

Національний університет "Кієво-Могилянська академія"  
Кієво-Могилянська школа врядування  
Кафедра суспільного врядування

2018/2020 навч. рік  
Соболь Д.С.  
Матола Н.В.

**Аналітична записка**

Запровадження ефективної моделі фінансування спеціалізованої медичної допомоги

**Анотація**

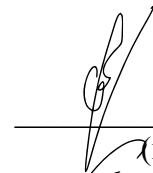

**Замовник:** Міністерство охорони здоров'я України

**Мета вирішення проблеми:** Забезпечення прав на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, гарантованих ст. 49 Конституції України.

**Рекомендований варіант політики:** Запровадження державного соціального медичного страхування.

**Відхилені варіанти політики:** Збереження чинної політики (status quo), Запровадження загальнообов'язкового медичного страхування на основі приватно-державного партнерства.

Ця Аналітична записка – результат нашої власної роботи, вона була написана нами самостійно без співпраці з ким-небудь. Ми даємо згоду на те, що цю Аналітичну записку можна безоплатно використовувати в повному обсязі або частково для публікації он-лайн, в електронному вигляді та для адаптації в навчальних цілях.

 _____ (підпис)	Соболь Д.С. _____ (ПБ)
 _____ (підпис)	Матола Н.В. _____ (ПБ)

## **1. Визначення проблеми, придатної для аналізу політики**

1.1. Формулювання проблеми: Запровадження ефективної моделі фінансування спеціалізованої медичної допомоги.

1.2. Замовник аналізу: Замовником даного аналізу є Міністерство охорони здоров'я України. Так як відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» МОЗ України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також забезпечує формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення. [1]

### 1.3. Симптоми проблеми

Система охорони здоров'я є одним з найважливіших чинників забезпечення безпеки та добробуту населення. Тривалий період національна система охорони здоров'я спиралась на командно-адміністративну модель управління, що в нинішніх умовах є застарілою, показала свою неефективність в сучасних умовах. Не включає об'єктивної оцінки реального обсягу та якості медичних послуг, не здатна задовольнити потреби галузі. Як наслідок, більша частина медичної інфраструктури є застарілою, а медична галузь, є однією з недооцінених з точки зору оплати професій.

#### 1.3.1 Опис симптомів

По-перше, через неефективну систему фінансування, заклади охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги лишались недофінансуваннями, медична інфраструктура застарілою, робота працівників медичної галузі низькооплачуваною.

По-друге, неефективне використання фінансових ресурсів держави. Фінансування закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги відбувалось за кількістю ліжокмість та терміну госпіталізації. Без врахування якості пролікованого випадку та результату госпіталізації.

По-третє, низька якість надання медичних послуг спеціалізованої медичної допомоги. Розподіл фінансування за територіальним принципом - заклади охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги отримують фінансування виходячи з кількості населення за територією обслуговування. Що не спонукає орієнтуватись на потреби пацієнта, якість наданих послуг, призводить до відсутності здорової конкуренції за пацієнта.

#### 1.3.2 Причинно-наслідкові зв'язки

Тривалий період система фінансування спеціалізованої ланки медичної допомоги здійснювалась за рахунок надання субвенцій у вигляді міжбюджетних трансферів для надання медичних послуг за місцем обслуговування населення. Та зосереджувалась на утримання медичних установ з розподілом фінансування за кількістю ліжокмість, при цьому слабо враховуючи реальні потреби пацієнтів.

Приміром, за кількістю ліжокмість Україна впевнено утримувала лідируючі позиції в Європі, а середня тривалість госпіталізації пацієнта сягала 11,8 днів на один випадок. Разом з тим середня тривалість життя сягала значно нижчого показника, ніж в країнах Європи. [2]

### 1.3.3 Доказова база

Система охорони здоров'я довгий час лишалась громіздкою та застарілою, базуючись на радянській моделі Семашка з жорсткими процедурами управління та фінансування. З плином часу відбулась зміна тенденції типів захворювань населення, з якими стикаються заклади охорони здоров'я. Якщо в XIX ст. переважали випадки гострих станів, які передбачали оперативне та невідкладне реагування на випадки захворювання, так зване "гасіння пожеж" – як-то спалахи холери, віспи, кору та ін. В сучасному світі, через розвиток медичної галузі, системи громадського здоров'я – заклади охорони здоров'я все частіше стикаються з хронічними станами, так звані "гліючі випадки", наприклад серцево-судинні захворювання, діабет, онкологічні хвороби тощо. Таким чином, модель Семашка в умовах сьогодення втратила свою ефективність і стала тягарем для системи охорони здоров'я.

На фоні цього спостерігалась катастрофічна ситуація з фінансовою незахищеністю пацієнтів. Загальний обсяг (сума державних та приватних) витрат на охорону здоров'я в Україні у 2014 році становив 7,4 відсотка валового внутрішнього продукту. [2]

У 2014 році державні витрати в сфері становили лише 51,7 відсотка, незначні додаткові платежі було покрито шляхом приватного медичного страхування та міжнародної донорської підтримки. Майже 46 відсотків витрат (або понад 54,1 млрд. гривень) було сплачено безпосередньо пацієнтами з власних кишень в момент отримання медичних послуг або придбання лікарських засобів. [3]

Варто констатувати, що Україна протягом останніх десятиліть суттєво відстає від європейських сусідів за рівнем тривалості життя та лідирує за рівнем смертністю у випадках, які можливо було попередити. При цьому на утримання закладів охорони здоров'я та фінансування послуг охорони здоров'я витрачалась значна частина ВВП. Разом з тим, рівень ВВП на душу населення в паритеті купівельної спроможності є суттєво нижчим ніж в сусідніх європейських країнах.

## 1.4. Законодавча й інституційна база у сфері, де спостерігаються вказані симптоми

### 1.4.1 Законодавча база реалізації чинної політики

Нормативно-правова база у цій сфері регулюється Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, законами України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про страхування». Крім того, основним інституційним документом дослідження є Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» (документ можна знайти у додатку №1) [5]

Для вирішення поставленої проблеми виникає необхідність в розробці законопроекту та підзаконних актів.

### 1.4.2 Інституційна база реалізації чинної політики

Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України. [1]

Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, а також виконавчі комітети сільських, селищних і міських рад реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законами України "Про місцеві державні адміністрації", "Про місцеве самоврядування в Україні"[9,10]

Місцеві державні адміністрації в межах своїх повноважень здійснюють виконавчу владу на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці, а також реалізують повноваження, делеговані їй відповідною радою. Серед галузевих повноважень місцевих державних адміністрацій можна виділити такі повноваження у сфері охорони здоров'я:

реалізують державну політику в галузі охорони здоров'я; здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я; вживають заходів щодо збереження мережі закладів охорони здоров'я та розробляють прогнози її розвитку, враховують їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку; вживають заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації; організують роботу медичних закладів з надання допомоги населенню, надають у межах повноважень встановлені пільги і допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей [10].

### 1.5. Масштаб проблеми

Проблема є всеукраїнського масштабу, так як її симптоми торкаються не лише медичної сфери, адже охорона здоров'я є одним з найголовніших чинників забезпечення безпеки та добробуту населення.

Існуюча система фінансового забезпечення спеціалізованої медичної допомоги є неефективною, не дає змоги проводити зміни в галузі надання спеціалізованої медичної допомоги відповідно до потреб пацієнтів і забезпечує стійкість неефективної системи при неможливості оцінки ефективності використання ресурсів та призводить до фінансового навантаження на пацієнтів.

### 1.6. Новизна проблеми

Проблема для України не є новою. Існує тривалий період, але досі не мала ефективного вирішення, що спричиняє нагальність пошуку рішень.

### 1.7. Опис механізмів та інструментів чинної політики

Для забезпечення ефективності формування та реалізації політики з фокусом на результативність слід використовувати комплекс інструментів правового, економічного, організаційного, інформаційного та освітнього характеру.

Крім того, використання цього комплексу інструментів має ґрунтуватись на якісному прогнозуванні та узгоджуватись з загальнодержавними інтересами.

