

(Продовження. Початок на 3 стор.)

## СУТЬ РЕФОРМИ. КОНТРАКТ – ПОСЛУГА – ГРОШІ

Система охорони здоров'я України неминує має рухатися у бік розмежування замовника послуг (держава, у майбутньому страховий фонд) і надавача послуг (лікарня).

Лікарня, як надавач послуг, має стати небюджетною установою і буде зацікавлена у обслуговуванні великої кількості пацієнтів, щоб отримати більше грошей від держави. Відповідно вона захоче мати необхідну інфраструктуру, щоб конкурувати за кращі послуги.

Наприклад, районна лікарня стане комунальним неприбутковим підприємством. З ним договір на надання послуг буде підписувати майбутній Регіональний фонд оплати медпослуг, який розпоряджатиметься коштами на лікарні передбаченими у Держбюджеті.

Ми не будемо давати кошти так: "Тримай 3 млн гривень, надай послуги населенню". Бо за таких обставин головний лікар 80% коштів спрямує на зарплату й опалення, враховує інші витрати, а якісь 9% залишиться на послуги пацієнтам, і вони продовжуватимуть за свій кошт здавати аналізи.

*Ігор Перегінець: "Бізнесові взаємовідносини всередині держсистеми необхідні"*

Ми кажемо лікарні: "Купимо у вас послуги для людей. Але якщо вони коштують саме стільки і будуть отакої якості. Якщо у вас нема такої послуги, то і ми знайдемо іншу у сусідньому районі і заплатимо їй".

Так районні лікарні будуть зацікавлені продати державі послугу і конкурувати за пацієнта. Відповідно, буде покращуватись якість.

Бізнесові взаємовідносини всередині держсистеми необхідні. Це зовсім не означає, що люди повинні платити гроші за послуги. Зараз держава купує послуги у себе ж за гроші, платить за те, щоб дати лікарю можливість працювати у лікарні і брати готівку з пацієнта. Треба переходити до оплати за конкретні послуги – їх якість та обсяг.

Зараз лікарні кажуть: "Що ви від нас хочете? Скільки грошей держава дала, так і обслужили". Пацієнту кажуть долати, мовляв, бачте, яка держава недолуга. Їм нема за що конкурувати, держава гроші і так дасть, та ще й пацієнт принесе.

Наразі є два законопроекти, які пропонують автономію лікарень.

Проект №2309а МОЗу, вже доопрацьований, і альтернативний №2309а-1, авторства экс-міністра охорони здоров'я Олега Мусія, поданий від парламентського комітету. Є концептуальна різниця у цих проектах.

Ми ставимо 2018-й рік кінцевим терміном, коли заклади охорони здоров'я мають із бюджетних стати неприбутковими підприємствами, щоб можна було укласти договори.

При цьому ми визначаємо, які заклади мають бути бюджетними: морги, судмедекспертизи, хоспіси – не можуть бути підприємствами, бо не мають на чому заробляти.

Альтернативний цього не передбачає і каже, що медзаклади можуть стати неприбутковими підприємствами коли завгодно, але також за ними залишається право бюджетного фінансування.

Якщо не поставити обмеження у термінах і не вказати, що бюджетні установи більше не будемо фінансувати, – отримаємо профанацію. Ніхто не переходитиме на нові форми управління. Якщо не буде дедлайну – не буде сенсу переходити.

Ми чекаємо на відкриття парламентського сезону і налагодження діалогу між МОЗ та профільним комітетом ВР, аби можна було знайти точки перетину і зрозуміти, як рухатися далі. Без ухвалення законопроектів говорити про реформу системи охорони здоров'я не варто.

Без зміни принципів співпраці у нас й надалі будуть відсутні поняття раціонального використання грошей, високої якості надання медичних послуг, конкуренції, замовлення послуги, оплати послуги, укладання договорів на надання послуг.

Тобто, усі ці сучасні інструменти не можуть існувати без зміни правової форми існування закладів охорони здоров'я.

## ЯК ВИЗНАЧАТИ ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ ТА ФІНАНСУВАТИ МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ

У нас є готові рішення щодо визначення вартості медичних послуг та запровадження нових методів їх оплати (а, отже, й нових методів фінансування медичних закладів).

Відповідні методології апробовані та діють у багатьох країнах світу.

Зокрема, якщо говорити про фінансування первинної медичної допомоги, то тут передбачається перехід до оплати роботи кожного лікаря первинної ланки на основі оплати діяльності кожного такого лікаря, відповідно до річного нормативу за обслуговування кожного закріпленого за ним пацієнта.

Що стосується оплати стаціонарної допомоги, тобто послуг лікарень, то тут передбачається перехід до оплати на основі так званих діагностично-споріднених груп.

Це – найбільш прогресивний з існуючих нині методів оплати стаціонарної медичної допомоги, що прийнятий у більшості розвинутих країн.

Він ґрунтується на групуванні усіх випадків стаціонарної допомоги, або, можна сказати, усіх пацієнтів, які отримують стаціонарну допомогу, в однорідні групи. У межах кожної такої групи пацієнти і вартість їхнього лікування є подібними.

