

Проект Світового банку: подробиці впровадження

У червні 2015 р. в Україні стартував проект Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» (далі — Проект), у рамках якого вітчизняна система охорони здоров'я отримує позику у розмірі 214,73 млн дол. США. Презентація Проекту медичній спільноті, яка відбулася 19 травня 2015 р. під час засідання Українського медичного клубу, залишила чимало відкритих питань. Зокрема, не зрозуміло, як саме Світовий банк оцінює ризики Проекту, яких заходів буде вжито, щоб виділені кошти використовувалися ефективно, хто проводитиме закупівлі, як відбуватиметься моніторинг результатів. Відповіді на ці та інші питання в ексклюзивному інтерв'ю для читачів нашого видання ми попросили **Олену Дорошенко**, економіста, фахівця Світового банку з питань охорони здоров'я, харчування та населення в Білорусі, Україні та Молдові, **Альону Горошко**, консультанта Світового банку з питань ВІЛ/СНІД, та **Маркіяна Дацишина**, керівника Групи консультативної підтримки Проекту.



Олена Дорошенко



Альона Горошко



Маркіян Дацишин

Нагадаємо, що Проект складається із 3 компонентів.

Компонент 1. Удосконалення послуг на місцевому рівні у 8 відібраних на конкурсній основі регіонах (Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Закарпатській, Запорізькій, Львівській, Полтавській, Рівненській областях).

Компонент 2. Зміцнення урядування Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі підтримка реформування системи фінансування медичних закладів, розвиток електронної системи охорони здоров'я (eHealth), розвиток послуг громадського здоров'я, проведення інформаційних кампаній та розбудова кадрової та організаційної спроможностей.

Компонент 3. Підтримка реалізації проекту, моніторинг і оцінювання.

— Що відбувається сьогодні з реалізацією Проекту?

Угода про позику за Проектом між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку від 19 березня 2015 р. № 8475-UA набула чинності 15 червня 2015 р., коли були виконані 4 необхідні для старту Проекту умови з боку України.

— Що це за умови?

По-перше, постановою Кабінету Міністрів України від 27.05.2015 р. № 350 затверджено Порядок та умови надання субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів за Проектом; по-друге, підписано субсидіарні угоди з усіма 8 регіонами; по-третє, затверджено операційний посібник Проекту і, по-четверте,

створено внутрішню інформаційну систему управління документообігом Проекту. Серед особливостей цих умов слід відзначити, що кошти позики будуть надходити з рахунків казначейства безпосередньо на рахунки регіонального рівня, а кожний регіон щомісяця, до 10 числа наступного завітним, звітуватиме перед МОЗ України про їх використання. Тобто кожна область бере на себе зобов'язання розпоряджатися коштами, які отримує від Світового банку, виконувати всі умови Світового банку щодо їх використання, звітувати про освоєння цих коштів, використовувати їх відповідно до завдань і цілей, поставлених перед регіонами на етапі планування Проекту.

— Який перший обсяг коштів від загальної суми буде виділено?

На першому етапі це приблизно 10%, точна сума залежатиме від заходів, які будуть заплановані на перше півріччя реалізації Проекту. Очікується, що кошти (після завершення всіх казначейських процедур — як внутрішньоукраїнських, так і у межах Світового банку) вже у жовтні-листопаді поточного року можна буде використовувати.

— У чому особливість регіонального компонента Проекту?

Проект орієнтований не просто на технічне оснащення визначених регіонами закладів охорони здоров'я, а на підтримку реформування системи охорони здоров'я, у тому числі на місцевому рівні. Проект значною мірою децентралізований, тобто його готували, початково базуючись власне на ініціативах з боку регіонів, а МОЗ України в силу того, що область не може лише на свій розсуд про-

водити зміни в мережі закладів, у фінансовому та організаційному забезпеченні, має надавати певну матрицю, певний шаблон для усіх учасників Проекту, забезпечити на національному рівні нову модель фінансування, яка базуватиметься на діагностично-споріднених групах (ДСГ) для госпітального рівня (ДСП — групи захворювань, подібні за етіологією та патогенезом, об'єднані подібними діагностичними дослідженнями і медичними втручаннями, а також середньою ресурсоемісністю, на основі Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. — Прим. ред.). Те саме стосується і компонента інформатизації. Деякі регіони є більш «просунутими» у використанні різних інформаційних систем, але для того, щоб уся ця система працювала на рівні країни, треба задати певні стандарти, регламенти (на основі відповідних міжнародних), щоб усі дані були між собою сумісними, і можна було на основі інформаційних систем формувати потоки даних, в тому числі й для цілей чинного компонента Проекту. Функція МОЗ України — відповідальність за концептуальне визначення, законодавче, нормативне забезпечення важливих компонентів реформи. Таким чином, усі регіони, а не лише вибрані 8, будуть брати участь у загальній ініціативах з реформування охорони здоров'я, які входять до Компонента 2. Слід розуміти, що центральні компоненти Проекту впроваджуватимуться не тільки в межах 8 регіонів, а на рівні усієї країни.