### 1.8. Нагальність вирішення (що буде, якщо не вирішувати)

Країна втрачає кошти підтримуючи неефективну систему фінансування, рівень надання послуг спеціалізованої медичної допомоги продовжує бути низьким, інфраструктура галузі потребує оновлення, рівень результативності лікування при високій собівартості є низькою, високе фінансове навантаження на пацієнта. Беручи до уваги нинішню економічну ситуацію, постає питання швидкого пошуку шляхів трансформації системи фінансування послуг спеціалізованої медичної допомоги.

## 2. Мета вирішення проблеми

### 2.1 Формулювання мети вирішення проблеми (за необхідності вказати відповідні завдання політики як конкретизації цілей).

Забезпечення прав на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, гарантованих ст. 49 Конституції України, шляхом запровадження ефективної моделі фінансування спеціалізованої медичної допомоги.

Очікувані результати (й одночасно цілі):

- Фінансовий захист пацієнтів - зниження фінансового навантаження та недопустимість катастрофічних витрат.
- Універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги.
- Прозорість і підзвітність у використанні публічних коштів.
- Ефективність - максимально висока віддача від вкладених ресурсів.
- Вільний вибір - можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби.
- Конкуренція постачальників - залучення постачальників медичних послуг усіх форм власності.

2.1.1 Показники (індикатори) результативності (кожній цілі (завданню) має відповідати свій індикатор результативності або система індикаторів – якщо один індикатор не розкриває всі суттєві аспекти цілі.

- 1) Зниження фінансового навантаження на пацієнтів.
- 2) Забезпечення доступу до гарантованих державою пакету послуг для всіх, хто їх потребує.
- 3) Недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань та ролей серед усіх сторін взаємодії, відкритість та прозорість в закупівлі медичних послуг.
- 4) Забезпечення кращої якості та доступності послуг для пацієнтів, закупівля медичних послуг на основі відповідності якості та доказовості їх ефективності.
- 5) Вільний вибір пацієнтом надавача медичних послуг, який найкраще задовольняє потребам.
- 6) Рівність в доступі до ринку всіх надавачів медичних послуг, що відповідають критеріям якості.

2.1.2 Критерії досягнення цілей (критерій визначає конкретне значення індикатора результативності, яке вважається достатнім для визнання проблеми розв'язаною; кожному індикатору має відповідати свій критерій).

<b>Цільовий індикатор</b>	<b>Критерій (кількісний або якісний)</b>
Зниження фінансового навантаження на пацієнтів	Якісний медичний захист без фінансового стресу та необхідністю оплачувати необхідні медичні послуги з власної кишені
Рівність доступу до гарантованого пакету медичних послуг	Можливість отримання медичних послуг з гарантованого пакету всіма верствами населення
Недопустимість застосування корупційних схем, відкритість та прозорість в закупівлі медичних послуг	Ймовірність настання корупційного злочину незначна, а заходи контролю можуть запобігти уразливості
Якість	Контроль якості медичних послуг з боку суб'єкта закупівлі
Вибір постачальника медичних послуг	Можливість вільного вибору постачальника медичних послуг відповідно до потреб отримувача
Вільний ринок медичних послуг	Паритетність доступу на ринку медичних послуг всі постачальників

2.1.3 Обмеження (список обмежень має охоплювати будь-які ресурси, необхідні для реалізації альтернатив політики).

Основними обмеженнями або необхідними ресурсами для реалізації політики, є:

Бюджетні обмеження. Запровадження ефективної моделі фінансування спеціалізованої медичної допомоги потребуватиме:

- a. По-перше, пошук нових, більш ефективних моделей фінансування. Що в кінцевому результаті має призвести до економії бюджетних ресурсів;
- b. По-друге, пошук джерел диверсифікації надходжень в галузь, та об'єднання відповідних ресурсів у достатньо потужні пули, здатні забезпечити належний рівень солідарного захисту людей у разі хвороби та належну ефективність управління зібраними для фінансування охорони здоров'я ресурсами.
- c. По-третє, затвердження єдиного тарифу, за яким постачальник медичних послуг отримує компенсацію за надану послугу спеціалізованої медичної допомоги. Що в свою чергу дозволить впроваджувати більш ефективно бюджетне та фінансове планування.

Часові обмеження.

Проблема запровадження ефективної моделі фінансування спеціалізованої медичної допомоги за новим механізмом у повному обсязі для всіх закладів охорони здоров'я передбачає терміновості у її вирішенні. Адже обмежена часовими рамками впровадження трансформації медичної галузі відповідно до Плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року, затвердженого Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821-р. Перехід має відбутись протягом 2020 року. [7] Часова рамка для досягнення очікуваних результатів може бути короткостроковою (1-3 років з початку імплементації політики).

Інші матеріальні ресурсні обмеження:

- a. Застаріла існуюча інфраструктура та матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я, що потребує оновлення та реконструкції.
- b. Необхідність в кваліфікованих управлінцях закладів охорони здоров'я.

Нематеріальні - інституційні обмеження:

- a. Нестабільність політичної системи, відсутність політичної волі до впровадження реформ з боку Парламенту та керівництва країни.
- b. Можливість блокування прийняття необхідної законодавчої бази з боку стейкхолдерів.
- c. Недосконалість політичних процесів, зокрема, при ухваленні політичних рішень, адже безпосередньо ухваленням займається досить обмежене коло осіб.

Ризики державного втручання - універсальні ситуації неспроможності органів влади:

- a. корупційні ризики розкрадання державних видатків;
- b. недостатня поінформованість (асиметрична інформація) - уряд ніколи не має вчасно всієї інформації, необхідної для прийняття найкращих політичних рішень; усю бажану інформацію за обмежений час неможливо отримати навіть технічно, до того ж існують групи інтересів, які не зацікавлені в постачанні повної і достовірної інформації;
- c. обмежений контроль над реакцією приватного сектора, нездатність державних структур повністю передбачити віддалені наслідки ухвалених рішень;
- d. обмеженість можливостей щодо контролю над владними структурами. Наприклад,

- коли парламент ухвалює якийсь загальне рішення, а детальне його опрацювання, розробку механізму запровадження доручає певним державним установам;
- е. недосконалість політичних процесів, зокрема, при ухваленні політичних рішень, адже безпосередньо ухваленням займається досить обмежене коло осіб.

### **3. Підстави для державного втручання**

3.1 Аналіз неспроможностей ринку (які саме ситуації неспроможності ринку потребують державного втручання - з огляду на економічні, соціальні та політичні чинники)

Необхідність трансформації системи фінансування закладів охорони здоров'я спеціалізованої ланки медичної допомоги зумовлене сучасним станом галузі, основною вадою якого є неефективне використання єдиного вагомого джерела фінансування – бюджетних коштів. Дефіцит фінансових ресурсів накладає суттєві обмеження на розвиток інфраструктури медичних закладів і на рівень якості медичної допомоги.

Відсутність належного рівня та якості медичного обслуговування в Україні вимагає проведення медичної реформи (державне втручання) та введення в дію нової моделі фінансування, страхової медицини.

Нездатність приватних страхових компаній гарантувати захист всім без винятку (малозабезпечене населення не має змоги користуватися послугами СК).

На законодавчому рівні у громадян України є закріплене право на обов'язкове державне медичне страхування. Добровільне чи приватне страхування користується малою популярністю у населення (лише для громадян з доходами вище середнього).

Неефективне функціонування державної системи медичних установ за моделлю Семашка - коштовне утримання установ замість забезпечення якісними послугами населення та встановлення гідної заробітної платні медперсоналу сприяє укоріненню корупції та збільшенню фінансове навантаження на пацієнтів.

Наслідками невирішення проблеми є не тільки низька середня тривалість життя, порушення конституційного права на доступну та якісну медичну допомогу, зниження рівня здоров'я та тривалості життя українців, але і перешкоджання економічного розвитку та соціальній згуртованості суспільства.

### **4. Середовище проблеми для аналізу політики**

4.1 Складники середовища

Соціальне середовище: суспільні очікування, отримання дешевої та якісної медичної допомоги тут і зараз; низька якість, високе фінансове навантаження у разі хвороби, складність доступу до отримання кваліфікованої якісної мед допомоги, слабе ресурсне забезпечення, низька медична культура населення.

