

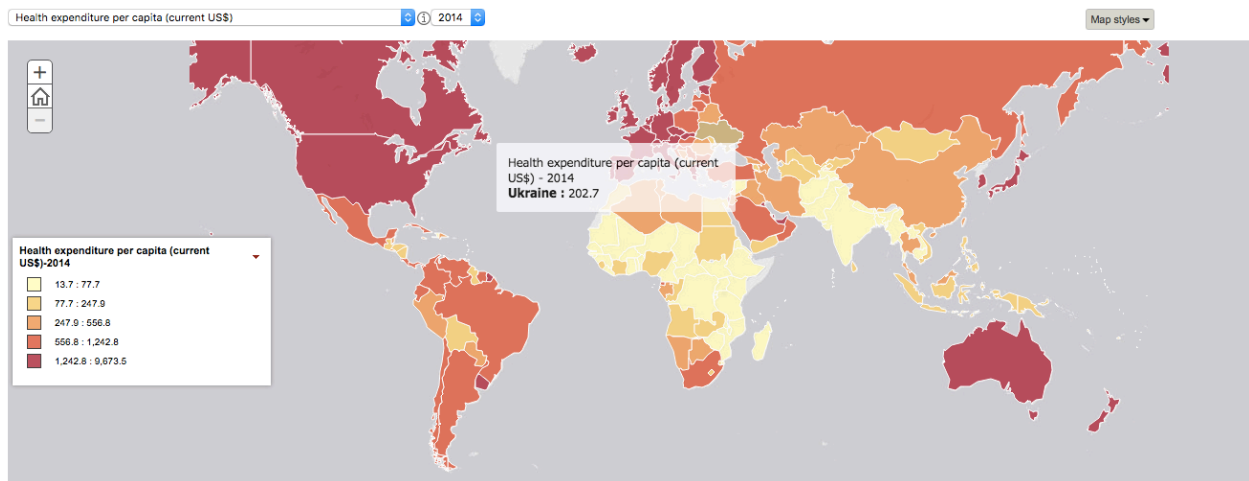
КОНТЕКСТ І ПРОБЛЕМАТИЗАЦІЯ

За 25 років незалежності система охорони здоров'я практично не реформувалась. Декларативно медицина вважається загальною і безкоштовною, механізми прямого державного фінансування і управління зберігаються. На практиці медицина не є ні безкоштовною, ні державною. Для пацієнтів це виливається в непередбачені та неконтрольовані витрати, а державні медичні заклади залишаються закритими для інвестицій.

Реформа повинна починатися з відмови від міфів та ілюзій. Необхідно будувати систему охорони здоров'я, виходячи з реалістичної оцінки фінансових можливостей громадян і держави.

Сукупні витрати на медицину в Україні – державні та out of pocket – складають трохи більше \$200 на особу на рік. Частки приватних та державних витрат приблизно рівні. В найближчому майбутньому ні держава, ні населення не зможуть суттєво збільшити ці витрати. В силу цього реформа охорони здоров'я повинна ставити на чільне місце різке підвищення ефективності системи за рахунок кардинальної зміни стимулів – як пацієнтів, так і медичних закладів. На даному етапі максимальну віддачу принесе вивільнення неефективно використовуваних ресурсів та включення ринкових механізмів при виробництві, фінансуванні та споживанні медичних послуг.

Витрати на охорону здоров'я у світі (\$ на душу населення)



Source: World Development Indicators

В контексті реформи прийнято обговорювати моделі розвинутих країн: Канади, Америки, Великобританії, Нідерландів, Франції, Ізраїлю. Всі ці країни витрачають на медицину в десятки разів більше коштів, ніж може собі дозволити Україна. Це унеможливує системне запозичення досвіду розвинутих країн.



Country	Health expenditure per capita (current US\$)	Health expenditure, public (% of total health expenditure)
United States	9403	48
Germany	5411	77
Canada	5292	71
France	4959	78
United Kingdom	3935	83
Israel	2910	61
Estonia	1248	79
Lithuania	1063	68
Hungary	1037	66
Latvia	921	63
Poland	910	71
Russian Federation	893	52
Romania	557	80
Kazakhstan	539	54
Azerbaijan	471	20
Belarus	450	66
Georgia	303	21
Moldova	229	51
Ukraine	203	51
Turkmenistan	187	65
Uzbekistan	124	53
Kyrgyz Republic	82	56

Source: World Development Indicators.

З практичної точки зору, Україні набагато важливіше прийняти до уваги досвід Грузії та Молдови, які за останні 10 років суттєво перебудували свою охорону здоров'я і повністю відмовились від «моделі Семашка».

