

Це солодке слово «реформа»: перспективи андеграунду охорони здоров'я

О вреде курения лучше расскажет ваш личный патологоанатом [народная мудрость]

Четвертий рік Україна як держава продовжує відчувати на собі справедливість одного з принципів так званих законів Мерфі, у тому числі у сфері охорони здоров'я. Продовжують також дивувати гучні заяви можновладців про нібито реформування охорони здоров'я. Але дивують не так заяви «жартівників» від МОЗ (інакше я їх не можу назвати і, більше того, ставлюся до їх почуття здорового гумору дуже позитивно), а саме реакція спільноти, що має відношення до сфери охорони здоров'я, і, в деяких випадках, пацієнтів або їх представників. А найбільше мене дивує висловлення стурбованості окремими медичними посадовцями щодо можливості нівелювання в результаті так званої реформи права громадян на охорону здоров'я, передбаченого ст. 49 Конституції України, зокрема, безоплатної медичної допомоги. Я навіть спочатку сприймав таку турботу як жартівну відповідь одних жартівників на якусь гучну промову жартівників від МОЗ. Крім того, велику частку здорового скептицизму нав'яло розуміння, по-перше, того, що ми живемо в країні перманентного реформування охорони здоров'я. А по-друге, це спостереження на всіх рівнях ієрархічної структури не завжди компетентних осіб, які, на жаль, ще не скоро наберуться необхідного досвіду. А їх жарти — це швидше захисна реакція від відчуття власної некомпетентності.

В Україні було прийнято велику частку документів концептуального та програмного характеру, що мали на меті реформування галузі охорони здоров'я, хоча першу Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України було затверджено лише 07.12.2000 р. Указом Президента України. У подальшому серед документів, що були безпосередньо спрямовані на забезпечення охорони здоров'я і в яких визначено державним замовником програми саме МОЗ України, були схвалені розпорядженнями КМУ наступні концепції:

- Державної програми розвитку системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю на 2006—2010 роки від 05.11.2005 р.,
- Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006—2015 роки» від 27.04.2006 р.,
- Державної програми «Дитяча онкологія» на 2006—2010 роки від 01.02.2006 р.¹,
- Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006—2010 роки від 16.03.2006 р.,
- Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007—2011 роках від 24.06.2006 р.,
- Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007—2016 роки від 10.07.2006 р.,
- Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року від 13.07.2006 р.,
- Державної програми «Трансплантація» на 2006—2010 роки від 20.07.2006 р.,
- Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р. від 24.07.2006 р.,
- Загальнодержавної програми імунпрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2007—2015 роки від 03.08.2006 р.,
- Державної програми розвитку виробництва медичної техніки на 2008—2012 роки від 21.03.2007 р.,
- Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація» на 2009—2013 роки від 21.05.2008 р.,
- Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009—2013 роки від 21.05.2008 р.,
- Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на 2008—2012 роки від 04.06.2008 р.

Крім того, постановою КМУ від 04.03.2004 р. затверджено Концепцію стратегії Уряду, спрямовану на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 р. тощо.

Безумовно, протягом останніх років приймалися органами влади й інші концепції, що тим або іншим чином стосуються здоров'я громадян, нами відзначені лише ті, де замовником виступає МОЗ.

Однак серйозне ставлення до подій, що відбуваються у сфері охорони здоров'я, у мене зникло після прийняття остаточної редакції Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Усе, що відбувається після прийняття цієї редакції закону, на мою думку, є не що інше, як переформатування медичної діяльності, але аж ніяк не реформа охорони здоров'я.

Проте основною причиною ігнорування дискусій навколо розваг посадовців від МОЗ є відсутність впровадження ключових новел Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженнями КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р. Це, перш за все, декларація про запровадження в Україні моделі державного солідарного медичного страхування. І хоча свого часу мною й розглядалася критично така можливість, але лише в контексті її відповідності окремим тлумаченням Конституційно-

го суду України щодо ст. 49 Конституції України. Загалом ця норма могла б слугувати проривом у системі охорони здоров'я, але зрозуміло, що після усунення корупційних ризиків.