Фізичне: географічні характеристики - велика територія з неоднорідністю населення, демографічні - старіння населення, сезонність захворювань.

Економічне: неоднорідність економічного середовища, неоднорідність ринку праці, недостатня диверсифікованість наповнення місцевих бюджетів.

Політичне: неоднорідність стейкхолдерів, відсутність сталості

Основним фактором середовища, що впливає на дану проблему є демографічна та економічна ситуація в країні. Вона незначним чином покращилась за останні роки, в порівнянні з попереднім періодом. Проте все ще далека від оптимальної.

Війна, анексія частини території країни, низький рівень життя населення, епідемія спричинена коронавірусною інфекцією COVID-19 також негативно впливають на ситуацію.

#### 4.2 Ресурсні затрати для вирішення проблеми

1. Ресурс довіри
2. Ресурс часу (політична неоднорідність та швидка зміна політичного поля)
3. Організаційний
4. Монетарний ресурс
5. Людський ресурс (якість, а не кількість)
6. Інформаційний ресурс
7. Правовий ресурс

#### 4.3 Яких ресурсів може бракувати для розв'язання проблеми

1. Правовий
2. Ресурс часу (політична неоднорідність та швидка зміна політичного поля)
3. Людський ресурс (якість, а не кількість)

#### 4.4 Конкретні продукти як результат розв'язання сформульованої проблеми

1. Нормативно-правовий акт, що впроваджує новий принцип фінансування надання спеціалізованої медичної допомоги із урахуванням принципу "гроші ходять за пацієнтом".
2. Створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, що забезпечує 100% покриття потреб населення.

##### 4.4.1 Короткострокові, середньострокові й віддалені кінцеві результати

###### Короткострокові:

- вільний вибір надавача медичних послуг
- запровадження ринкових механізмів
- оптимізація мережі
- наближення якості медичних послуг до єдиного стандарту
- зменшення фінансового навантаження на пацієнтів за рахунок 100% фінансового покриття гарантованого пакету мед послуг
- оптимізація мережі надавачів мед послуг

###### Середньострокові:

- диверсифікація джерел фінансування ЗОЗ
- боротьба за пацієнта, створення конкурентоздатності серед надавачів медичних послуг
- отримання дивідендів у вигляді непрямих вигод від інвестицій в розвиток мережі ЗОЗ

###### Віддалені:

- збільшення тривалості життя населення
- зменшення фінансового навантаження на систему ЗОЗ
- Підвищення трудоздатності населення

##### 4.4.2 Бажані/небажані, передбачувані/непередбачувані кінцеві результати

###### Бажані:

- Зменшення фінансового навантаження на населення та економіку



- Рациональне використання ресурсів
- Підвищення доступності та якості медичних послуг

Небажани:

- неспроможність мережі
- підвищення навантаження на місцеві бюджети за рахунок неконкурентності локальних ЗОЗ

#### 4.4.3 Результативність розв'язання сформульованої проблеми

- 1) 1. Перехід на новий принцип фінансування 100% ЗОЗ, що надають спеціалізовані медичні послуги.
- 2) 100% охоплення населення якісними медичними послугами.
- 3) Пацієнт отримує якісні послуги з гарантованого пакету зі 100% покриттям витрат з боку держави.

#### 4.4.5 Ефективність розв'язання сформульованої проблеми

- 1) Зменшення витрат на 1 пролікований випадок.
- 2) Оптимізація мережі ЗОЗ відповідно до потреб населення
- 3) Закупівля якісних медичних послуг в інтересах пацієнта на основі доказової медицини.

#### 4.4.6 Економічність розв'язання сформульованої проблеми

- 1) Зменшення витрат на утримання ЗОЗ
- 2) Зменшення фінансового навантаження на пацієнтів
- 3) Фінансування пролікованого випадку, а не установи.
- 4) Диверсифікація державного фінансування медичних послуг.

#### 4.4.7 Політичні сили, у програмах і гаслах яких задекларовано вирішення сформульованої проблеми

##### 1. Голос

Тези: Якісна та доступна медицина

Ми завершимо реформу охорони здоров'я за принципом «гроші ходять за пацієнтом» і досягнемо того, щоби держава справедливо платила за необхідні медичні послуги для пацієнтів на всіх рівнях допомоги — як у сімейного лікаря, так і у спеціалізованих лікарнях (на стаціонарі). Нелюдські умови у медичних закладах відійдуть у минуле. Лікар зможе отримувати гідну винагороду за якісні медичні послуги, а не шукати додатковий заробіток в Україні або за її межами.

Продукт - звершення медреформи, реалізація принципу “гроші ходять за пацієнтом” на всіх рівнях

##### 2. Слуга народу

Тези: Доступна медицина

- Запровадимо систему обов'язкового медичного страхування.
- Знищимо фармакологічну мафію, скасувавши корупційний механізм повторної сертифікації ліків.
- Переведемо всю медичну документацію в електронну форму.
- Створимо чіткий і зрозумілий гарантований пакет медичних послуг.
- Підвищимо рівень матеріально-технічного забезпечення лікарень.

- Створимо умови для розвитку профілактичної медицини.

Продукт - запровадження страхової медицини, гарантований пакет медичних послуг

### 3. Батьківщина

Тези: Доступна медицина

Буде запроваджено обов'язкове медичне страхування за рахунок коштів роботодавців з одночасним зменшенням удвічі податкового навантаження на їх підприємства.

Це повністю забезпечить кожного громадянина безоплатними медичними послугами всіх рівнів найвищої якості, безоплатними медикаментами, які пропише лікар, та профілактикою захворювань.

Обов'язкове медичне страхування протягом найближчих років дозволить підвищити заробітну плату медиків до європейського рівня.

Ми повернемо людям право викликати лікаря додому.

У селах буде забезпечене повноцінне функціонування фельдшерсько-акушерського пункту (ФАПу) за рахунок залучення довгострокового кредитування строком не менше ніж на 20 років і за кредитною ставкою не більше 3% річних.

Продукт - медичне страхування за рівень роботодавців, необмежений перелік медичних послуг та ліків які призначають лікарі, ФАПи в селах за кредитні гроші

### 4. Опозиційна платформа за життя

Тези: Доступна медицина

Першочергові кроки:

поступовий перехід до страхової медицини за рахунок зменшення податкового навантаження на роботодавців;

відновлення доступної медичної допомоги за принципом «від села до столиці»;

абезпечення невідкладної медичної допомоги;

Лікувати мають лікарі, а не парамедики. Держава повинна розвивати не «телемедицину», а систему охорони здоров'я.

Продукт - перехід на страхову медицину за рахунок зменшення податкового навантаження на роботодавців

### 5. Європейська солідарність

Тези: Реалізація медичної реформи має забезпечити зростання тривалості і якості життя.

Продукт - медична реформа

## 5. Консультації

5.1. Аналіз стейкхолдерів: категорії заінтересованих сторін, на яких не здійснюється вплив, але які сприяють вирішенню проблеми

- 1) депутати мажоритарщики, депутати місцевих рад;
- 2) ЗМІ;
- 3) аналітичні установи;
- 4) профільні міжнародні організації;
- 5) донорські організації.

5.2 Розподіл ідентифікованих стейкхолдерів на групи:

### Організовані зацікавлені групи

Пацієнтські організації – громадські організації та благодійні фонди, що представляють пацієнтів України. Зацікавленість, переважно, у вирішенні проблеми. Організації покликані бути містком між владою та її членами, захищати їх інтереси. Важелю впливу стейкхолдера є авторитет організації. Комунікувати слід на початковому етапі, пояснивши суть проблеми та ефекти від її рішення. Дуже важливо досягти підтримки та співпраці у вирішенні проблеми з боку організації.

Спільний представницький орган сторони роботодавців на національному рівні - вищий представницький орган всеукраїнських об'єднань організацій роботодавців на національному рівні. Основна задача – представляти консолідовану думку українського бізнесу під час реалізації державної політики у соціально-трудовій та економічній сферах. Важелю впливу стейкхолдера є активна участь в посиленні соціального діалогу, формування для участі в ньому єдиного голосу бізнесу, встановлення між роботодавцями скоординованих і погоджених взаємовідносин, спрямованих на реалізацію їх прав у соціально-економічній політиці держави. Комунікація має відбуватись на всіх етапах проекту, співпраця принесе більш ефективні результати.