На даному етапі немає сенсу обговорювати ідеальну модель – необхідно різко підвищити ефективність витрат – державних і приватних. Ми повинні знайти модель медицини на 200-250 доларів на особу на рік.

При заданому бюджетному обмеженні необхідно домогтися підвищення якості медичної допомоги, а також залучення в цю сферу сучасних інвестицій та технологій. У держави немає ні фінансових, ні управлінських можливостей для реалізації цих цілей, тому у нас просто немає іншого вибору окрім лібералізації системи, допуску приватних інвесторів в державні заклади і розвитку конкурентного ринку страхових медичних послуг.

Ринок приватних медичних послуг активно розвивається в Україні уже зараз. Приватні компанії надають широкий спектр медичних послуг від простої діагностики до стаціонарного лікування. На ринку добровільного медичного страхування можна знайти страхові продукти, які включають основні види медичної допомоги вартістю 2500-3000 гривень на особу на рік. Практично стільки ж витрачає на одну особу на рік

держава. Теоретично, держава могла б придбати за ці гроші приватну страховку для всього населення.

На даному етапі 100%-не покриття населення державними страховками неможливе, оскільки частина державних грошей витрачається на здійснення функцій, які неможливо скоротити. Крім того, у відповідності до рекомендацій ВООЗ, необхідно забезпечити універсальний доступ населення до первинної допомоги, що є особливо важливим для сільських районів.

Наша політика повинна бути направлена на максимальне скорочення прямих державних витрат. Ми повинні залишити тільки те, що дійсно потребує державної координації та інтервенцій: програми по ВІЛ, туберкульозу, вакцинація, рідкісні орфанні захворювання. Всі ці програми повинні бути орієнтовані на надання послуг, а не на утримання діючої мережі.

В тому, що стосується первинної допомоги, необхідно створити модель, при якій муніципалітет/об'єднана громада мають фінансові та юридичні механізми створювати у себе дільниці первинної та невідкладної допомоги і мати можливість змінювати лікаря та стимулювати якість його роботи через різноманітні фінансові механізми.

Якщо на реалізацію цих цілей нам вистачить \$50 на особу на рік, то для 50% населення ми зможемо закуповувати страховки з розрахунку 2500 гривень на особу на рік.

ЦІЛІ

Створити в Україні сучасну систему охорони здоров'я, відкриту для сучасних технологій та інвестицій.

Створити систему доступного медичного страхування. Направити бюджетні кошти на адресну купівлю страховок для незахищених верств населення.

Система повинна бути фінансово реалістичною: тобто близько 3% ВВП державних коштів і 3% ВВП приватних.

РІШЕННЯ

Створення системи охорони здоров'я, що складається з трьох взаємопов'язаних елементів.

1. Державні програми
2. Первинна медична допомога, яка управляється громадами/муніципалітетами
3. Медичне страхування

Послуги населенню:

Safety net	Страхова медицина
<p><u>Медичні послуги, які надаються безкоштовно або переважно безкоштовно</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Швидка медична допомога • Первинна медична допомога • Невідкладна медична допомога • Цільові програми по соціально значущих захворюваннях HIV/ ТВ /гепатит/ вакцинація • Безкоштовні страховки для незахищених верств населення* 	<p><u>Застраховані особи отримують послуги безкоштовно у відповідності до страхового пакету</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Мінімальний страховий пакет повинен включати всі основні медичні ризики і пов'язані з ними витрати на лікування, включаючи: онкологію, серцево-судинні, травми. • Вартість мінімального пакета не повинна перевищувати 3000 гривень на застраховану особу на рік. • Роботодавці повинні мати податкові та інші стимули для централізованого страхування співробітників та членів їх сімей.

*Можуть включати різні групи в залежності від можливостей та пріоритетів. Наприклад, в Молдові це всі діти до 18 років, пенсіонери, вагітні жінки.

Цілі та етапи реформ за напрямками

	Державні програми	Первинна допомога	Медичне страхування
Цілі	<p>Створення сучасної та ефективної системи управління державними програмами в сфері громадського здоров'я на базі кращих світових практик.</p> <p>Створення ефективної системи моніторингу здоров'я населення та якості надання медичної допомоги.</p> <p>Розробка та реалізація програм для подолання епідемій ВІЛ, туберкульозу, гепатиту.</p>	<p>Створення системи муніципальної охорони здоров'я, яка базується на створенні лікарських відділень, наближених до місця проживання громади.</p> <p>Організація та управління первинною медичною допомогою переходить до громади.</p> <p>Лікар, який працює в первинній ланці, разом з помічниками може обслуговувати</p>	<p>Створення системи доступного медичного страхування.</p> <p>Створення ринку медичного страхування, а не ринку платних медичних послуг.</p> <p>Ми прагнемо, щоб страхові компанії несли страховий ризик, інвестували в Facilities, сучасні технології та людські ресурси для надання медичної допомоги.</p>

