



ОФІЦІОЗ

Інформаційний бюлетень
"За медичні права"
№ 11 (174) листопад 2016 р.

Наступного року в Україні нарешті має рушити з мертвої точки реформа системи охорони здоров'я. Чи є у проекті бюджету-2017 кошти на це? Коли державні гроші підуть за пацієнтами? До чого готуватися громадам, пацієнтам, лікарям? Відповіді на ці питання дали учасники відкритих бюджетних читань в УМКЦ. Текст про майбутню медичну реформу вашій увазі пропонує ZAXID.NET.

Найменша ефективність медицини і найбільший рівень смертності в Європі

За словами Уляни Супрун, на охорону здоров'я Україна витрачає не мало коштів.

«Зараз платять всі: пацієнт – за лікування і ліки, лікар – за устаткування та окремі препарати. Але всі незадоволені, рівень захворювання населення зашкалює всі світові антирейтинги, а рівень смертності – найвищий у Європі», – підсумувала Уляна Супрун.

При цьому чиновниця додала, що причиною високого рівня захворюваності та смертності є недовіра людей до лікарів та непопулярність профілактики.

«34% жінок і 41% чоловіків в Україні не доживають навіть до пенсії. І це – кричущий факт. При цьому ми звертаємося до лікаря в разі перших проблем лише у 20% випадків, а в Європі одразу йдуть до лікаря 80% людей. Причина – недовіра до галузі. І це треба змінювати», – зазначила Уляна Супрун.

Лише необхідні та ефективні ліки

«Ми не лише витрачаємо гроші в лікарнях, а ще й в аптеках. Понад 90% грошей на ліки йдуть з наших з вами гаманців і лише до 10% цих витрат покривають державні або місцеві програми. Але насправді багато з цих ліків не є життєво необхідними, а другорядними. Це приблизно 50% ліків, які ми купуємо в аптеках», – розповіла вона.

У МОЗі зараз працюють над новою політикою щодо лікарських засобів – суттєво змінюють національний перелік ліків. Зараз у цьому переліку є понад 1000 назв препаратів, у новому – їх буде близько 300.

«Це будуть ліки, визнані Всесвітньою організацією охорони здоров'я, і вони справді життєво необхідні для профілактики та лікування. Лише ці ліки лікарі будуть рекомендувати в своїх рецептах і вони також будуть стратегічними при реімбурсації. Лише ці ліки будуть закуповувати в межах державних чи місцевих програм, – пояснила Уляна Супрун. – В рецепті лікар вказуватиме міжнародну незапатентовану назву, а не торгову марку. І це буде суттєва відмінність від того, що є зараз. Зараз часто лікарі рекомендують препарат специфічної торговельної марки. Тепер цього не буде. На рахунок цього вже ухвалено ряд постанов Кабміну».

Також держава регулюватиме цінову політику на ліки. В міністерстві заявили про реферування (прирівняння цін на ліки до найнижчих у Європі) та реімбурсацію (загальноприйнята назва в міжнародній практиці охорони здоров'я процесу, за допомогою якого система охорони здоров'я впливає на доступність лікувальних препаратів та медичних послуг для населення) цін.

Для порівняння взяли п'ять країн Східної Європи: Польща, Словаччина, Чехія, Латвія та Угорщина.

«Ми реферуємо наші ціни до найнижчих цін в цих країнах. Разом з тим ми розуміємо, що українці заробляють значно менше, ніж поляки чи латвійці. Тому ми повинні мати найнижчі ціни, – зазначила Уляна Супрун. – Ліки, вартість яких відшкодовується за системою реімбурсації, будуть в списку гарантованих послуг на первинній ланці. Ідете до свого

первинного лікаря, отримуєте рецепт і за цим рецептом в аптеці отримуєте ліки безкоштовно. Це система, яка з часом буде збільшуватися й збільшуватися».