Федерація професійних спілок України - найбільше всеукраїнське профспілкове об'єднання, в яке входять більш як 85 % членів профспілок країни. До складу ФПУ входить 44 галузеві членські організації та 27 територіальних об'єднань. Метою діяльності ФПУ є вираження, представлення інтересів і захист прав організацій – членів ФПУ, координація їхніх колективних дій, представництво і захист трудових, соціально-економічних прав та інтересів членів профспілок в органах державної влади і органах місцевого самоврядування, у відносинах з роботодавцями, їх організаціями і об'єднаннями, а також з іншими об'єднаннями громадян. Важелями впливу стейкхолдера є доступ до більшості гравців на українському ринку та авторитет організації. Дуже важливо досягти підтримки та співпраці у вирішенні проблеми з боку організації.

### Зацікавлені органи влади

Національна служба здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я.

Міністерство соціальної політики України - головний орган у системі центральних органів виконавчої влади з формування та забезпечення реалізації державної політики. Забезпечує реалізацію політики у тому числі в сфері соціального захисту та соціального обслуговування населення.

Міністерство фінансів України - головний орган у системі центральних органів виконавчої влади України з фінансових питань. Місією Міністерства є формування оптимальної державної політики у сфері надходжень до бюджету та забезпечення виконання його видатків.

### Ставлення громадськості

Більшість українців живуть у страху стикнутись з вітчизняною системою охорони здоров'я. Попри сплату громадянами з власної кишені майже половини коштів на охорону здоров'я додатково до загальнодержавних податків вони довгий час вимушені були отримувати послуги, що надаються на базі застарілої інфраструктури, без гарантій якості і поважного ставлення до прав та гідності пацієнтів. Близько 3,8 відсотка домогосподарств в Україні (або 640 тис. родин) потерпають від катастрофічних витрат на медицину, 92 відсотки населення боїться потрапити у фінансову скруту у випадку хвороби.[6]

Таким чином, українці, які порівняно із своїми європейськими сусідами мають значно нижчі рівні доходів та соціальних стандартів, водночас є менш захищеними у випадку хвороби — вони мусять платити за утримання системи охорони здоров'я з власної

кишені значно більшу частку своїх доходів, ніж більш заможні жителі країн — членів ЄС. Наслідками ігнорування проблеми можуть бути порушення конституційного права людини на доступну та якісну медичну допомогу, зниження рівня здоров'я та тривалість життя українців, перешкоджання економічному розвитку та соціальній згуртованості суспільства.

Категорії заінтересованих сторін, які є об'єктами впливу державної політики:

- 1) пацієнти (хронічні стани);
- 2) потенційні пацієнти;
- 3) працівники та власники комунальних та приватних ЗОЗ;
- 4) фарм. компанії;
- 5) страхові компанії;
- 6) фарм. компанії.

Організовані зацікавлені групи:

- o Пацієнтські організації;
- o Спільний представницький орган сторони роботодавців на національному рівні;
- o Федерація професійних спілок України.

Заінтересовані органи влади:

- o Національна служба здоров'я України;
- o Міністерство соціальної політики України;
- o Міністерство фінансів України.

5.2.1 цільова група: пацієнти (хронічні стани), потенційні пацієнти, працівники та власники комунальних та приватних ЗОЗ

5.2.2 група непрямого впливу: фарм. компанії, страхові компанії

5.2.3 група потенційного впливу: керівники ЗОЗ, профспілкові організації працівників ЗОЗ, депутати мажоритарщики, депутати місцевих рад

5.2.4 група з вагомим авторитетом: профільні міжнародні організації, донорські організації

5.2.5 експерти: наукове середовища, аналітичні установи, профільні міжнародні організації

5.2.6 групи, які виявляють інтерес: ЗМІ

5.3 Стейкхолдери, якими слід провести:

5.3.1 безпосередня форма консультацій:

- 1) Пацієнти (хронічні стани), потенційні пацієнти
- 2) Власники ЗОЗ комунальної та приватної форми власності
- 3) Пацієнтські організації
- 4) Профільні міжнародні організації, донорські організації
- 5) ЦОВВи

5.3.2 опосередкована форма консультацій:

- 1) Керівники ЗОЗ,
- 2) Профспілкові організації працівників ЗОЗ
- 3) Наукове середовища, аналітичні установи

- 4) Фарм. компанії, страхові компанії
- 5) Депутати мажоритарщики, депутати місцевих рад

#### 5.4 Градуйований перелік стейкхолдерів з якими необхідно провести:

##### 5.4.1 електронні консультації:

- 1) Профільні міжнародні організації, донорські організації
- 2) Депутати мажоритарщики, депутати місцевих рад

##### 5.4.2 громадські обговорення:

- 1) Пацієнти (хронічні стани), потенційні пацієнти,
- 2) Працівники ЗОЗ
- 3) Власники ЗОЗ комунальної та приватної форми власності

#### 5.5 Градуйований перелік стейкхолдерів за очікуваним позитивним короткостроковим чи середньостроковим впливом

- 1) Пацієнти (хронічні стани), потенційні пацієнти
- 2) Пацієнтські організації
- 3) Керівники ЗОЗ,
- 4) Фарм. компанії, страхові компанії
- 5) Власники ЗОЗ комунальної та приватної форми власності
- 6) Наукове середовища, аналітичні установи

#### 5.6 Градуйований перелік стейкхолдерів за очікуваним негативним короткостроковим чи середньостроковим впливом

- 1) Власники ЗОЗ комунальної та приватної форми власності
- 2) Депутати мажоритарщики, депутати місцевих рад
- 3) Фарм. компанії
- 4) Профільні міжнародні організації, донорські організації
- 5) Профспілкові організації працівників ЗОЗ

#### 5.7 Градуйований перелік організацій громадянського суспільства у статутах, проектах і гаслах яких задекларовано вирішення сформульованої проблеми:

БО «100% Життя»

Мережа працює з 2001 року та є основним реципієнтом та виконавцем проектів Глобального Фонду та USAID в Україні. «100% Життя» є провідним партнером держави у впровадженні медичної реформи.

Місія: «Реформування системи охорони здоров'я та впровадження інноваційних моделей і підходів у наданні медичних і соціальних послуг».

БФ «Пацієнти України»

Визнаний державними органами, місцевими та міжнародними фармацевтичними компаніями, присутніми в Україні, спілнотами клініцистів, пацієнтськими групами та іншими гравцями як законний партнер.

Місія: «Лікування доступне для всіх.»

Мета: Забезпечити всіх пацієнтів України ефективним лікуванням, об'єднуючи активістів для впливу на державні закони та політику.

USAID Health Reform Support

У співпраці з органами влади та організаціями громадянського суспільства України, іншими міжнародними інституціями та партнерами, сприяє загальному розвитку системи охорони здоров'я України. Ми робимо свій внесок до побудови системи, яка слугує потребам громадян України та забезпечує медикам необхідні засоби, знання і ресурси для того, щоб надавати сучасні, високоякісні медичні послуги всім українцям.

Світовий банк в Україні

Проект «Поліпшення здоров'я людей на службі у людей» підтримує реформи, які забезпечать доступніші та якісніші медичні послуги через модернізацію, додаткове навчання лікарів та медперсоналу, а також нове обладнання.

ВООЗ

«Здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб і фізичних дефектів».

Статут ВООЗ: Наша мета полягає в тому, щоб створити краще і більш здорове майбутнє для людей в усьому світі. Діючи через бюро, розташовані в більш ніж 150 країнах, співробітники ВООЗ працюють спільно з урядами та іншими партнерами з тим, щоб забезпечити найвищий досяжний рівень здоров'я для всіх.

UKAID - Підтримка реформи охорони здоров'я

Організація-виконавець: Deloitte

Фонд: GGF

Цей проект надає всебічну та гнучку підтримку центральним компонентам реформ в галузі охорони здоров'я в Україні. Проект надає підтримку Міністерству охорони здоров'я та реформам охорони здоров'я для покращення управління сектором охорони здоров'я, здійснення нового фінансування охорони здоров'я, зміцнення робочої сили в секторі охорони здоров'я та підвищення прозорості та підзвітності. Проект співфінансується з USAID.