Наприклад, в одну групу "Респіраторні інфекції/запалення" категоризуються різні види пневмоній і плевритів, оскільки для надання медичної допомоги при цих станах є характерними подібні ресурсні витрати і вартість.

Аналогічний підхід застосовується й для усіх інших класів хвороб та нозологій.

Конкретна ДСГ (діагностично споріднена група, в міжнародній практиці DRG – Diagnostic Related Group) визначається основним діагнозом, віком, статтю пацієнта, набором необхідних для надання медичної допомоги процедур та наявністю будь-яких ускладнюючих факторів чи супутніх захворювань.

Кожен випадок стаціонарного лікування прив'язується до однієї конкретної ДСГ, і вона визначає те, яка сума коштів відшкодовується лікарні за надання допомоги в межах конкретного епізоду.

Тобто, фактично мова йде про встановлення єдиного державного тарифу на кожну ДСГ, який застосовуватиметься для оплати лікування конкретних випадків у всіх лікарнях України.

Безперечно, при цьому застосовуватимуться й відповідні корегувальні коефіцієнти, що враховують ступінь складності кожного конкретного випадку.

Наразі МОЗ України відібрано 100 лікарень, на базі яких буде започатковано й реалізовано відповідний пілотний проект з апробації та практичного запровадження такого підходу.

Це необхідно для того, щоб правильно навчитися робити дві надважливі речі, без яких описана вище модель не може працювати: перше – це правильно категоризувати усі випадки стаціонарної допомоги за допомогою відповідного статистичного класифікатора (групера).

Друге – правильно збирати інформацію про фактичні витрати, пов'язані з наданням кожного випадку стаціонарної допомоги (без чого неможливо у подальшому визначення прозорого, об'єктивного та обґрунтованого тарифу, або ставки оплати за кожною ДСГ, а, отже і належне, об'єктивне планування бюджету кожної конкретної лікарні та планування відповідних договорів з надання медичної допомоги між лікарнями та розпорядниками бюджетних коштів).

В Україні передбачається створення такої системи на основі логіки австралійської системи ДСГ, яка є однією з найбільш передових у світі, і яка має бути адаптована для використання в нашій країні, у тому числі з урахуванням наявної у нас специфіки клінічної практики.

Це одне з основних завдань спільного 5-річного проекту МОЗ України та Світового банку "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей".

Крім того, слід зазначити, що система ДСГ може й повинна бути використана не лише як метод оплати роботи лікарень, але і як потужний інструмент для аналізу ефективності витрат всередині кожної лікарні, зокрема, та як інструмент порівняння (бенчмаркінгу) ефективності роботи різних лікарень у межах того чи іншого регіону і держави в цілому.

## ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ – ЦЕ ЗДОРОВО?

Люди, які підтримують децентралізацію, кажуть: громада має бути розпорядником власних коштів. І це логічно. Але практикою багатьох країн доведено, що ці самі принципи не працюють у сфері охорони здоров'я.

Субвенція з Держбюджету виділяється на область, місто, обласного значення і район, а тепер ще й і громадам.

80% коштів витрачаються на утримання інфраструктури із розрахунку на душу населення. У регіоні вони розподіляються на лікарні відповідно до кількості ліжок. А до їх кількості також прив'язана чисельність працюючого персоналу. Ліжка колись були розраховані не на потреби, а саме на кількість населення.

В українського розпорядника коштів спрацює рефлекс: це мої гроші, мій заклад, я нікому його не віддам. І не важливо, що заклад на ладан дихає, що там немає туалету всередині, і все падає на голову, а люди за все платять з кишень.

Така радянська система довела до того, що 50 млрд платимо з бюджету на утримання закладів, і люди ще 50 млрд вкладають у систему з кишень.

Управління ресурсами треба підняти на рівень області. Уявімо чиновника, який знає, скільки в регіоні проживає населення, скільки є медзакладів, і на які захворювання найчастіше страждають люди.

Він (а бажано спецкомісія) вирішує, з якими районними лікарнями укладати договори на послуги (за умови, що лікарні стають неприбутковими підприємствами): в одній оперують грижу, в іншій – краща нейрохірургія, а тут прийматимуть пологи.

## ПЕРСПЕКТИВА ЕЛЕКТРОННОЇ МЕДИЦИНИ

Окремо міністерство готується до впровадження в Україні програми електронної медицини e-health.

Вона передбачає створення національної електронної бази карток пацієнтів замість паперових. У ній зберігатиметься інформація про всі обстеження, результати аналізів, діагнози, вакцинації та алергії кожної людини, котра звернулася за медичною допомогою до поліклініки або лікарні.

*Ігор Перегінець: "E-health – перспектива найближчих 5 років"*

Рецепти також мають стати електронними, а в перспективі і до лікаря можна буде записатися он-лайн.

E-health спрощує спілкування хворого із фахівцем, дає точну статистику рівня захворюваності в країні, епідемії,

потреб у вакцинах і необхідних ліках. Також система запобігає дублюванню аналізів та обстежень і відповідно економить кошти.