Крім того, варто зазначити, що Регіональні проекти побудовані на тривалій підготовці регіонів до можливості отримання такого фінансування. Ця підготовча робота

проводилася із залученням експертів Світового банку та полягала у визначенні областю найбільш істотної проблеми на місцевому рівні, яку можна було б подолати з використанням коштів Світового банку. Кожна область ставила перед собою мету, якої хотіла б досягнути у результаті впровадження Проекту. Тобто регіон націлювався не на те, щоб закупити обладнання і встановити його в певних лікарнях чи амбулаторіях первинної медичної допомоги, а на глобальніші питання, які полягали в тому, що саме необхідно змінити для підвищення якості й доступності послуг і яким чином це реалізувати. Оскільки в Україні серцево-судинні та неінфекційні захворювання становлять найбільшу проблему і є причиною смерті великої кількості населення, то більшість регіонів сконцентрувалися на тому, щоб змінити цю сумну статистику. Кожна область обирала проблему, обґрунтовувала її для доведення актуальності, розробляла план заходів з її подолання. План заходів включає: закупівлю обладнання, навчання персоналу, проведення оптимізації та раціоналізації структури закладу охорони здоров'я, забезпечення змін в управлінні закладом охорони здоров'я, інформаційну складову для роз'яснення населенню тощо. Завдання регіонів — показати результат, зафіксований відповідною динамікою статистичних показників.

Одне з таких завдань — досягнення цільового значення артеріального тиску у людей віком 40–60 років з артеріальною гіпертензією. Полтавська область вбачає реалізацію цього через краще виявлення людей групи ризику, просвітницьку роботу з ними щодо способу життя, раннього діагностування артеріальної гіпертензії та регулярного прийому відповідних ліків. Отже, Полтавщина буде посилювати свою спроможність у діагностиці й наданні допомоги пацієнтам з виявленою патологією. Львівщина буде працювати над вирішенням проблеми онкологічних захворювань — область ставить за мету підвищити виявність на ранніх стадіях раку шийки матки та молочної залози. Є очікувані результати. Области мають звітувати регулярно: кожні 6 міс за 11 показниками і щороку — за 4 відповідно до матриці результатів.

Матриця результатів — це додаток до Проекту, в якому визначено індикатори, за якими регіони звітуватимуть Світовому банку.

4 цілі реалізації Проекту (ЦРП), за якими регіони звітують щороку:

ЦРП № 1 — раннє виявлення раку молочної залози та раку шийки матки. Визначається за:

- співвідношенням кількості нових випадків на стадії *in situ* до кількості нових інвазивних випадків раку шийки матки;
- часткою нових випадків раку молочної залози, виявлених на I стадії.

ЦРП № 2 — контроль підвищення артеріального тиску. Враховується збільшення кількості хворих на артеріальну гіпертензію віком 40–60 років, які досягли цільового рівня артеріального тиску — 140/90 мм рт. ст.

ЦРП № 3 — краща якість ведення випадків (профілактика, діагностика та лікування) серцево-судинних захворювань на первинному та вторинному рівні. Визначається за:

- зниженням показника госпіталізації у зв'язку з артеріальною гіпертензією через поліпшення ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією на амбулаторному рівні та рівні первинної медико-санітарної допомоги;
- кількістю пацієнтів, які отримали стентування при гострому інфаркті міокарда з елевачією сегмента S–T.

ЦРП № 4 — середній термін перебування в стаціонарі.

Показники проміжних результатів:

1. Медичні співробітники, які пройшли навчання.

2. Медичні заклади, що були реконструйовані, відремонтовані.

3. Відсоток закладів первинної медичної допомоги, що відповідають вимогам оснащення для поліпшеного ведення випадків серцево-судинних захворювань (відповідно до чіткого переліку).