UNICEF ЮНІСЕФ надає підтримку Міністерству охорони здоров'я щодо впровадження медичної реформи шляхом створення ефективної платформи для діалогу щодо цієї реформи. Ми також виступаємо за те, щоб питання охорони здоров'я матері та дитини були включені до пакету послуг первинної медико-санітарної допомоги. ЮНІСЕФ також працює з ключовими зацікавленими сторонами, такими як Міністерство охорони здоров'я, Центр громадського здоров'я, Міністерство аграрної політики та продовольства.

ГО «Сильні громади»

Рух «Сильні громади» активно долучається до адвокації медичної реформи. Активісти руху зібрали понад півтори тисячі підписів на підтримку реформування системи охорони здоров'я та передали їх народним депутатам в кулуарах парламенту. Також мережа «Сильних громад» брала активну участь у загальнонаціональній акції на підтримку медичної реформи, яка відбулась біля місцевих рад, обласних адміністрацій та Верховної Ради – загалом в 55 населених пунктах. В результаті системної адвокаційної кампанії з боку Міністерства охорони здоров'я та за активної підтримки громадськості більшість депутатів підтримала законопроект 6327, який запроваджує реформування медицини, що дає поштовх до якісних змін в системі охорони здоров'я.

ГО «Батьки за вакцинацію» створена батьками, які хочуть отримувати оперативну та достовірну інформацію щодо наявності та якості вакцин в Україні. Головною метою Організації є попередження інфекційних хвороб через забезпечення загальної доступності імунізації.

Спільний представницький орган сторони роботодавців на національному рівні - вищий представницький орган всеукраїнських об'єднань організацій роботодавців на національному рівні, основна задача – представляти консолідовану думку українського бізнесу під час реалізації державної політики у соціально-трудовій та економічній сферах.

Професійна спілка працівників охорони здоров'я України - є всеукраїнською неприбутковою громадською самоврядною організацією, яка об'єднує на добровільній основі громадян, пов'язаних спільними інтересами за родом їх професійної (трудової) діяльності (навчання), які працюють в юридичних особах будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, що здійснюють медичну, санаторно-курортну, фармацевтичну та іншу діяльність в сфері охорони здоров'я. Здійснює громадський контроль у сфері охорони здоров'я, медико-соціальної допомоги.

Федерація профспілок України - найбільше всеукраїнське профспілкове об'єднання, в яке входять більш як 85 % членів профспілок країни.

Організація і здійснення громадського контролю за додержанням законодавства про працю, зайнятість, охорону здоров'я... та реалізацію прав членів профспілок у сфері охорони здоров'я, медико-соціальної допомоги.

5.8 Градуйований, перелік організацій громадянського суспільства для проведення громадської експертизи

- 1) БО «100% Життя»
- 2) БФ «Пацієнти України»
- 3) Федерація профспілок України
- 4) Спільний представницький орган сторони роботодавців на національному рівні
- 5) Професійна спілка працівників охорони здоров'я України

5.9 Градуйований, перелік організацій громадянського суспільства які будуть брати активну участь у її вирішенні/не вирішенні через:

5.9.1 вплив: БО «100% Життя», БФ «Пацієнти України»;

5.9.2 тиск: БО «100% Життя», БФ «Пацієнти України», Федерація профспілок України, Професійна спілка працівників охорони здоров'я України;

5.9.3 контроль: Федерація профспілок України, Спільний представницький орган сторони роботодавців на національному рівні;

5.9.4 оцінку: BOOZ, USAID, UKAID.

## **6. Формулювання варіантів (альтернатив) політики**

### **6.1 Варіант 1: Збереження чинної політики**

#### ***Опис варіанту***

Неефективна структура та брак територіальної єдності системи обов'язкового медичного страхування; паралельне функціонування системи обов'язкового та добровільного медичного страхування;

Відсутність чіткого розмежування платних і безкоштовних медичних послуг у вітчизняній законодавчій базі; скорочення обсягу державного фінансування системи охорони здоров'я; Неефективність використання виділених державних фінансових ресурсів.

Міністерство охорони здоров'я України зазначає, що «на сьогодні понад 90% лікарських засобів на ринку купуються за кошти населення» (у європейських країнах цей показник становить близько 60%).

Висока вартість страхового полісу (в середньому від 5000 грн), відсутність єдиного стандарту щодо базового набору послуг, небажання страхових компаній страхувати пацієнтів з зони ризику (онкохворих, пацієнтів з орфанними захворюваннями, пацієнтів з складними хронічними станами, медичний персонал задіяний, що контактує з інфекційними хворими) та низький рівень довіри населення до страхових компаній стримують зростання ринку добровільного медичного страхування (ДМС).

Система охорони здоров'я України побудована за місцевим принципом: ~80% витрат на охорону здоров'я припадає місцевим управлінням охорони здоров'я. Це призводить до розрізненості й відсутності централізованої стратегії надання медичної допомоги. Державна система охорони здоров'я повністю фінансується за рахунок податкових надходжень. Амбулаторні послуги надаються як державними, так і приватними закладами охорони здоров'я. Український сектор охорони здоров'я на 50% фінансується за рахунок особистих витрат пацієнтів, що значно вище, ніж у більшості інших порівнюваних країн, де частка приватних витрат на охорону здоров'я становить ≈15–30%. [5]

### 6.1.1 потенційні переваги варіанта політики

Перевагою такого варіанта є економія ресурсів, що потенційно залучаються на реалізацію трансформацію та державне втручання.

Крім того, збереження прихильності та відсутність супротиву тих структур, що паразитують на поразках ринку.

### 6.1.2 потенційні недоліки варіанта політики

Державна модель системи медичного страхування – система «одного платника».

Державних асигнувань на розвиток медицини недостатньо для фінансування системи надання населенню якісної спеціалізованої медичної допомоги.

Крім того, слабо розвинений ринок спеціалізованої медичної допомоги - заклади з надання спеціалізованої медичної допомоги перебувають у державній чи комунальній власності, вони не конкурують, а утримуються. Гроші ходять за стінами, а не за пацієнтом, зарплати медиків жорстко регламентовані бюджетною "сіткою". Сфера приватних закладів охорони здоров'я здебільшого фокусується на якісному сервісі, проте не може конкурувати з державним сектором в напрямку територіального охоплення, універсальності покриття потреби, фінансової доступності, мультисекторальності покриття, реагування на ургентні стани. Доступ до приватних медичних закладів для більшості населення обмежено, через значну вартість медичних послуг.

## 6.2 Варіант 2: «Запровадження медичного страхування на основі приватно-державного партнерства»

### а) Завдання:

Запровадження загальнообов'язкового медичного страхування на основі державно-приватного партнерства як гарантії конституційних прав громадян України на медичну допомогу і медичне страхування;

Забезпечення фінансування гарантованого рівня надання безоплатної спеціалізованої медичної допомоги (медичних послуг) у визначеному законодавством обсязі з страхових внесків, утриманих з роботодавців та працюючого населення;

Встановлення ефективної системи контролю за накопиченням та цільовим використанням коштів системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування;

Створення механізму контролю за якістю медичних послуг та їх відповідністю потребам пацієнтів.

### б) Заходи по реалізації варіанту:

Запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування з утриманням страхових внесків з роботодавців та працівників у вигляді цільового податку. Акумуляований страховий резерв розподілятиметься між акредитованими незалежними інституціями (страховиками), індивідуально обраними громадянином, які діють в інтересах застрахованих осіб (пацієнтів), закупають медичні послуги (проводять страхові виплати) за рахунок сформованих страхових резервів на основі єдиних тарифів, стандартів, обсягів та якості медичних послуг. Для страхової компанії є обов'язковим перекриття гарантованого пакету медичних послуг визначеного законодавством. Всі суб'єкти системи взаємодіють в межах однієї інформаційної системи. Формування страхових резервів, рух коштів та цільове їх використання відбувається в єдиній автоматизованій інформаційній системі і контролюється Уповноваженим органом держави. Кількість медичних послуг та відповідність потребам пацієнтів контролюються Уповноваженим органом держави.

