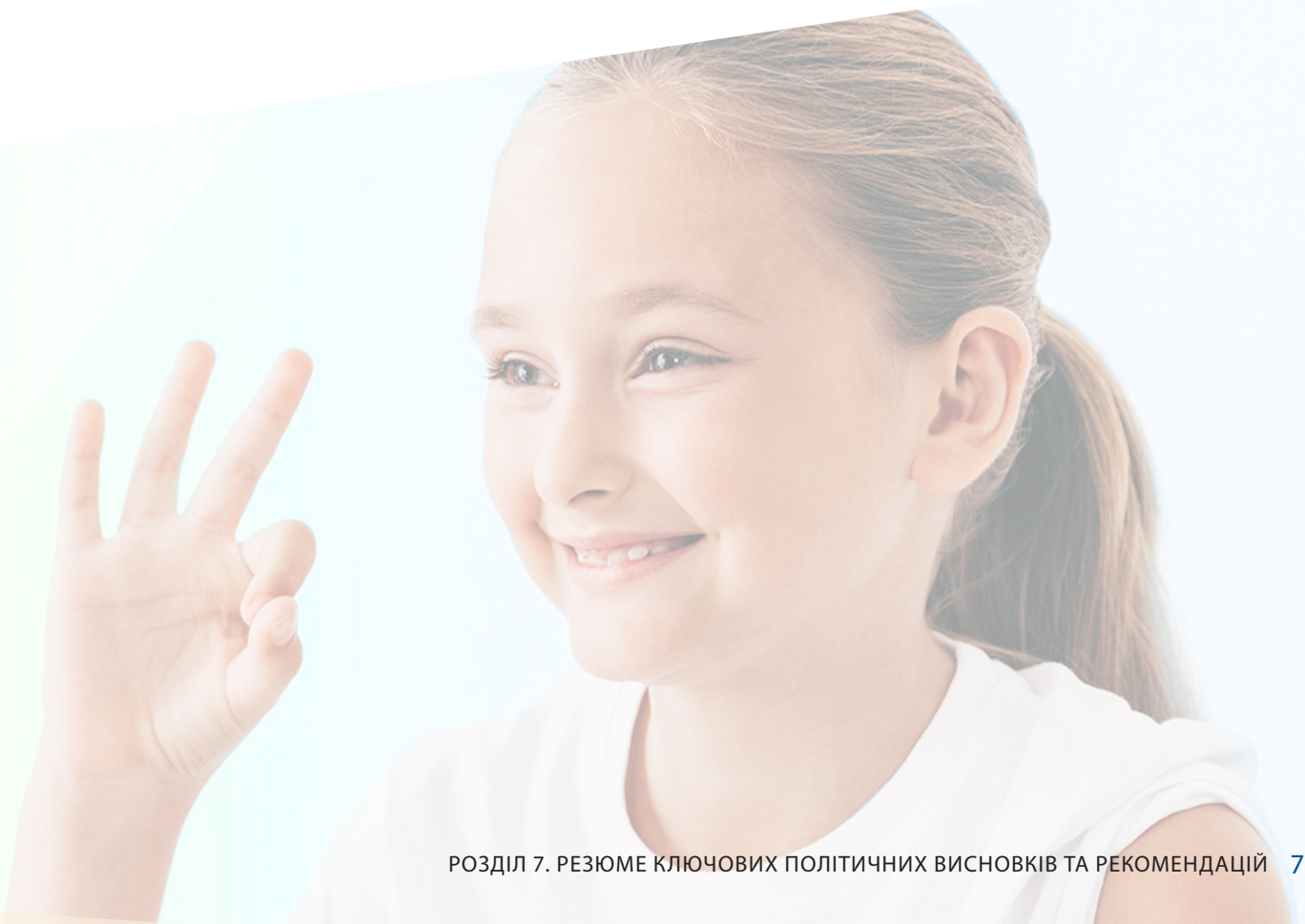
Рекомендації щодо політики: Продовжувати застосування діючої моделі фінансування системи охорони здоров'я за рахунок загальних надходжень до бюджету та пулінгу ресурсів в НСЗУ – єдиного закупівельника медичних послуг за гарантованим пакетом як у державних, так і у приватних надавачів, для досягнення максимальної ефективності використання державних коштів. Цей підхід добре узгоджується з існуючими економічними умовами та станом ринку праці в Україні.