Для початку під систему реімбурсації підпадатимуть три нозології:

– Серцево-судинні хвороби, які є першопричиною смертності в Україні (65% українців помирають саме через інсульт або інфаркт. У 2015 році 22,5 млн українців звертались до лікарів з тими чи іншими проблемами серцево-судинної системи). В цій сфері реімбурсація буде поширена на 16 стратегічних генериків (препаратів з міжнародною незапатентованою назвою);

- Цукровий діабет другого типу;
- Бронхіальна астма.

«Лише 210 тис. українців хворіють на астму. Спитаєте, чому вона потрапила в список першочергової реімбурсації? Тому що більшість хворих – діти та молодь. І це – серйозна загроза для майбутнього, – пояснила вона. – Люди з хронічними хворобами, яким ліки потрібні завжди, повинні мати до них доступ. Реімбурсувавши ліки, ми зможемо суттєво зменшити рівень ускладнень різних захворювань та смертності – це найважливіше. І при цьому ми ще зможемо економити, використовуючи гроші більш ефективно».

«Лікарі – конкуренти, а гроші ходитимуть не за адміністрацією, а за пацієнтом»

Коштів, передбачених проектом державного бюджету України на 2017 рік, за словами виконавчки обов'язків міністра охорони здоров'я України, цілком достатньо для старту реформи. Щоправда, за умови їх ефективного використання.

«Тепер в центрі фінансування буде не адміністрація і приміщення закладу, а пацієнт. Пацієнт шукатиме лікаря, а лікар – пацієнта. І багатшими будуть ті лікарі, в яких більше пацієнтів. Це стимулюватиме їх якісно виконувати свою роботу», – пояснила Уляна Супрун.

За словами Уляни Супрун, нема нічого поганого в тому, що лікар хоче добре заробляти. Але має бути здорова конкуренція та прозорість.

«За ті кошти, які сьогодні передбачені в бюджеті, держава може заплатити за родину з двома дітьми 1000 грн на рік. Це буде 20-50 тисяч доходу на лікаря первинної ланки, але цей лікар не буде сам: він має ще медсестру, можливо, фельдшера, апаратуру в оренду. Тобто це не є його чистий дохід. Це дохід на його практику і він сам розподілятиме гроші так, як він вважатиме за потрібне і правильне», – пояснила керівниця МОЗу.

Ліцензії видаватимуть не адміністраціям лікувальних закладів, а кожному лікарю. І неспроста.

«Зараз ми ліцензуємо господарську роботу лікарів, але ми не ліцензуємо їх професійну діяльність. Ліцензія – це вимоги, а звідси і покращення якості. Лікарі, які мають ліцензію, матимуть вищу зарплату. Це – інший рівень спілкування із державою», – пояснила вона.

Трансплантологія: і врятувати людину, і зекономити

Згідно з чинним законодавством, донорами органів для людини можуть бути лише найближчі рідні – мама, тато, брат, сестра, або син чи дочка. Якщо є інший донор, доводиться їхати за кордон і платити за ту саму операцію в декілька разів більше.

«Вже є законопроект, який пройшов перше читання у Верховній Раді, і ми чекаємо, щоб депутати проголосували щодо цього. [...] Було багато обговорено, чи має бути презумпція згоди чи не згоди. У світі у 50% випадків так, а 50% - так. Наприклад у США, де трансплантологія найбільш поширена у світі, діє презумпція незгоди», – розповіла Уляна Супрун.

Міністерство ініціюватиме, аби Україна мала доступ до європейської бази донорів. Також Україна шукатиме гроші на відкриття нових центрів трансплантології.

«Ми витрачаємо колосальні кошти на вивезення українців на операції з трансплантації органів за кордон. Це треба змінювати. Ми можемо робити ті самі операції тут», зазначила вона.

За стоматологію доведеться доплачувати

Держава практично неспроможна фінансувати стоматологію. Майже вся апаратура та 98% відсотків пломб та інших препаратів купують самі лікарі. А потім беруть за це гроші. Виходить така собі підприємницька діяльність на державному робочому місці.

«Звісно, ми не зможемо фінансувати все. Людям все-таки доведеться доплачувати. Але це буде чітко контролюватися державою. Також буде гарантований перелік безоплатних стоматологічних послуг», – анонсувала керівниця МОЗу.