Хочу нагадати, що відповідно до Рішення Конституційного суду України від 29.05.2002 р., справа № 1 — 13/2002: «Положення ч. 3 ст. 49 Конституції України — у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги. Однак зрозуміло, що зазначене тлумачення не зовсім відповідає світовій практиці і в Україні є нерезалізованим.

На жаль, основні новели цієї Концепції щодо солідарного страхування так і не були реалізовані. Тому розпорядження КМУ від 15.11.2017 р. № 821-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року» вже не сприймається реформаторським. Сам план, зрозуміло, змінює окремі правовідносини у сфері забезпечення надання медичних послуг. Однак цей план разом із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» фактично ставлять крапку на можливості реалізувати реформаторські ідеї Концепції.

У цілому Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» не регламентує нічого, що могло б змінити стан справ в охороні здоров'я на краще. Швидше його окремі новели пострафактум отримали нормативно-правову регламентацію, зокрема, поняття «реімбурсація», незважаючи на його практичне втілення, лише в цьому законі отримало юридичну характеристику: це механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлю лікарськими засобами, вартості ліків, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України та ін. Цікавим можна вважати впровадження де-юре нових рівнів медичної допомоги, крім загально відомих (первинної, вторинної, третинної), це також: медична допомога дітям віком до 16 років та медична допомога у зв'язку з вагітністю та пологами.

Перед тим як продовжувати будь-які дискусії з приводу реформування охорони здоров'я, ми повинні зрозуміти та вирішити для себе, по-перше, чи дійсно в Україні потрібна реформа охорони здоров'я.

На це питання, відповідь має бути, на мою думку, однозначна — «так». Але це повинна бути дійсно реформа на кшталт правового забезпечення Public Health, але в розумінні країні ЄС. На жаль, в Україні поняття правового забезпечення громадського здоров'я носить звужений характер. І все ж таки слід визначитися, яка модель дійсно буде запроваджена в Україні. Це важливо, враховуючи безсистемне коливання розробників документів щодо переформатування медичної діяльності.

Як ми пам'ятаємо, в Концепції, схваленій розпорядженнями КМУ від 30.11.2016 р., було запропоновано, цитуємо: «...модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі». Проте вже Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» у ст. 2 встановлює: «...програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) — програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні виробни) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами...». Тобто мова йде лише про бюджетне фінансування.

Хоча разом з тим в останньому абзаці перехідних положень цього закону встановлено: «...опрацювати питання запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування».

Хочу відмітити, що державне солідарне медичне страхування та загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування — це зовсім різні види страхування. Проекти законів про державне соціальне медичне страхування свого часу готувалися по 2—3 редакції кожної каденції Верховної Ради України.

До речі, необхідно зауважити, що в Програмі економічних реформ України на 2010—2014 роки від 02.06.2010 р. було також прийнято рішення щодо впровадження обов'язкового соціального медичного страхування. Якщо ознайомитися з Програмою, то можна побачити, що риторика в цілому не змінилася. Проте навіряд чиновники з органів влади знайомі з цим документом, швидше за все, вони не мають уявлення про нього.

Хочу нагадати, яку проблему в системі охорони здоров'я вбачали автори Програми. Це, поперше, низька якість медичних послуг. Очікувана тривалість життя населення України, зазначена в обґрунтуванні Програми, становить 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вищий, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує аналогічний у країнах ЄС, рівень смертності від туберкульозу — в 20 разів вищий. По-друге, нерівний доступ до послуг охорони здоров'я. Бідні верстви населення страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги. Відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення мети рівного доступу. Існують диспропорції стосовно доступу до медичних послуг на рівні міських і сільських територій. Високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. Згідно з даними офіційної статистики, витрати населення перевищують третину від загального обсягу фінансування галузі (40% у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг.