**Висновок
#3**

Впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я відбувається успішно, її продовження може почати приносити відчутні переваги для населення найближчими роками

Зрушення реформи системи охорони здоров'я з «мертвої точки» та подолання інерції було монументальним викликом для багатьох країн, включаючи і Україну. Існує багато прикладів послідовно вибудованої та успішно реалізованої політики, включаючи затвердження концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на найвищому рівні; Закон 2168, прийнятий парламентом; створення, кадрове наповнення та розвиток потенціалу НСЗУ; перетворення надавачів первинної медичної допомоги (ПМД) на автономні суб'єкти господарювання; впровадження стратегічних закупівель та нових стимулюючих інструментів для надавачів послуг ПМД; розробка програми «Доступні ліки» та укладання договорів з аптеками; розробка нових механізмів оплати для лікарень; початок перетворення лікарень на автономні комунальні некомерційні підприємства та підготовка до укладання договорів з лікарнями. Цей прогрес відображає значні інвестиції та проведену роботу впродовж останніх трьох років. Тепер, коли реформа почала рухатися вперед, уповільнення або зміна курсу може призвести до знецінення інвестицій, що були здійснені за останні три роки. І тоді може знадобитися набагато більше часу, перш ніж вплив реформи стане відчутним.

Рекомендації щодо політики: Продовжувати впровадження реформи, щоб продемонструвати відчутні позитивні зміни для населення з точки зору збільшення охоплення та покращення послуг. Прийняття парламентом закону про Державний бюджет на 2020 рік з переліком гарантованих державою медичних послуг, в тому числі для вторинної та третинної медичної допомоги, зробить можливим безперебійне продовження реформи.



Однією з ключових причин успішного впровадження реформи на сьогоднішній день є стійкі політичні зобов'язання та якісні міжвідомчі відносини між Кабінетом Міністрів, Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України та Міністерством фінансів.

Міністерство охорони здоров'я відіграло та буде відігравати ключову роль у формуванні політики фінансування системи охорони здоров'я, а тому важливо продовжувати розвивати спроможності Міністерства охорони здоров'я у цій сфері для забезпечення послідовності впровадження стратегії. Окрім того, механізм контрактування надавачів послуг сам по собі в більшості країн виявився недостатнім для зміни конфігурації надання послуг та їх якості. Таким чином, важливими будуть ключові функції Міністерства охорони здоров'я щодо нагляду за наданням послуг, регулювання, моніторингу ефективності надавачів медичних послуг та запровадження процесів поліпшення якості. Аналогічним чином, роль Міністерства фінансів стала зразком у наданні підтримки реформі фінансування системи охорони здоров'я, веденні продуктивного діалогу щодо визначення пріоритетів та просуванні постійного зростання ефективності. Тісна співпраця керівництва Міністерства охорони здоров'я, НСЗУ та Міністерства фінансів має вирішальне значення для досягнення ключових показників, а тому важливо продовжувати розвивати та підвищувати експертизу цих установ у сфері охорони здоров'я та фінансів.

Рекомендації щодо політики: Політичні зобов'язання та добрі міжвідомчі відносини є основою майбутньої системи охорони здоров'я, а попередні тісні робочі відносини між відомствами є сильною стороною, яку необхідно зберегти. Уряд має продовжувати розвивати потенціал та механізми спільного розуміння пріоритетних цілей, підходів та рішень. Це вимагає одночасного інвестування в розвиток потенціалу та інституцій Міністерства охорони здоров'я та НСЗУ, а також спільного підходу до масштабних системних питань, таких як реконфігурація інфраструктури надання послуг, моніторинг ефективності надавачів та впровадження механізмів покращення якості. Аналогічним чином, важливо посилити новітній підхід бюджетування за визначеними пріоритетами, інвестуючи в розвиток потенціалу Міністерства охорони здоров'я, НСЗУ та Міністерства фінансів.