У МОЗі створили ДП "Центр електронної охорони здоров'я" – технічний підрозділ, який має розробляти стандарти, продукти і виробити механізм впровадження. Команда зараз доукомплектується експертами Світового банку.

Наразі готується технічне завдання для найму української чи міжнародної компанії, що розробить стандарти. Будуть фахівці з комунікації, громадського здоров'я, моніторингу і оцінки електронних баз.

Впровадження E-health – перспектива найближчих 5 років. Міністерство відповідатиме за якість системи, її вдосконалення, управління нею, надання технічної допомоги регіонам.

Будь-який регіон згодом зможе підключитися до e-health, взяти за основу стандарти і розробити продукт для кожного окремого закладу, і таким чином забезпечити безперешкодний доступ до ресурсу.

Участь його у закупівлях не передбачається.

Важливо розуміти, що створення e-health не є передумовою до реалізації решти проектів. Це лише один компонент центрального рівня.

Ніхто не чекатиме її, щоб розпочати реформи. Інші підрозділи МОЗ і регіони працюватимуть по своїм напрямкам.

## СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

Ми не можемо й далі тримати розгалужену інфраструктуру закладів, бо не інфраструктура дає послуги. Їх створюють лікарі, сучасні технології і наближеність до людей.

80% госпіталізацій в Україні зазвичай не потрібні. З цими випадками може впоратися поліклініка, за умови, що вона буде набагато краще забезпечена дрібним інвентарем і лікарями.

10 років тому у нас вирішили, що первинну охорону здоров'я треба будувати на засадах сімейної медицини.

Всі педіатри і терапевти мали стати сімейними лікарями. Спеціалісти – геть з поліклініки в діагностичні центри. Зараз приходить мама з дитиною і хоче педіатра, а не терапевта, який став сімейним лікарем. Виникає незадоволення.

Сімейні лікарі – це правильно і добре, але в окремо взятому селі, де лікар знає все і про всіх. У місті все так звучувати неправильно. Сімейна медицина – один з елементів первинної медико-санітарної допомоги. Тут мають значення як лікарі загальної практики, так і педіатри, а також сімейні лікарі.

Варто зазначити, що одним з елементів недовіри до реформи системи охорони здоров'я стало нівелювання ролі і функцій педіатрів на первинній ланці.

Це призвело не лише до репутаційних ризиків, а й до очевидних негативних наслідків в системі охорони здоров'я загалом. Тому парадигму первинної допомоги на засадах виключно сімейної медицини слід переглянути.

Ми маємо адаптувати цю систему під сучасний розвиток системи світової охорони здоров'я, а не під уявлення чиновника, який, не читаючи іншими мовами, вирішив, що так буде правильно.

Світ розвивається за іншими принципами: інтегрованої медичної допомоги, коли навколо пацієнта формуються послуги, а не його заганняють у рамки, вигадані чиновником.

## СТРАХОВА МЕДИЦИНА

До впровадження страхової медицини ми зможемо підійти не раніше 2020 року.

Лише після того, як пройдемо етапи автономії закладів, визначення вартості послуг, контрактних відносин між надавачем і замовником.

Обов'язкове страхування сплачується громадянином, який працює.

В Україні "в чорну" працюють десь 40% населення. Маючи таку систему, ми можемо лише витягнути трохи грошей з мінімальної заробітної плати у 1300 грн.

Багато чиновників одразу скажуть, що у нас тепер є страхова медицина, і 50 млрд бюджетних гривень перерозподілять кудись. А ви збирайте з людей страхові внески і оплачуйте послуги.

Скільки ми так зберемо? Це буде точно менше, ніж 50 мільярдів. І тоді ми знівелюємо поняття страхової медицини як інструменту.

Щоби перейти на інструмент страхової медицини, як додатковий фінансовий ресурс, ми повинні зберегти весь обсяг державного фінансування, а на додачу починати впроваджувати страхові платежі, які створюють додаткові можливості оплати послуг, покращуючи якість та збільшуючи інвестиції в охорону здоров'я.

Цієї концепції дотримуються всі цивілізовані країни: страхові платежі і державне забезпечення, бо держава гарантує послуги тим, хто не може за них сплачувати: інвалідам, пенсіонерам та дітям.

За 5 років ми не зможемо перейти на нормальні цивілізовані додаткові інструменти фінансування страхової медицини. Це нереально. Поетапно підготуватися – можна. Зараз ні система, ні люди, не економіка, ні політика не готові.

Багато країн так помилилися. Ми довше за всіх топчемося на місці, і знову хочемо з собою експериментувати, а треба просто брати найкращі світові практики.

Якби був прийнятий закон "Про автономію закладів", це би значно стимулювало систему.

Він критично необхідний, про нього говорять з 1998 року – жодного разу не вистачило політичної волі.

У 2015 році ми – остання країна з пострадянського простору, яка не зробила серйозних змін у системі охорони здоров'я.

Таджикистан вводить зміни, Казахстан переходить на страхову медицину у 2016 році. Грузія пройшла свої ups and downs, але зробила те, що мала.

Ми єдині віримо, що померлу систему Семашка можна відновити.