Невідкладну допомогу повинні надавати не лише лікарі

«Пригадую, як стався вибух авто журналіста Павла Шеремета. Він лежав в крові, а поліцейський нікого до нього не підпускав і сам не надавав першої домедичної допомоги, бо не знав як. Підійшов хлопець в білій сорочці і почав йому допомагати і відкривати дихальні шляхи. Витяг його з машини, поклав у безпечну позицію... – розповіла Уляна Супрун, – Знаєте, хто цей хлопець? Це – демобілізований військовий і навчився він цього в армії».

За її словами, надавати першу домедичну допомогу повинні всі люди, які першими зустріють поранених – пожежники, поліцейські, водії їх авто. За ініціативою МОЗу, в Україні провиритимуть такі навчання.

Також чиновниця додала: «Дуже важливо підняти на новий рівень відділення невідкладної медичної допомоги. Бо люди не хворіють з понеділка по п'ятницю з 9-ї до 6-ї. А вночі, на вихідні».

Переоцінка цінностей або новий підхід до галузі

«20 років про це говоримо. Написано купу стратегій. Коли я прийшла на цю посаду, я не почала знову збирати колегії й обговорювати нові стратегії. Я взяла все напрацьоване і просто розставила за пріоритетами та першочерговістю, – зазначила вона. – Ми не хочемо далі обговорювати, потрібно нам це чи ні. Треба вже починати щось робити. Буде важко. Це не буде за один день, тиждень чи півроку... Але треба рухатись. Ми маємо не просто зробити ремонт в лікарнях, а фундаментально змінити систему».

Уляна Супрун обіцяє привернути все більше уваги керівництва держави до проблеми охорони здоров'я.

«Минулого тижня увесь Кабмін запросили на зустріч з Європейською бізнес-асоціацією. Сиділи вісім міністрів. Говорять всі: Зубко, міністр фінансів, інфраструктури... А далі дійшла моя черга і мені кажуть: «Знаєте, пані Уляно, а вже не залишилось часу». І власне це показує увесь підхід до ситуації – охорона здоров'я зараз на останньому місці, а має бути навпаки. І я зроблю все залежне від мене, щоб це змінити та змусити керівництво держави по-новому розставити пріоритети», – підсумувала Уляна Супрун.

Український кризовий медіа-центр (УКМЦ) на своїй сторінці опублікував ґрунтовний аналіз урядового проекту реформи охорони здоров'я, на яку у бюджеті наступного року передбачено 46 млрд грн.

Гроші на реформу є

Коштів, передбачених проектом державного бюджету України на 2017 рік, достатньо для запуску реформи – за умови

їх ефективного використання. Про це в один голос заявляють представники Міністерства охорони здоров'я та Міністерства фінансів. Погоджуються з ними й експерти від громадськості, привертаючи додаткову увагу до потреб місцевих бюджетів.

Павло Ковтонюк, заступник міністра охорони здоров'я

Якихось додаткових грошей на реформу в цьому бюджеті немає. <...> Але ми повинні дивитися, не скільки грошей, а яка мета – що ми робимо з цими 46 мільярдами, які підуть на забезпечення медичної допомоги по всій країні. І от чому гроші на реформу все таки є: бо суть реформи полягає в тому, аби цей бюджет інакше використовувати.

Сергій Марченко, заступник міністра фінансів

Коштів більш ніж достатньо. <...> І як тільки ми побачимо реальні кроки з реформування, Мінфін готовий передбачити додаткове фінансування тим громадам, що здійснюють їх.

Олександр Ябчанка, експерт групи медичної реформи Реанімаційного пакету реформ

На місцевому рівні потрібно змінювати певні інфраструктурні речі, інвестувати у закупівлю комп'ютерів, щоб запустити єдину електронну базу, тощо. В проекті державного бюджету саме на це я коштів не бачив: якщо вони можуть бути вивільнені в процесі реформи, це було б дуже правильно.

Стара система вичерпала себе

Сьогодні в Україні й досі діє успадкована від СРСР державна система охорони здоров'я, побудована на основі командно-адміністративної моделі управління й відома у світі як система Семашка. Реальність, яка дозволяла їй бути ефективною, лишилась далеко в минулому – і система впевнено деградує, поглинаючи з кожним роком дедалі більше наших грошей.