4. Кількість проведених процедур скринінгу раку:

- тести на рак шийки матки;
- мамографія.

5. Частка діагностованих випадків гострого інфаркту міокарда з елевачією сегмента S–T, що були підтверджені відповідно до належних протоколів за останні 12 міс.

6. Частка амбулаторій первинної медико-санітарної допомоги, в яких є структуровані школи здоров'я або аналогічні ініціативи, що працюють над груповими освітніми заходами, пов'язаними з головними факторами ризику неінфекційних захворювань.

7. Критично важливі стандарти з електронної охорони здоров'я, затверджені МОЗ України (до їх складу входять: електронний реєстр пацієнтів (центральне ядро), нормативні акти, що регулюють унікальну загальнодержавну ідентифікацію пацієнтів, електронні медичні картки пацієнтів (у закладах), ідентифікацій користувачів електронних ресурсів, базовий обмін даними в охороні здоров'я, структура спеціалізованих медичних реєстрів, а також архітектурні та функціональні стандарти інформаційних систем галузі охорони здоров'я, затверджені МОЗ України (щонайменше для лікарень і поліклінік)).

8. Комунікаційна кампанія, розроблена та проведена на загальнодержавному рівні.

9. Наявність лікарняних ліжок (зменшення їх кількості на 100 тис. населення).

10. Кількість областей, які у будь-якому відповідному році впровадили щонайменше 1 реформу з підвищення продуктивності.

11. Частка бенефіціарів у пілотних областях, які засвідчили покращення у плані доступності та якості надання послуг охорони здоров'я, що стосуються Проекту.

Також слід зазначити, що умовою отримання регіоном грошей від Світового банку є належний обсяг фінансування з інших джерел. Тобто паралельно область має власним коштом посилювати інші складові системи надання медичної допомоги. Львівська область, наприклад, розвиватиме органозберігаючу хірургію, щоб підвищити рівень виживаності хворих. Світовий банк розцінює регіональні проекти як складову механізму загальної підвищення ефективності регіональних систем охорони здоров'я і братиме до уваги не лише те, яке обладнання закупили, де його встановили, а й

відстежуватиме, як проводилися тендери, чи відповідали вони процедурам банку, чи мають бути скасовані, а крім того, в цілому — як система охорони здоров'я регіону змінюється в результаті освоєння інвестиційних коштів.

Для модифікації системи фінансування з використанням ДСГ необхідні зміни у законодавстві України. Однак відповідні законопроекти — «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я» (реєстраційний № 2309а), «Про внесення змін до підрозділу 4 розділу XX «Перехідні положення» Податкового кодексу України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я» (реєстраційний № 2310а), «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я» (реєстраційний № 2311а) — зареєстровано у Верховній Раді України лише 07.07.2015 р. Чи пов'язана стратегія Світового банку щодо надання коштів зі змінами у законодавстві?

Світовий банк не вказує державі, як проводити реформи. Вона сама обирає, які законодавчі документи варто змінювати та як змінювати. Світовий банк може виконувати рекомендаційну функцію як агентство з міжнародного розвитку. В обговоренні законопроектів, винесених на розгляд Верховної Ради України, Світовий банк намагався брати участь і по можливості надавати свої зауваження, рекомендації чи підтримку. Щодо механізму фінансування, який планується впровадити в тому числі за рахунок залучення компонента ДСГ, Світовий банк в першу чергу буде підтримувати підготовчу роботу. Тобто для того, щоб змінювати систему фінансування, необхідно розуміти, як її змінювати. На першому етапі, в тому числі й за кошти банку, буде провадитися пілотний етап зі збору даних з українських закладів охорони здоров'я. Деякі форми медичної статистичної звітності будуть адаптуватися і видозмінюватися для одержання можливості застосовувати міжнародну систему ДСГ і розуміння, як держава зможе вибудувати свій новий механізм фінансування медичних закладів. На цій основі МОЗ України разом з Міністерством фінансів України й іншими партнерами мають погодити зміни до законодавства та впровадити їх для забезпечення можливості використання нової системи фінансування по всій країні. Зазначені кроки мають логічно виходити один з одного. Щодо системи ДСГ є погоджений план заходів з її впровадження. Так, наказом МОЗ України від 29.08.2014 р. № 605 попередньо затверджено План заходів із впровадження системи діагностично-спіріднених груп в Україні, наказом МОЗ України від 17.03.2015 року № 150 затверджено Перелік пілотних закладів охорони здоров'я для впровадження системи діагностично-спіріднених груп, до якого увійшли 100 закладів. Необхідно додати, що Світовий банк надав 2 гранти для підготовчої роботи з Проекту. Суть підготовчої роботи — написання проектних заявок у регіонах, підготовка планів впровадження. Значна частка підготовчої роботи стосувалася допомоги українському Уряду в частині розуміння інструменту ДСГ і моделі електронної системи охорони здоров'я, найбільш прийнятної для України.