Застрахованими особами мають бути всі громадяни України, а також іноземні громадяни та особи без громадянства, які постійно проживають на території України. Страхові внески за працюючих осіб сплачують роботодавці та інші прирівняні до них особи, за непрацюючих – органи місцевого самоврядування.



### 6.2.1 потенційні переваги варіанта політики

Розмежування фінансування медичних послуг що входять та не входять до гарантованого пакету медичних послуг. Оплата первинної та екстреної медичної допомоги здійснюється за рахунок державного бюджету – загальних податків споживання і забезпечується за нормативними розрахунками на кількість населення. Фінансування спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги відбуватиметься за рахунок загальнообов'язкового медичного страхування. Всі інші послуги (косметологія, пластична хірургія, медичні послуги з недоказаною медичною ефективністю) за рахунок добровільного медичного страхування, платних послуг та інших джерел.

Гарантія якості надання послуг. Для страховиків передбачені вимоги до фінансового стану, можливості фінансування надання медичних послуг на всій території України, акредитації в Уповноваженому органі та підключення до Єдиної інформаційної системи.

Для надавачів медичних послуг передбачено створення системи контролю шляхом проведення медико-економічного контролю та експертизи якості медичної допомоги. Право на замовлення експертизи мають страховики, Уповноважений орган, заклад охорони здоров'я.

Гарантія прозорості здійснення фінансових операцій з загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Фінансові операції (зібрані страхові платежі, надані медичні послуги та здійснені страхові виплати, використання коштів закладами охорони здоров'я) фіксуються та відображаються в електронній системі. Що є ефективним механізмом запобігання корупції, нецільовому використанню коштів та шахрайству.

### 6.2.2 потенційні недоліки варіанта політики

Розпорошеність ресурсів страхового резерву між окремими суб'єктами надання страхових послуг (страховиками) потребуватиме збільшення страхового внеску для забезпечення стабільності системи фінансування послуг.

Впровадження окремого цільового податку сприятиме додатковому фінансовому навантаженню на роботодавців та працюючих осіб. Ця ситуація може призводити до тінізації зарплат, що в свою чергу перешкоджатиме економічному розвитку та соціальній згуртованості суспільства.

Низький відсоток офіційно трудовозайнятого населення, тінізація заробітної плати створюватиме дефіцит страхового резерву, що в свою чергу сприятиме додатковому навантаженню на місцеві бюджети.

Велика кількість суб'єктів надання страхових послуг потребуватиме значних ресурсів для контролю за запобіганням корупції, шахрайству та нецільовому використанню фінансів.

Окремі сегменти ринку можуть бути не цікавими з для страховиків, що в свою чергу коливатиметься в поразку ринку. Та потребуватиме додаткового державного втручання.

Фінансова неспроможність окремих населених пунктів, з низьким відсотком працездатного населення, забезпечити покриття страхових внесків за рахунок місцевих бюджетів.

### Специфічні ситуації неспроможності влади:

Нестабільність політичної системи, швидка зміна керівництва Міністерства охорони здоров'я України;

неспроможність інституцій забезпечувати сталість процесів при зміні політичного поля, відсутність послідовності реалізації обраної політики про зміні влади;

відсутність політичної волі та готовності приймати відповідальність при впровадженні непопулярних рішень політичними елітами;

слабкість антикорупційних інституцій, що породжує ризики до впровадження корупційних схем, привласнення державних коштів з страхового резерву;  
намагання роботодавців уникнути або обійти страхові внески;  
неспроможність зменшення частки тіньової економіки.

### 6.3 Варіант 3: «Запровадження державного соціального медичного страхування»

#### а) Завдання

Запровадження моделі державного соціального медичного страхування як гарантії конституційних прав громадян України на медичну допомогу і медичне страхування;  
оплата медичних послуг єдиним національним замовником за фактично надані медичні послуги закладами охорони здоров'я за єдиними тарифами з страхового пулу сформованого з загальнодержавних податків споживання;  
предметом закупівлі є державний гарантований пакет медичної допомоги - прозоро визначений обсяг спеціалізованої медичної допомоги та лікарських засобів сформованих за механізмом стратегічної закупівлі;  
встановлення ефективної системи контролю за накопиченням та цільовим використанням коштів системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування;  
створення механізму контролю за якістю медичних послуг та їх відповідністю потребам пацієнтів.

#### б) Заходи по реалізації варіанту

Запровадження державного соціального медичного страхування з покриттям страхових випадків з єдиного страхового резерву. Страховий резерв формується з державного бюджету України з загальнодержавних податків споживання. Розпорядником страхового резерву є Єдиний національний замовник медичних послуг — центральний орган виконавчої влади, який діє в інтересах пацієнтів та закуповує медичні послуги в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги на основі єдиних базових тарифів та вимог до якості. Єдиний національний замовник проводить розрахунок за фактично надані послуги через територіальні підрозділи з закладом охорони здоров'я, до якого звертається пацієнт та з яким укладено договір (з використанням для цього єдиних національних реєстрів пацієнтів, закладів охорони здоров'я, переліку медичних послуг). Розрахунок за надані послуги відбувається а основі єдиних тарифів, затверджених за методикою розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування. Застрахованими особами мають бути всі громадяни України, а також іноземні громадяни та особи без громадянства, які постійно проживають на території України.

#### 6.4.1 потенційні переваги варіанта політики

Розроблення і затвердження переліку послуг, що входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги в частині спеціалізованої медичної допомоги на основі методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування гарантує однакові правила гра для всіх постачальників медичних послуг та впроваджує можливість стратегічне планування;  
перекриття виплат за страховим випадком з єдиного страхового резерву, що за відсутності розпорошеності внесків по багатьом дрібним фондам, дозволить урівноважити систему з меншими страховим внесками;  
запровадження фінансування державного гарантованого пакета медичної допомоги через єдиного національного замовника медичних послуг на рівні спеціалізованої медичної допомоги дозволяє ефективно контролювати витрати, попереджати корупційні ризики та не цільове використання фінансів;  
впровадження уніфікованих клінічних протоколів для найбільш поширених медичних станів гарантує приведення до єдиного стандарту якості надавачів медичних послуг;  
впровадження механізмів залучення добровільного медичного страхування для покриття медичних послуг, що не входять до гарантованого пакету медичних послуг, дозволяє гнучко

планувати витрати на медичні послуги та знижує фінансове навантаження на пацієнтів; відсутність додаткового податкового навантаження на працівників та роботодавців у вигляді цільового податку, а також навантаження на місцеві бюджети у вигляді перекриття страхових внесків для непрацюючого населення; введення електронних інструментів обміну медичними, фінансовими та статистичними даними, що необхідні для функціонування єдиного загальнонаціонального медичного простору є не тільки ефективним механізмом контролю, запобігання корупції, нецільовому використанню коштів та шахрайству, а й інструментом накопичення даних для подальшого аналізу з метою впровадження стратегічного планування.

#### 6.4.2 потенційні недоліки варіанта політики

Ефективність фінансування медичних послуг за такою моделлю, потребує об'єднання (пулінгу) фінансів, для того щоб перерозподілити витрати на покриття страхового випадку між якомога більшою кількістю застрахованих осіб. Витрати на перекриття лікування окремого громадянина при настанні страхового випадку не піддаються точному прогнозуванню. Тому, чим більша кількість внесків залучена страховиком, тим стійкішою є система з точки зору спроможності задовольнити несподівані витрати будь-якого нового випадку.

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

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

Специфічні ситуації неспроможності влади блокування законодавчих ініціатив з боку різних гілок влади; відсутність політичної волі до впровадження змін;

#### 6.5 Критерії зіставлення варіантів політики

Порівняльний аналіз альтернатив за п'ятьма універсальними критеріями: результативність, ефективність, справедливість, політична здійсненність, адміністративна здійсненність.

*Як визначається результативність:*

При визначенні результативності ми відштовхувались від показників результативності в п.6.3-6.4 та врахували прогноз ступеня досягнення цілей політики для відповідної альтернативи. Результативність - це міра досягнення проголошених цілей політики, тож вона визначається як відношення між цільовими показниками до прогнозованих їх значень внаслідок виробництва продуктів політики.