	Перехід на програмно – цільові методи фінансування.	дільницю 1500–4000 чоловік, яка включає доросле населення та дітей в залежності від особливостей і бажання громади.	
Основні функції	<ul style="list-style-type: none"> • Статистика • Моніторинг та оцінка • Ліцензування, акредитація • Вакцинація • Соціально-значущі інфекції: ВІЛ, туберкульоз, гепатит • Питання здоров'я та навколишнього середовища • Рідкісні орфанні захворювання • Розробка та реалізація програми з покращення здоров'я населення, наприклад підвищення якості води, зменшення кількості солі в хлібові і т.д. 	<ul style="list-style-type: none"> • Первинна медико-соціальна допомога • Невідкладна допомога • Парамедицина • Медичні процедури – крапельниці, уколи, забір аналізів • Контроль за хронічними захворюваннями • Виявлення хворих на ВІЛ, туберкульоз, гепатит – направлення на лікування. • Профілактика та раннє виявлення онкологічних захворювань • Жіноче здоров'я • Вакцинація 	<p>Мінімальний страховий пакет, не може включати менше, ніж певний набір послуг, включаючи серцево-судинні захворювання та онкологію.</p> <p>Страхова компанія сама ініціює та продає розширення до пакету послуг.</p> <p>Вартість страховки може відрізнитися за статеві-віковими коефіцієнтами.</p> <p>Страхова компанія не має права відбирати клієнтів, відмовляти в страхуванні через стан здоров'я пацієнта або його вік.</p> <p>Такий же мінімальний пакет держава купує або ко-фінансує для пільгових категорій.</p>
Джерела фінансування	Державний бюджет, донори, місцеві бюджети	Держбюджет - через цільову субсидію громадам на реалізацію цих повноважень <u>Ко-фінансування:</u> громада, спонсори, підприємства, добровільне ко-фінансування населення	Державний бюджет Населення Страхові компанії

<p>Необхідний обсяг фінансування з бюджету</p>	<p>X % від ВВП</p> <p>Необхідно вкластися в \$40 на особу</p>	<p>X % від ВВП</p> <p>\$10 на особу на рік \$8 - на утримання дільниці, \$2- на навчання та супровід.</p> <p>Якщо ми візьмемо 200 гривень на особу на рік, то у випадку з дільницею на 2500 осіб, бюджет лікарського відділення складе 500 000 гривень (200 X 2500) на рік;</p> <p>У випадку з дільницею на 4000 осіб, бюджет відділення складе 800 000 гривень на рік.</p> <p>Цього повинно вистачити на утримання відділення, лікаря, 2-4-х помічників і заробітну плату лікарю в районі 15 000 гривень на місяць.</p>	<p>X % від ВВП</p> <p>20% населення застраховано безкоштовно, 40-50% - страховка ко-фінансується державою.</p> <p>Вартість мінімального страхового пакета на одну застраховану особу повинна знаходитись в межах 3000 гривень. Держава (ко-) фінансує страховки вразливим верствам населення. Акцент – на ко-фінансування через сімейні пакети, і тільки у самому крайньому випадку повне фінансування.</p> <p>Потрібно обговорити стимули для роботодавців здійснювати централізоване страхування працівників та членів їх сімей</p> <p>Можливі податкові вирахування для громадян, які самостійно фінансують страховку своїм близьким, які відносяться до пільгових категорій.</p>
<p>Задачі реформ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Створення сучасної системи оцінки стану здоров'я населення. • Перехід від утримання мережі до закупівлі послуг, 	<ul style="list-style-type: none"> • Створення системи первинної медичної допомоги на рівні громади. • Створення механізмів 	<ul style="list-style-type: none"> • Створення системи, при якій приватні страхові компанії стають повноцінним гравцем на ринку, мають можливості та стимули