**Висновок
#5**

Зараз Національна служба здоров'я України є найважливішим провідником змін у системі охорони здоров'я. Для того, щоб вона відіграла ключову роль в подальшій трансформації системи охорони здоров'я України, потрібні постійний інституційний розвиток і нарощення її потенціалу.

Закон 2168 передбачає відносно чіткі функції Міністерства охорони здоров'я щодо формування політики та НСЗУ як виконавчої агенції. НСЗУ має належну організаційну структуру і почала розвивати свої основні функції у сфері стратегічних закупівель. Виклик наступного покоління – становлення міжрегіональних територіальних органів НСЗУ для побудови тісніших відносин з органами місцевого самоврядування, надавачами послуг та пацієнтами. Основні положення щодо зовнішньої підзвітності, визначені в законі про фінансування системи охорони здоров'я, є належними. НСЗУ опублікувала свій перший щорічний звіт, також основні показники ефективності доступні онлайн. Ця орієнтація на послугу та на результат є сильною стороною, на яку слід спиратися. Подальші інструменти підзвітності повинні бути запроваджені шляхом операціоналізації передбаченої Ради громадського контролю після того, як під координацією та наглядом з боку Кабінету Міністрів буде реалізована функція НСЗУ як закупівельника гарантованого пакету медичних послуг (тобто програми медичних гарантій). Паралельно із зовнішньою підзвітністю, ще одним викликом наступного покоління є розробка системи внутрішнього контролю на всіх рівнях.

Рекомендації щодо політики: Продовжувати інвестувати в інституційний розвиток та розбудову потенціалу НСЗУ шляхом нарощування експертизи у стратегічних закупівлях та укладанні договорів з надавачами медичних послуг, подальшого розвитку організаційної структури з міжрегіональними департаментами, продовження впровадження передбачених інструментів зовнішньої підзвітності та розробки системи внутрішнього контролю (наприклад, цілісності даних та контролю якості).

Загальна макрофінансова ситуація в Україні залишається складною. Як наслідок, підвищення ефективності матиме ключове значення для демонстрації результатів реформи. Реструктуризація лікарень є вкрай важливою як для реформи системи охорони здоров'я в цілому, так і для підвищення ефективності галузі зокрема.

Наступні роки реформа буде впроваджуватися в обмеженому фінансовому просторі. Щоб продемонструвати населенню відчутний ефект від реформи, державні кошти мають використовуватися краще, а тому підвищення ефективності матиме вирішальне значення. Найважливішим джерелом підвищення ефективності є реструктуризація лікарняного сектору. Україна не може дозволити собі утримувати лікарні з низькими показниками завантаженості та низькою продуктивністю. Ефективніше та безпечніше концентрувати ресурси в меншій кількості, але в кращих за якістю лікарнях і посилювати ПМД. Проведення реструктуризації лікарень потребує значного політичного консенсусу, підтримки та стійкості під час впровадження. Для цього, окрім змін у контрактуванні та стимулюванні, потрібна низка додаткових інструментів: майстер-планування, інструменти ліцензування, чіткий розподіл капітальних витрат та підтримка управління змінами на місцевому рівні. Важливо, щоб це був інклюзивний процес від розробки до етапу впровадження і щоб він проходив під керівництвом Міністерства охорони здоров'я за участі органів місцевого самоврядування, медичних працівників та представників громад. Крім того, додатково до реструктуризації лікарень важливо буде забезпечити підвищення ефективності за рахунок інших джерел: наприклад, за рахунок раціонального використання лікарських засобів, шляхом зменшення кількості зайвих госпіталізацій та забезпечення належних втручань (низьковитратних і високоефективних), які здійснені належним чином (без марної трати ресурсів) у належних закладах (на найбільш відповідному рівні медичної допомоги).