Причинами виникнення зазначених проблем, на думку авторів Програми, були:

- відсутність зв'язку між якістю отриманих медичних послуг й видатками на її фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці;
 - низький рівень профілактики й частки первинної медико-санітарної допомоги в структурі медичних послуг;
 - неефективне використання бюджетних коштів, виділених на охорону здоров'я. На 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень, тоді як у ЄС-10 цей показник — 2,6; кількість ліжок-місць в Україні — 868 на 100 тис. населення, а в ЄС-10 — 644; кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні — 302, у ЄС-10 — 261. 86% бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, йде на утримання медичних закладів та оплату праці лікарів;
 - дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг;
 - низька самостійність медичних закладів при використанні фінансових ресурсів.
- Головною метою реформи медичної сфери є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості. Для досягнення цієї мети поставлено такі завдання: підвищити якість медичних послуг; підвищити доступність медичних послуг; поліпшити ефективність державного фінансування; створити стимули для здорового способу життя населення й здорових умов праці.

Автори Програми вважали, що здійснення реформ у бюджетній моделі фінансування охорони здоров'я України дозволить підготувати умови для переходу до страхової моделі (соціального медичного страхування).



Для підвищення якості медичних послуг необхідно забезпечити: перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я на контрактній основі. Тобто на первинному рівні — оплата за кількість осіб, які мешкають у межах певної території; на вторинному, третинному — залежно від обсягів, структури та якості наданої медичної допомоги (закупівля обладнання й інших матеріально-технічних засобів здійснюватиметься у тому числі й за рахунок цільових бюджетних програм); повсюдне впровадження клінічних протоколів; розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг; зміна системи оплати праці медичних працівників за рахунок виділення двох складників: постійного (на основі єдиної тарифної сітки), змінного — залежно від обсягу й якості наданої медичної допомоги.

Підвищення доступності медичних послуг досягатиметься таким чином: чітке структурне розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги в нормативних актах; структурна реорганізація сфери шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (медичні заклади з правами юридичної особи, до складу яких входять амбулаторії загальної практики/сімейної медицини та фельдшерсько-акушерські пункти, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району або міста з кількістю населення від 30 до 100 тис. осіб), госпітальних округів (мається на увазі функціональне об'єднання кількох адміністративно-територіальних одиниць, населення яких забезпечено вторинною медичною допомогою з боку комплексу медичних закладів, що спеціалізуються залежно від інтенсивності наданої допомоги) з урахуванням радіуса доставляння пацієнтів; розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги; підтримка розвитку приватного сектору медичних послуг, забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі.

Для поліпшення ефективності фінансування сектору охорони здоров'я необхідними є скорочення 4-рівневої системи фінансування до 2, 3 рівнів на основі об'єднання фінансових ресурсів: для первинної медико-санітарної допомоги — на районному й міському рівнях, для вторинної й третинної — на обласному (для державних спеціалізованих центрів і клінік науково-дослідних інститутів — на державному); зміна адміністрування видатків медичних закладів на основі розроблення й впровадження єдиної методики розрахунків медичних послуг, формування системи єдиних національних тарифів, переходу від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів (глобальний бюджет); збільшення частки первинної медичної допомоги в загальному обсязі фінансування медичних послуг, стимулювання проведення профілактичних заходів.

Підготівка умов для переходу на страхову модель охорони здоров'я (систему соціального медичного страхування) буде забезпечена за рахунок досягнення фінансової стійкості медичних закладів, оптимізації їх мережі, збільшення самостійності керівників медичних закладів щодо управління фінансовими коштами, підвищення конкуренції в системі охорони здоров'я.

Які етапи впровадження цієї реформи? Перший етап (до кінця 2010 р.) — внесення змін до Бюджетного кодексу, Закону України «Про засади законодавства про охорону здоров'я» та прийняття Закону України «Про лікувально-профілактичні заклади й медичне обслуговування населення», що забезпечують об'єднання коштів на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні району або міста, на надання вторинної (спеціалізованої) і швидкої медичної допомоги — на обласному рівні, для надання

¹Пашков В.М. Проблеми правового регулювання відносин в сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст). — К.: МОРІОН, 2009. — С. 192—193.