Дотепер кошти витрачаються на ресурси – утримання будівель лікарень, зарплату персоналу тощо, – а не на медичні послуги громадянам. В таких умовах лікарням вигідно утримувати «роздуту» інфраструктуру, яка і є підставою для визначення обсягу фінансування закладів. Ефективність їхньої роботи, якість і кількість послуг при цьому особливого значення не мають, а самі послуги часто дублюються між закладами різного підпорядкування.

За цієї системи на охорону здоров'я витрачається значна частка від ВВП (7,8% у 2013), але більшість медичної інфраструктури є застарілою, а медичні працівники – однією з найменш оплачуваних професій. Здоров'я громадян залишається незахищеним, а послуги «безоплатної» медицини вони змушені оплачувати власним коштом, обсяг якого у 2015 році (згідно з даними компанії MedExpert) перевищив державні витрати на охорону здоров'я.

Павло Ковтонюк, МОЗ

Протягом попередніх 25 років держава просто підтримувала те, що є. Метою було – виплатити лікарям хоча б якусь зарплату, дати лікарням хоч на якісь там медикаменти і виплатити якісь комунальні платежі... Причому рівень усього цього – настільки низький, що просто доводиться шукати додаткові кошти, бо держава забезпечує лише абсолютний мінімум. І так – кожен рік. <...> Без структурної зміни загального підходу цей бюджет завжди буде виконувати функцію підтримки навіть уже не штанив, а скоріше фігового листочка.

Олександр Ябчанка, РПР

Що стосується реалістичності реформи – у нас не має іншого виходу. Система Семашка, за якою ми жили ці 25 років, вже вичерпала свій ресурс. Або треба робити капітальний ремонт, або вона просто зупиниться – і не буде ніякої системи охорони здоров'я.

Нова система частково запрацює вже у 2017 році

З наступного року держава змінює принцип фінансування для медичних закладів первинної ланки – поліклінік, амбулаторій, центрів первинної медико-санітарної допомоги. На їхній базі буде розгорнуто систему сімейної медицини

європейського зразка: кожен українець зможе вільно обирати сімейного лікаря і педіатра для своїх дітей та підписувати з ними прямі угоди з чітко визначеним обсягом гарантованих послуг. А держава скеровуватиме гроші за пацієнтом, тобто на оплату отриманих громадянином послуг — тому лікарю і закладу, яких він обрав.

Робота лікарів буде оплачуватись за подушним нормативом. Згідно з концепцією реформи, лікарі первинної ланки зможуть працювати за будь-якою організаційною формою (ФАПи, поліклініки, амбулаторії та ЦПМСД). Робота буде оплачуватись за подушним нормативом в залежності від кількості укладених лікарем угод і дотримання медичних протоколів лікування й діагностики. Процедуру ліцензування медичних практик мають намір прискорити, державні будівельні норми та санітарно-гігієнічні правила і норми для відкриття медичних практик – спростити й гармонізувати з європейським законодавством, паперову звітність для лікарів первинної ланки – скасувати.

Технічним оператором перерахування бюджетних коштів стане прозора страхова агенція, що здійснюватиме документо-обіг з лікарями. Запровадження нових податків чи страхових внесків не передбачається. А утриманням медичних закладів відтепер опікуватимуться органи місцевої влади.

Павло Ковтонюк, МОЗ

У нас є рідкісний шанс, коли ми маємо дуже конструктивні стосунки з Міністерством фінансів і розуміння й підтримку з боку прем'єр-міністра щодо того, аби з 2017 року розгорнути принцип «Гроші ходять за пацієнтом». Поступово, починаючи з первинної медичної ланки, щоб у 2018 році дійти до стаціонарної допомоги і за три роки перейти повністю на цей принцип. На рівні первинної допомоги ми хочемо розпочати це вже наступного року: відійти від територіальної прив'язки і платити тому лікарю, до якого реально ходять пацієнти і з яким вони підписують угоди про лікування. Ми вважаємо, що у 2017 році ми це зможемо зробити.