Рекомендації щодо політики: Почати впроваджувати політики, що сприятимуть підвищенню ефективності, приділяючи особливу увагу реструктуризації лікарень. Міністерство фінансів і Міністерство охорони здоров'я повинні забезпечити чітке представлення та обговорення низки політик підвищення ефективності під час річного бюджетного процесу, а їх запровадження повинне мати урядову підтримку. Для впровадження необхідних змін важливою буде загальна підтримка реформи стаціонарної допомоги з боку Кабінету Міністрів та регіональних адміністрацій.

**Висновок
#7**

Забезпечення загальної стабільності розподілу бюджету на охорону здоров'я матиме ключове значення для подальшого впровадження реформи системи охорони здоров'я і дозволить зберегти ресурси, отримані від підвищення ефективності, та перетворити їх на кращу якість охоплення та надання послуг.

Оскільки системні реформи починають генерувати заощадження, важливо, щоб вони реінвестувалися у сектор охорони здоров'я для покращення якості послуг, – наприклад, на збільшення доступності лікарських засобів, діагностики, лабораторій та покращення умов обслуговування. Помітне поліпшення послуг допоможе здобути підтримку для наступних етапів структурних реформ та загальну політичну підтримку від населення. Необхідною передумовою досягнення цього «доброчесного» кола позитивних наслідків є стабільний бюджет, що не зменшується. Якщо бюджет буде зменшено під час проведення структурних реформ, спрямованих на підвищення ефективності, то ці заощаджені кошти фактично будуть виведені зі сфери охорони здоров'я. Як наслідок, рівень охоплення медичними послугами, фінансовий тягар та стандарти медичного обслуговування залишаться на тому ж рівні, що і сьогодні, а це зменшить ентузіазм щодо подальших реформ та призведе до розчарування населення.

Рекомендації щодо політики: Відносно високий рівень інфляції призведе до зменшення купівельної спроможності бюджетних видатків. Міністерство фінансів має забезпечити незмінність подушових видатків у реальному вираженні, щоб уможливити передбачуваність фінансування та сприяти реалізації підвищення ефективності. Будь-які заощадження від підвищення ефективності слід реінвестувати в сектор охорони здоров'я для підтримки пріоритетних заходів. Додаткові бюджетні асигнування на систему охорони здоров'я мають бути співвіднесені з економічним зростанням та фіскальними умовами.

**Висновок
#8**

Фінансування в необхідному обсязі та визнання пріоритетною сфери громадського здоров'я (заохочення до здорового способу життя та попередження захворювань) і первинної медичної допомоги потребує захисту в межах бюджетного розподілу, щоб реформа стаціонарної допомоги не змістила фокус від важливості фінансування послуг на первинній ланці.

Обмежений фіскальний простір вимагатиме більш ретельного визначення пріоритетів у рамках бюджету на охорону здоров'я, що має відображати пріоритети державної політики у цій сфері. Витрати на ПМД значно зросли, що відображає зусилля з посилення медичних послуг на первинній ланці. Інтеграція послуг стаціонарної допомоги повинна здійснюватися поетапно відповідно до бюджетних ресурсів, щоб вона не загрожувала цим пріоритетам. Процес розробки та діалогу навколо закону про річний бюджет надасть можливість чітко визначити пріоритети в межах бюджетного розподілу. Як цього вимагає Закон 2168, починаючи з 2020 року, необхідно визначити та включити до бюджету програму медичних гарантій (медичні послуги, лікарські засоби та медичні вироби). Уряд уже визначив пріоритетні стани та послуги, включаючи вагітність та пологи; неінфекційні захворювання (астма, хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, діабет 2 типу та онкологія); та інфекційні захворювання (вакциноконтрольовані захворювання, ВІЛ, туберкульоз, гепатити В і С). Цей перелік ґрунтується на детальних критеріях (потреба в медичній допомозі, економічна ефективність та результативність послуг, захист від катастрофічних витрат, рівноправність доступу та преференції населення). Цей пакет має бути затверджений як частина закону про Державний бюджет на 2020 рік та в подальші роки, відіграючи важливу роль у підвищенні ефективності надання медичної допомоги за прийнятних витрат з держбюджету.