Результати зведені у таблиці нижче. Для оцінок результативності альтернатив була обрана трибальна шкала, так як альтернатив лише три. Рейтинг визначався як сума оцінок альтернатив.

Цільовий індикатор	Результативність		
	Альтернатива 1	Альтернатива 2	Альтернатива 3

Зниження фінансового навантаження на пацієнтів	1	2	3
Рівність доступу до гарантованого пакету медичних послуг	1	2	3
Недопустимість застосування корупційних схем, відкритість та прозорість в закупівлі медичних послуг	1	3	3
Якість	1	3	3
Вибір постачальника медичних послуг	1	2	3
Вільний ринок медичних послуг	1	3	2
<b>Разом</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>17</b>

*Як визначається ефективність:*

При визначенні ефективності альтернатив був використаний спрощений варіант методу аналізу вигод та витрат: оцінити зміни вигід і витрат для кожної з основних груп учасників, кого зачіпає варіант вирішення проблеми.

Результати визначення ефективності наведені в таблицях нижче.

Альтернатива 1

Об'єкт впливу	Вигоди	Витрати
<b>Держава</b>	Відсутність додаткових витрат на впровадження трансформації системи фінансування охорони здоров'я	Політика не потребує додаткових витрат, окрім тих, що закладені в бюджет на 2019 рік. Медична субвенція місцевим бюджетам на спеціалізовану амбулаторну, стаціонарну та екстрену медичну допомогу – 55,7 млрд грн
<b>Заклади охорони здоров'я</b>	Фінансування без врахування ефективності роботи (пролікованого випадку, ефективності лікування тощо). Використовується принцип «гроші йдуть за стінами»	Заклади хорони здоров'я перебувають в перманентному стані недостатнього фінансування. Недостатньо ресурсів для поновлення інфраструктури та матеріально-технічної бази.
<b>Громадськість</b>	Відсутність потреб адаптуватись до змін в галузі.	Втрата суспільного добробуту від альтернативної можливості отримання більш якісних медичних послуг. Додаткове фінансове навантаження при отриманні медичних послуг.
<b>Разом:</b>		<b>- 55,7 млрд грн</b>



### Альтернатива 2

Об'єкт впливу	Вигоди	Витрати
Держава	Зниження фінансового навантаження на державний бюджет за рахунок впровадження цільового податку на впровадження страхової моделі фінансування медичних послуг	Витрати на провадження трансформації системи фінансування медичних послуг, створення Уповноваженого органу підтримки діяльності, навантаження на місцеві бюджети у вигляді перекриття страхового внеску для соціально незахищених верств населення.
Заклади охорони здоров'я	Збільшення фінансування, можливість самостійно розпоряджатись фінансами при проходженні процедури автономізації.	Необхідність конкурувати за пацієнтів. Необхідність прийняття більш гнучких та відповідальних управлінських рішень.
Громадськість	Покращення якості медичних послуг, свобода вибору надавачів медичних послуг, зниження фінансового навантаження на пацієнта при отриманні медичних послуг.	Підвищення фінансового навантаження на працівників та роботодавців у вигляді профільного податку
<i>Разом:</i>		

### Альтернатива 3

Об'єкт впливу	Вигоди	Витрати
Держава	Запровадження ефективної моделі фінансування надання медичних послуг, перехід на цільове фінансування за фактично надані послуги, прозорість в розрахунках.	Політика потребує часткового збільшення витрат.
Заклади охорони здоров'я	Збільшення фінансування, паритетність на ринку надання медичних послуг, можливість самостійно розпоряджатись фінансами при проходженні процедури автономізації.	Необхідність конкурувати за пацієнтів. Необхідність прийняття більш гнучких та відповідальних управлінських рішень.
Громадськість	Покращення якості медичних послуг, свобода вибору надавачів медичних послуг, зниження фінансового навантаження на пацієнта при отриманні медичних послуг.	Необхідність задратовуватись до нововведень.
<b>Разом:</b>		

*Як визначається справедливість:*

При визначенні справедливості варіантів орієнтація була на таку оцінку: скорочується або збільшується нерівність у розподілі вигід і витрат між зацікавленими сторонами (в першу чергу - серед населення) при реалізації даного варіанту в порівнянні зі статус-кво.

*Як визначається адміністративна здійсненність:*

Адміністративна здійсненність визначається можливістю мобілізації усіх адміністративних ресурсів для вчасного здійснення політики.

*Як визначається політична здійсненність:*

Політична здійсненність визначається мінімальною кількістю ситуацій неспроможності влади/держави.

## 6.6 Порівняння варіантів політики

Результати оцінювання зведені у Табл. 1, рядки - критерії, стовпчики - альтернативи, у клітинках - оцінки варіанту по відповідному критерію. Для оцінок альтернатив була обрана трибальна шкала, так як альтернатив лише три. Рейтинг варіантів визначався як сума оцінок альтернатив.

**Таблиця 1. Порівняльний аналіз альтернатив політики**

Критерії	Оцінки варіантів (альтернатив) політики		
	Варіант 1	Варіант 2	Варіант 3
Результативність	1	2	3
Ефективність	1	3	3
Справедливість	1	2	3
Політична здійсненність	3	2	2
Адміністративна здійсненність	3	2	1
Сумарна оцінка варіанту	9	11	12
Рейтинг варіанту	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

## 7. Оцінювання політики

### 7.1 Цілі оцінювання

Оцінити ефективність впровадження реформи фінансування спеціалізованої медичної допомоги, рівень забезпечення прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Перелік питань, на які має дати відповіді оцінювання.

- Чи зменшились витрати на пролікований випадок з боку держави?
- Чи зменшилось фінансове навантаження на пацієнта ?
- Чи покращилось фінансове забезпечення ЗОЗ?
- Чи було забезпечено доступ до гарантованих державою пакету послуг громадянам?
- Чи забезпечена відкритість та прозорість в закупівлі та отриманні медичних послуг?

### 7.2 Організація оцінювання

План оцінювання:

- визначення індикаторів для оцінки;
- визначення інструментів оцінювання та джерел інформації;
- збір та обробка даних;
- аналіз отриманих даних;
- формування проміжного звіту та рекомендацій щодо коректив об'єкту дослідження;
- продовження моніторингу;

- формулювання висновків;
- оприлюднення результатів.

Охоплений період часу: Етапи дослідження охоплюють період двох років, з II кварталу 2020 року по II квартал 2022 року.

Організаційні, людські, фінансові, матеріальні, інформаційні ресурси, які є необхідними для проведення оцінювання: Фахівці з оцінювання, електронна система охорони здоров'я, портал збору та обробки даних, референтні заклади охорони здоров'я.

Найвні обмеження: Територіальна неоднорідність, непідконтрольні території, фінансові ресурси.

### 7.3 Проведення оцінювання

Проведення оцінювання

- опитування респондентів;
- аналіз даних електронної системи охорони здоров'я;
- аналіз вигід і витрат на пролікований випадок з подальшим моніторингом якості життя пацієнта;

моніторинг фінансової спроможності референтних закладів охорони здоров'я.

Стислий опис методології оцінювання.

*Опитування респондентів.* Вибірка (домогосподарств) розроблена для дослідження, є випадковою та репрезентативною для дорослого населення України. Важливо наголосити, що одиницею вибірки є представник домогосподарства, а не пацієнт, так як опитування саме в домогосподарствах дає можливість виявити ключові бар'єри доступу до медичної допомоги.

*Аналіз даних електронної системи охорони здоров'я.* Аналіз деперсоналізованих даних електронної системи охорони здоров'я. Маршрути пацієнта при плановій госпіталізації, співставлення критеріїв за якими пацієнт обирає заклад охорони здоров'я з економічною, матеріально технічною та управлінською потужністю закладу. Даний аналіз дозволяє ефективно визначити сильні та слабкі сторони об'єкту дослідження.