Сергій Марченко, Мінфін

Органи місцевого самоврядування повинні зрозуміти свою роль у цих процесах. Вони мають стати власниками і господарями медичних закладів. Не казати, що цей заклад, мовляв, належить МОЗ чи академії наук. Це заклади, будівлі, які належать органам місцевого самоврядування. І вони мають бути свідомими, що вони можуть бути ефективними господарями цих закладів. А роль держави – забезпечити використання коштів, які ми збираємо у вигляді податків, для закупівлі конкретних послуг для громадян.

Більше грошей отримають ті, хто реформується швидше

Значного збільшення обсягу медичної субвенції в 2017 році не планується. Однак Міністерство фінансів обіцяє впродовж року знаходити додаткові кошти – для тих громад, які охоче реформуватимуться. Таке стимулювання реформи повністю підтримує і Міністерство охорони здоров'я.

Сергій Марченко, Мінфін

Що стосується медичної субвенції: вона буде збільшена частково, не набагато, але у нас є логічне пояснення. Тількино ми побачимо перші кроки по реформі, Міністерство фінансів готове в будь-який час для тих громад, які зроблять ці кроки, підготувати додаткові кошти, щоб стимулювати їх рухати медичну реформу. Міністерство фінансів готове ритмічно відразу саме тим громадам передбачити додаткове фінансування під реформу.

Павло Ковтонюк, МОЗ

Ми повинні створити такі правила гри в системі, щоб були мотиватори для регіонів в умовах децентралізації, коли влада зараз переходить на місця, й реформи все одно втілюватимуть там. Ми повинні створити такий механізм, щоби ті регіони, які йдуть швидше за інші, мали більше. І таким чином наш бюджет повинен підганяти реформу, а не консервувати існуючий стан речей.

Що залежить від громад?

Громади мають навчитися ефективно господарювати, оскільки наступного року повноваження з розподілу коштів на потреби медичної інфраструктури переходять з центрального на регіональний рівень. Органи місцевого самоврядування нарешті зможуть припинити змагатись за увагу Києва і самостійно визначати пріоритети. Це дозволить створити здорові умови для оптимізації, утримання і розвитку медичної інфраструктури та підвищення якості медичних послуг.

Стан лікарень, якість і доступність послуг – справа місцевої влади

Йдеться як про матеріально-технічний стан медичних закладів, їхню забезпеченість комунальними послугами, можливість дістатися до них рівною дорогою і зручними маршрутами, так і про підвищення професійного рівня лікарів і якості медичних послуг. Тобто про все, що забезпечує привабливість медичного закладу для пацієнтів – адже державні гроші тепер ходитимуть за ними. Відтак задача для місцевих органів влади на найближчий час – подбати про стратегічні інвестиції у підпорядковані їм заклади, насамперед – в інфраструктуру та енергоефективність.

Громади, де з'являться найефективніші заклади, отримуватимуть доступ не лише до відповідного медичного обслуговування, але й до інвестицій, і можливість за рахунок коштів держави, страхових компаній і оплати від громадян розширити кількість робочих місць для медичного персоналу, збільшити привабливість території та приймати пацієнтів з суміжних територій (і навіть з усієї країни) для надання тих послуг, в яких заклад досягає високих результатів.

Сергій Марченко, Мінфін

Це викликало дуже широку дискусію, чому муніципалітети або органи місцевого самоврядування мають фінансувати медичні заклади. В нас є простий і чіткий аргумент: муніципалітети мають при звичаїтися до того, що вони як власники повинні бути відповідальними господарями. Тобто ми кажемо: ви маєте оплачувати електроенергію у своїх закладах самостійно. Якщо ви вважаєте, що необхідно якимось чином щось переформатувати, або забезпечити енергозбереження, або перепрофілювати, – це ваш заклад, отже, будь ласка, навчіться ним управляти.

Павло Ковтонюк, МОЗ

Роль місцевих громад – щоб ці заклади були, щоб вони були у належному стані, щоб там працювали кваліфіковані лікарі і щоб людина фізично могла туди доїхати. А держава купить у них пакет гарантованих послуг.