Рекомендації щодо політики: Затвердити закон про Державний бюджет на 2020 рік із переліком гарантованих медичних послуг, включаючи послуги вторинної та третинної медичної допомоги. Забезпечити відповідність гарантованого пакету медичних послуг встановленим критеріям: потреба в медичній допомозі, економічна ефективність та результативність послуг, захист від катастрофічних витрат, рівноправність доступу та преференції населення. Необхідно запровадити прозорий процес визначення та перегляду гарантованого пакету послуг, доповнивши його відповідним моніторингом та оцінкою. Потрібно захистити частку асигнувань на потреби громадського здоров'я та ПМД в межах бюджетного розподілу на сферу охорони здоров'я на найближчі роки та чітко визначити її як контрольний індикатор, який підлягає оцінці під час переговорного процесу щодо річного бюджету, а також під час аналізу виконання бюджету.

Висновок

#9

Органи місцевого самоврядування повинні відігравати важливу роль як власники установ і органи фінансування, проте необхідний подальший політичний діалог щодо того, яким чином узгодити децентралізовані функції з пріоритетами національної політики в галузі охорони здоров'я.

Чинний Бюджетний кодекс розширює податкові повноваження місцевих органів влади. Без ретельного моніторингу та своєчасних коригувальних заходів поточна політика фіскальної децентралізації може сама по собі призвести до менш справедливих (наприклад, примусове відключення електроенергії, занепад інфраструктури в бідніших регіонах) і менш ефективних витрат на охорону здоров'я (наприклад, придбання додаткового обладнання для закладів охорони здоров'я, яке може бути неперіоритетним) по всій країні. Існує низка інструментів для забезпечення узгодженості з національними планами та політиками, включаючи офіційні регіональні платформи для діалогу щодо пріоритетів у галузі охорони здоров'я, процедури місцевого майстер-планування та планування медичних послуг, уникнення дублювання функцій щодо фінансування системи охорони здоров'я, а також стимулювання активності органів місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я. В будь-якому разі необхідно запровадити перехідний план для поступового зміцнення регіонів з низькою фіскальною спроможністю та низьким рівнем видатків на охорону здоров'я з власних доходів, не лишаючи без уваги багатші регіони, які витрачають власні доходи на фінансування охорони здоров'я, включаючи надання послуг поза програмою медичних гарантій та фінансування заохочувальних програм для медичних працівників.

Рекомендації щодо політики: *Брати активну участь у політичному діалозі щодо того, як досягти узгодженості між пріоритетами національної політики в галузі охорони здоров'я та діями органів місцевого самоврядування як сторони, що виступає власником та фінансує заклади охорони здоров'я. Це передбачає діалог стосовно бажаної кінцевої моделі розподілу ролей щодо фінансування системи охорони здоров'я між Міністерством охорони здоров'я, НСЗУ та органами місцевого самоврядування таким чином, щоб ці ролі не дублювалися, а також стосовно процедур спільного визначення пріоритетів та планування.*

Стратегічні закупівлі, укладання договорів та нові фінансові стимули добре продумані і якісно розроблені, реалізація йде успішно; проте для досягнення змін у клінічній практиці на місцях необхідний ширший спектр інструментів, таких як інституціоналізовані механізми підвищення якості медичних послуг.

Закупівля послуг ПМД була першим кроком у запровадженні стратегічної функції закупівель в Україні через новостворену НСЗУ. Вперше населенню законодавчо надано право вибору лікаря ПМД; державні та приватні надавачі послуг ПМД мають рівні можливості брати участь у програмі медичних гарантій; державне фінансування ПМД є пріоритетним; запроваджено принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Менш ніж за рік 27 мільйонів, або 65% українців зробили вибір і підписали декларації з лікарями первинної медичної допомоги. НСЗУ розробила прозорі правила укладання договорів та фінансування надавачів послуг ПМД, а також уклала контракти з 1276 закладами для надання гарантованого пакету послуг ПМД. Аналогічним чином, НСЗУ готується запроваджувати договірні механізми з надавачами спеціалізованих амбулаторних послуг та з лікарнями, що базуватимуться на поєднанні глобальних бюджетів та стимулів, що ґрунтуються на показниках об'ємів надаваних послуг. Для демонстрації змін у клінічній практиці на місцях необхідний більш широкий спектр інструментів, що виходить за рамки лише фінансування і включає досягнення єдності стосовно бачення моделі надання медичної допомоги, механізмів поліпшення якості, моніторингу ефективності надавачів і порівняльного аналізу. Інформаційні системи та цифрові рішення нададуть можливості для їх реалізації, а впровадження системи електронного здоров'я має відбуватися швидко. Це величезний виклик наступного покоління, який потребує тісної співпраці між Міністерством охорони здоров'я та НСЗУ із залученням надавачів послуг та органів місцевого самоврядування.