	необхідних для реалізації цілей програм	створення та фінансування таких практик <ul style="list-style-type: none"> Залучення громади до прийняття рішень по вибору лікаря, оцінки якості його роботи, добровільного ко-фінансування 	інвестувати в технології, будувати та купувати медичні Facilities, контролювати зростання витрат на медичні послуги <ul style="list-style-type: none"> Зниження витрат на медичну допомогу для населення
Етапи реформ	<p><u>1-ий етап – перший рік</u></p> <p>Створення Центру громадського здоров'я - інтелектуально-аналітичного «штабу» на базі регіональних центрів статистики. Набір та навчання фахівців. Розробка програм по ВІЛ, туберкульозу, гепатиту.</p> <p><u>2-ий етап – другий рік</u></p> <p>Перехід на змішане фінансування – частина витрат покривається через бюджет, частина як оплата за послуги. Допуск приватних закладів та профільних NGO на ринок послуг</p>	<p><u>1-ий етап – перший рік</u></p> <p>Створення мінімального пакета послуг для такої практики. Кваліфікаційні вимоги до лікарів. Розробка програми навчання, сертифікації. Пілотування в декількох різнотипних громадах України.</p> <p><u>2-ий етап – другий рік</u></p> <p>Передача громадам/ муніципалітетам цільової субсидії на надання первинної медико-санітарної допомоги з заключенням договорів на надання цих послуг з приватними постачальниками послуг,</p>	<p><u>1-ий етап – перший рік</u></p> <p>Відміна нормативних документів, які регулюють штатний розклад, нормують трудове навантаження, встановлюють заборону на легальний збір плати за послуги. Відмінюються ліжко-дні та інші показники, які не мають сенсу, для розрахунку фінансових потреб установи. На цьому етапі установи, які надали необхідну державі інформацію, отримують фінансування, виходячи з бюджету, що склався.</p> <p><u>2-ий етап – другий рік</u></p> <p>Створення механізмів, при яких страхові компанії можуть легально закуповувати медичні послуги/ пакети медичних послуг певного типу та якості в державних медичних закладах.</p>

	<p><u>3-ій етап – третій рік</u></p> <p>Перехід на 100%-у закупівлю послуг. Оптимізація мережі у відповідності з попитом.</p>	<p>співробітниками закладів інших громад. Впровадження за принципом один муніципалітет – одне відділення</p> <p><u>3-ій етап – третій рік</u></p> <p>Масове впровадження. Інтеграція в систему громадського здоров'я та страхову медицину.</p> <p>Якщо лікар первинної ланки добре працює з населенням, страхові компанії можуть пропонувати страхові продукти дешевше з урахуванням того, що певна частина медичної допомоги людям надається і вони отримують контрольований пул.</p> <p>СК можуть призначати лікарю премії за певні дії та заходи, які дають змогу знизити витрати на лікування по застрахованому пулу. Таким же чином лікар може отримувати додаткові доходи за надання послуг по програмах громадського здоров'я або при досягненні якихось цільових показників.</p>	<p><u>3-ій етап – третій рік</u></p> <p>Приватизація. Установи приватизуються переважно страховими компаніями і трудовими колективами.</p>
--	---	--	--

Швидка медична допомога

Можливі принципово різні підходи до організації швидкої допомоги.

Вона повинна бути безкоштовною або майже безкоштовною для населення.

Вона може управлятися централізовано, може бути віднесена до повноважень муніципалітетів та/або бути частиною страхової медицини. Для знаходження оптимального рішення потрібен додатковий аналіз.

За попередніми розрахунками потрібно виходити з цифри \$10 на особу на рік. Тим не менше, уже зараз зрозумілі кроки, які потрібно виконати для початку реформи:

1-ий етап – перший рік

Розділення функцій замовника та виконавця послуги.

Визначення послуги, мінімальних вимог до якості та параметри виконання. Час на добирання, обладнання, навички команди.

Перехід на оплату за виїзд: наразі його приблизна вартість – біля 500 гривень. Якщо включити всі витрати на швидку допомогу, ця цифра може збільшитися вдвічі, що зовсім немало з огляду на ринок.

2-ий етап – другий рік

Відкриття ринку для приватних гравців та конкуренції.

Необхідно паралельно пропілотувати декілька моделей:

- Передача ділянок на обслуговування приватним компаніям.
- Передача станцій під управління приватних компаній.
- В тих містах, де налагоджена диспетчеризація, пропілотувати систему на кшталт Uber. Автомобілі швидкої допомоги будь-якої форми власності акредитуються в системі і отримують виклики, приймає їх той, хто хоче і може і знаходиться ближче. Вибір відбувається «всліпу», за адресою, і тільки після прийому замовлення провайдер отримує інформацію про пацієнта і про характер проблеми.

3-ій етап – третій рік

Вибір найбільш ефективної моделі.

Затвердження стандартів – маршрутизації – системи оцінки якості послуги.

Правила до акредитації.

Вимоги до навичок команди – програма навчання та перенавчання, система планової перевірки знань та якості надання послуг.