*Аналіз вигід і витрат на пролікований випадок з подальшим моніторингом якості життя пацієнта.* Аналіз деперсоналізованих даних щодо кількості госпіталізацій з відповідним захворюванням, співставлення з вартістю та результатом пролікованого випадку, з подальшим моніторингом якості життя пацієнта. Даний аналіз дозволяє ефективно розподіляти наявні фінансові ресурси для досягнення максимального рівня ефективності лікування.

*Моніторинг фінансової спроможності референтних закладів охорони здоров'я.* Аналіз та співставлення фінансової ефективності використання державних фінансів з управлінською ефективністю керівників та власників закладів охорони здоров'я. Даний аналіз дозволяє знайти ефективну модель взаємодії між суб'єктами надання медичних послуг, пацієнтами та розпорядником бюджетних коштів.

Показники й критерії оцінювання:

Цільові індикатори - критерії досягнення цілей

- Забезпечення гарантій безоплатності надання медичної допомоги на основі чітких та прозорих правил;
- Стійкість фінансової системи оплати медичних послуг;
- Сталість надходження фінансових ресурсів до систем оплати спеціалізованої медичної допомоги;
- Державна гарантія надання якісної, доступної та своєчасної медичної допомоги відповідно до гостроти станів;
- Паритетність представництва суб'єктів надання спеціалізованої медичної допомоги.

Методи й джерела збирання та аналізування даних:



Створення опитувальника-анкети  
Опитування респондентів: пацієнтів, адміністрації ЗОЗ.

#### 7.4 Результати оцінювання

#### 7.5 Рекомендації щодо подальших дій

Відсутність належного рівня та якості медичного обслуговування в Україні вимагає проведення медичної реформи (державне втручання) та введення в дію обраної моделі страхової медицини.

### **8. Рекомендація замовнику**

#### 8.1 Рекомендований варіант

Порадою замовнику аналізу - Міністерство охорони здоров'я України - буде вибір третього альтернативного варіанту «Запровадження державного соціального медичного страхування», як найкращого за результатами порівняння. Такий вибір аргументований тим, що представляє найкращу результативність, ефективність та справедливість, незважаючи на складність імплементації та деяких негативних короткострокових наслідків. Від впровадження даного рішення вигоду отримують всі стейкхолдери в довгостроковій перспективі. Дана альтернатива є найважчою для впровадження, адже потребує значних адміністративних ресурсів і політичної волі. Але лише імплементація даної альтернативи може гарантувати вихід із кризи медичної галузі, і як результат зростання суспільного добробуту.

#### 8.2 Реалізація політики

Заходи щодо впровадження рекомендованого варіанту.

Рекомендаціями Міністерству охорони здоров'я України щодо заходів з реалізації рекомендованого варіанта політики будуть наступні:

- 1) Розрахунок вартості медичних послуг спеціалізованої медичної допомоги з гарантованого пакету послуг.
- 2) Здійснення річної оцінки потреб у медичних послугах серед населення.
- 3) Створення страхового резерву для перекриття страхових випадків.
- 4) Передача в управління страхового резерву Національній службі здоров'я України.
- 5) Автономізація закладів охорони здоров'я з надання спеціалізованої медичної допомоги.
- 6) Заключення договорів між НСЗУ та постачальниками медичних послуг.

#### 8.3 Підтримка рекомендованого варіанту

##### 8.3.1 Комунікативні цілі

Для усунення неспроможності ринку можуть бути рекомендовані проведення інформаційної політики з підвищення обізнаності населення щодо страхової медицини (первинної і вторинної) згідно обраної моделі (напр. французької чи британської). Для уряду - аналіз, вироблення та впровадження найдієвішої для України моделі функціонування - від законодавчих ініціатив, до створення та наповнення відповідного фонду з визначенням страхових внесків та стягнень з кожної категорії населення до повного переобладнання системи надання медичних послуг шляхом підвищення якості та забезпечення конкурентного сервісно та клієнто-орієнтованого ринкового середовища у сфері охорони здоров'я.

##### 8.3.2 Ключові повідомлення

Необхідність загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні зумовлює сучасний стан та порядок фінансування галузі охорони здоров'я, основною вадою якого є використання єдиного вагомого джерела фінансування – бюджетних коштів. Дефіцит фінансових ресурсів накладає суттєві обмеження на розвиток

інфраструктури медичних закладів і на рівень якості медичної допомоги. Тому розвиток добровільного медичного страхування є об'єктивною потребою, здатною підняти рівень охорони здоров'я населення, забезпечити надходження грошових коштів у соціальну сферу.

#### 8.3.3 Методи і способи інформування

Електронні, залучення ЗМІ, та громадські обговорення

#### 8.3.4 Фінансове забезпечення

Видатки на медичне обслуговування з державного бюджету не є достатніми. Необхідно скласти схему поповнення держбюджету на медичні послуги населенню шляхом стягнення певної форми податку з усіх (ПДВ) або працюючої частини громадян (податок на доходи).

## 9. Перелік посилань

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р № 267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» - Режим доступу :  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF>
2. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» - Режим доступу :  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/sp:max15>
3. Статистичний бюлетень «Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України» Державної служби статистики України - Режим доступу :  
[http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2016/bl/02/bl\\_nroz14\\_pdf.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/bl/02/bl_nroz14_pdf.zip)
4. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» - Режим доступу :  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
5. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» - Режим доступу :  
<https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689>
6. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. О.О. Дорошенко<sup>1</sup>, М.В. Шевченко. Представництво Світового банку в Україні, м. Київ, Україна. Національний університет «Києво-Могилянська академія», Школа охорони здоров'я. - Режим доступу :  
[http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/12134/Analiz\\_mizhnarodnoho\\_dosvidu\\_finansuvannia\\_vtorynnoi\\_medychnoi\\_dopomohy.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/12134/Analiz_mizhnarodnoho_dosvidu_finansuvannia_vtorynnoi_medychnoi_dopomohy.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. Плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року, затверджений Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821-р - Режим доступу :  
<https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250432586>
8. Закон України про місцеві державні адміністрації. - Режим доступу :  
<http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=586-14>
9. Закон України про місцеві державні адміністрації. - Режим доступу :

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14>

10. Закон України про місцеве самоврядування в Україні. - Режим доступу :

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>

## 10. Додатки

Таблиця 2. Організація оцінювання

Критерії	Питання, на які має дати відповідь оцінювання	Індикатори	Метод збору даних	Відповідальні виконавці	Терміни
Відповідність	Яким чином проект сприяє вирішенню проблеми?	Відсоток випадків звернення по спеціалізовану медичну допомогу (страхових випадків )	Опитування	Міністерство охорони здоров'я /Ін-т соціології	2 роки
Результативність	Наскільки проект досяг визначених показників реалізації?	90% ЗОЗ змогли надати якісну спеціалізовану мед допомогу пацієнту без фінансової участі самого пацієнта	Опитування Аналіз документ ації	Міністерство охорони здоров'я, Заклади охорони здоров'я (ЗОЗ)	(ІІ кварталі 2020 року по ІІ квартал 2022 року)
Ефективність	Наскільки проект досяг своїх цілей у визначені строки та в рамках запланованого бюджету?	Повне забезпечення всіх ЗОЗ якісним пакетом медичних послуг , прозорість та відкритість в управлінні власними бюджетами та	Аналіз документ ації	МОЗ, НСЗУ, адміністрація закладів охорони здоров'я (ЗОЗ)	4 роки

		планування до 2022р. досягнута на 90%			и
Вплив	Який вплив здійснило дане впровадження політики?	Відсоток покриття пакету мед послуг (100%) Відсоток випадків звернень населення по спец мед допомогу з довірою та безоплатно; Відсоток відповідності якості наданих послуг до заданого плану (бюджету)	Опитування Аналіз документів	МОЗ, НСЗУ	
Сталість	Чи буде мати політика позитивний вплив на зміни в системі охорони здоров'я та якості здоров'я населення після закінчення її реалізації?	Відсоток покриття страхових випадків (100% покриття при 100% звернень). Відсоток покращення управління коштами, прозорості розподілу бюджету лікарень за принципом "гроші ходять за пацієнтом". Відсоток здорового населення (зменшення % хронічних	Анкетування Опитування Аналіз документів	МОЗ/НСЗУ	

		хвороб, зростання тривалості життя			
--	--	---	--	--	--