Лікарям доведеться конкурувати за пацієнтів, лікарням – за лікарів

Громадяни зможуть вільно обирати для себе лікаря і, якщо його послуги не задовольняють, розривати угоду з ним, щоб обрати іншого. Оскільки доходи лікарів залежатимуть від кількості обслуговуваних пацієнтів, це мотивуватиме надавати якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів і професійних стандартів – щоб утримати пацієнтів і державні кошти, що ходять за ними. Медичні заклади, у свою чергу, будуть зацікавлені у присутності ефективних лікарів, які також зможуть обирати місце роботи на свій розсуд.

Лікарням доведеться конкурувати не за ліжкомісця, а за пацієнтів

Формування єдиного медичного простору без штучних бар'єрів, імовірно, призведе також до об'єднання лікарень або, принаймні, їх «спеціалізації» на тих послугах, які вони надають найкраще з точки зору якості та економічної ефективності. Це означатиме зменшення витрат публічних коштів одночасно з підвищенням якості послуг завдяки зосередженню найкращого обладнання, фахівців та потоку пацієнтів в одному місці.

Павло Ковтонюк, МОЗ

Ми державний бюджет пускаємо за пацієнтом. І куди він піде – там буде багато грошей, та лікарня буде добре себе почувати. Якщо пацієнти не йдуть, то щось робіть, щоб вони до вас пішли. І це – роль місцевої влади: вона повинна зробити свої заклади привабливими, найголовніше, для пацієнтів. А це можна зробити, тільки зробивши їх привабливими для лікарів.

Олександр Ябчанка, РПР

Громадянин сам обирає собі лікаря первинної допомоги, який фактично є його партнером у питаннях збереження здоров'я. Тобто це – той лікар, який має не дати вам захворіти, а якщо ви вже захворіли, то має порадити, що з цим робити. В межах своїх компетенцій, тобто протоколу, він лікує те, що він може лікувати, а з тим, що не може, скеровує громадянина туди, де він може отримати потрібну допомогу. Коли громадянин сам обирає, з яким лікарем підписати контракт, гроші починають ходити за пацієнтом на «первинці». А потім, коли цей громадянин вже звертається за складнішою медичною допомогою або діагностикою, гроші за ним ідуть у той заклад, в який він звернувся. І ці заклади – у власності громад, які зацікавлені в тому, аби громадяни йшли, власне, в їхні заклади. Так з'явиться конкуренція і на «вторинці» теж.

Що залежить від уряду?

Передавши утримання медичної інфраструктури громадам, уряд займатиметься затвердженням загальних принципів роботи й розвитку системи охорони здоров'я, механізмів управління і фінансування, а також купуватиме для громадян чітко визначений обсяг медичних послуг.

Гарантований пакет послуг

Держава відмовляється і надалі декларувати радянський принцип повністю безоплатної медичної допомоги, для втілення якого немає об'єктивних можливостей. Натомість уряд бере на себе зобов'язання гарантувати чітко визначений обсяг медичних послуг, прив'язаний до пріоритетів в охороні здоров'я та економічного стану країни. Громадяни знатимуть, що конкретно вони можуть отримати за державний кошт, а за що необхідно сплачувати самостійно.

Медичні послуги в рамках гарантованого пакету держава зможе купувати у постачальників усіх форм власності, забезпечуючи оплату від єдиного національного замовника за надані громадянам послуги.

Павло Ковтонюк, МОЗ

Національний уряд, який збирає на національному рівні податки з кожного громадянина країни, повинен відповідати за забезпечення цьому громадянину гарантованого обсягу медичних послуг. Це певна державна гарантія того, що в будь-якій точці країни громадянин повинен мати право на один і той самий обсяг медичних послуг.

Клінічні протоколи і електронні реєстри

На центральному рівні також буде затверджено єдині клінічні протоколи, що спираються на принципи доказової медицини, за якими працюватиме нова система охорони здоров'я. За даними експертів, та частина протоколів, що необхідна для запуску реформи первинної ланки медичної допомоги у 2017 році, вже затверджена. Щоб забезпечити їх дотримання на рівні громад, мають бути розроблені локальні протоколи, що уточнюють технічні деталі їх виконання на кожній території з урахуванням особливостей інфраструктури.