Рекомендації щодо політики: Продовжувати зміцнювати модель стратегічних закупівель на всіх рівнях. Інвестувати в моніторинг якості та ефективності послуг. Зміцнювати потенціал НСЗУ та інтенсифікувати запровадження електронних систем для роботи зі зверненнями, відстежування показників ефективності надавачів, надання пріоритетних послуг, перенаправлень, виявлення зловживань та шахрайства, роботи з небажаними наслідками капітаційної системи виплат та здійснення моніторингу якості медичної допомоги. На рівні надавача: інвестувати в розбудову медичної інформаційної системи (електронні медичні записи), ефективне управління закладами охорони здоров'я та тренінги. На рівні Міністерства охорони здоров'я вдосконалити нормативно-правову базу, інструменти управління, а також запровадити системи моніторингу та забезпечення якості (ліцензування, акредитація, клінічні протоколи, клінічний аудит, безперервна освіта тощо). Розробити бачення майбутньої моделі надання медичної допомоги і відповідний план переходу до неї.

Висновок

#11

Для досягнення сталості реформи важливо забезпечити розподіл відповідальності за її проведення між основними зацікавленими сторонами, включаючи органи місцевого самоврядування, надавачів послуг та населення.

Перший етап реформи вимагав політичного лідерства та зусиль з його впровадження на національному рівні. Наступні етапи реформи, включаючи реструктуризацію лікарень та покращення якості медичної допомоги, потребуватимуть все більшої участі та спільних зусиль зацікавлених сторін на всіх рівнях. Для успіху реформи такий підхід потребуватиме збільшення зусиль у галузі комунікації з різними аудиторіями, щоб надавачі медичних послуг та населення були краще поінформовані та вимагали продовження реформи.

Рекомендації щодо політики: Відповідальність за впровадження реформи має бути інклюзивною. Органи, що впроваджують реформу, повинні шукати агентів змін на рівнях власників закладів та їх керівників, медичних працівників та їх об'єднань, а також інвестувати в зусилля із залучення громадян.



Європейське регіональне бюро ВООЗ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) - це спеціалізоване агентство Організації Об'єднаних Націй, яке було створене 1948 року, і чия головна функція полягає у вирішенні міжнародних проблем охорони здоров'я і охорони здоров'я населення. Європейське регіональне бюро ВООЗ є одним із шести регіональних бюро в різних частинах земної кулі, кожне з яких має свою власну програму діяльності, спрямовану на вирішення конкретних проблем охорони здоров'я країн, якими регіональне бюро ВОЗ опікується.

Країни-члени

Австрія
Азербайджан
Албанія
Андорра
Бельгія
Білорусь
Болгарія
Боснія і Герцеговина
Вірменія
Греція
Грузія
Данія
Естонія
Ізраїль
Ірландія
Ісландія
Іспанія
Італія
Казахстан
Кіпр
Киргизстан
Латвія
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нідерланди
Німеччина
Норвегія
Північна Македонія
Польща
Португалія
Республіка Молдова
Російська Федерація
Румунія
Сан-Марино
Сербія
Словаччина
Словенія
Сполучене Королівство
Таджикистан
Туреччина
Туркменістан
Угорщина
Узбекистан
Україна
Фінляндія
Франція
Хорватія
Чеська Республіка
Чорногорія
Швейцарія
Швеція

Всесвітня організація охорони здоров'я Європейське регіональне бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Ел. адреса: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int