Буде створена єдина електронна база обліку пацієнтів, медичних послуг і бюджетних відносин

Крім того, одночасно з впровадженням нового принципу фінансування галузі уряд планує електронізувати галузь:

створюється єдина електронна база обліку пацієнтів, медичних послуг і бюджетних відносин. За її допомогою планують вирішити і проблему «мертвих душ», фіктивно приписаних до лікарів і закладів.

Олександр Ябчанка, РПР

Беремо створені у світі на основі доказової медицини протоколи діагностики, лікування і маршрутизації пацієнтів і адаптуємо їх. Це – перша історія. Друга – кожен учасник цієї системи знаходиться у єдиній електронній базі, і все, що відбувається з цим учасником, тобто з кожним громадянином, вноситься в цю електронну базу, до якої, умовно кажучи, прикручений цей протокол. Кожна маніпуляція за протоколом – чи то діагностична, чи профілактична, чи лікувальна, – вноситься в базу. Ми їх бачимо, і кожна маніпуляція має конкретну вартість. Тоді ми можемо, по-перше, бачити, на що витрачаються бюджетні кошти, і, по-друге, можемо планувати найбільш ефективно використання коштів у рамках виконання технічного протоколу.

Павло Ковтонюк, МОЗ

Тільки єдиний електронний медичний простір повністю вирішить проблему «мертвих душ». Ми, як тільки прийшли, з першого дня почали робити кроки, щоби впровадити це з наступного року. Ми хочемо щоб «первинка», як тільки ми там запровадим новий принцип фінансування, одразу перейшла на електронні відносини з бюджетом. Це дуже важливо.

Оцінка ефективності за новими показниками

Оцінити ефективність реформи допоможуть фінансовий аудит, моніторинг того, скільки коштів і на які послуги буде витрачено для пацієнтів та як після нововведень зростатимуть доходи лікарів. Ключові завдання на сьогодні – детально продумати цей механізм оцінки з чіткими індикаторами ефективності та запровадити єдину електронну систему, де здійснюватиметься облік усіх наданих послуг.

Серед найбільших ризиків для успіху реформи – недостатня інформованість і непорозуміння між учасниками реформи та перетворення її на розмінну монету у політичній площині. Наразі між профільним комітетом Верховної Ради і Міністерством охорони здоров'я є порозуміння, але, якщо виникнуть протиріччя, подальше розгортання реформи може бути заблоковане.

Павло Ковтонюк, МОЗ

На наступний рік, принаймні у вузькому сегменті первинної ланки медичної допомоги, наша мета – платити тим лікарям, які надають якісну допомогу пацієнтам і яких пацієнти обирають. Тому оцінювати ефективність ми будемо дуже просто: будемо питати пацієнта, питати лікаря і дивитися статистику, чи гроші справді пішли до тих лікарів, яких обрали пацієнти, чи підвищились у тих лікарів доходи і чи поліпшились умови роботи, чи пацієнти стали більш задоволені. І от ми це виміряємо і тоді оцінимо, спрацював чи не спрацював принцип «Гроші ходять за пацієнтом».

Олександр Ябчанка, РПР

Ми на рівні теорії можемо розробити фантастично ефективну систему, але якщо ключові учасники цього процесу не розумітимуть, що відбувається, – нічого не вдасться. А ключовими учасниками є і кожен громадянин, і кожен медичний працівник. І, поза сумнівом, український політикум має зрозуміти, що репутаційні ризики від провалу реформи набагато страшніші для них, ніж репутаційні ризики, які можуть виникнути у процесі реалізації реформи. Якщо це буде донесено до усіх гілок влади, все у нас вийде.

Аналіз підготували Реанімаційний Пакет Реформ, Ейдос: Центр політичних студій та аналітики у співпраці із Міністерством охорони здоров'я та Міністерством фінансів України.

Джерело: УКМЦ