Протягом 2 років в Україні працювали міжнародні експерти, залучені Світовим банком, що водночас впливало й на якість підготовки відповідних законопроектів. Уперше такі базові зміни до законодавства, необхідні для поступу на шляху впровадження нової моделі фінансування, який концентрував пул коштів для «швидкої» на обласному рівні. Тобто певні зміни вже відбулися. Найгіршою є ситуація з компонентою, яка стосується фінансування стаціонарних закладів, адже немає чіткого розуміння необхідних елементів для уможливлення її впровадження, наприклад розмежування замовника та надавача послуг. Однак певні позитивні зрушення в Україні вже є: наприклад, відокремлено екстрену медичну допомогу, яка раніше була в складі центральних районних лікарень. Також відокремлено є первинна ланка надання медичної допомоги з відповідним бюджетом.

— Чи є бачення того, як буде здійснюватися нове фінансування? Зараз фінансуються ліжка та існують надбавки на первинному рівні у пілотних регіонах. Чи Світовий банк виділятиме кошти, незалежно від змін до законодавства?

Будуть зміни — будуть гроші. Розуміння, як це має впроваджувати Україна, є і на рівні МОЗ України, і на рівні Світового банку, адже перед тим, як Міністерству був запропонований такий план впровадження, його досить довго обговорювали з експертами країн, які вже впровадили або впроваджують ДСГ. МОЗ України проводило досить тривалу аналітичну роботу для того, щоб визначитися, приклад системи ДСГ якої країни буде найбільш близьким для нашої держави. Прийнято рішення піти шляхом адаптації австралійської системи групування випадків. Для цього МОЗ України вже має домовленості з Урядом Австралії. Погоджено, що Австралія передасть свою систему групування випадків для користування Україною в перший рік безкоштовно, а потім — за певні кошти. Завдання в Україні на найближчий період — практично застосувати розроблену в Австралії систему, використовуючи медичну інформацію, наявну сьогодні в українських лікарнях. З цієї метою статистичну медичну документацію, яку зараз ведуть лікарні, буде дещо видозмінено. Як вже зазначалося вище, наказом МОЗ України від 17.03.2015 р. № 150 визначено перелік закладів, які візьмуть участь у Проекті на початковому етапі, що також є частиною Проекту (аналітична робота). Далі має бути проведена нормотворча робота, створення нормативних актів, які уможливають впровадження нової системи фінансування охорони здоров'я, її пілотування, інституціоналізацію на рівні держави. Проект розраховано на 5 років. Протягом усього періоду Світовий банк виділятиме гроші для забезпечення планомірного впровадження ініціативи, щоб держава мала нормальний, міжнародно визнаний інструмент для фінансування вже не ліжок і ставок лікарів, а пролікованих випадків. До речі, в світі існує обмежена кількість моделей ДСГ. Вибір моделі значною мірою пов'язаний із розміром країни. На розробку

власної системи може бути витрачений значний час та більші ресурси, ніж для адаптації однієї з найбільш поширених у світі моделей.

Багато країн вже пройшли той шлях, який має пройти Україна. Впровадження ДСГ у всіх випадках відбувалося приблизно за одним стандартом: обиралися пілотні заклади, які уніфікували свою систему збору даних, модифікували її, на її основі приймалися рішення, які коефіцієнти можна застосовувати для того, щоб сплачувати за пролікованими випадками. Слід зазначити, що Світовий банк наполягає на тому, щоб вартість медичної послуги в рамках запровадження нової моделі фінансування обчислювалася не на основі цієї неефективної системи охорони здоров'я, яка є зараз в Україні, а саме із застосуванням ДСГ після деякої оптимізації системи надання медичної допомоги. Усі країни дотримуються цієї рекомендації — впровадження оплати за пролікований випадок залежно від його складності. Тобто спочатку слід проаналізувати, які випадки лікуються в лікарні, скільки це може коштувати, а далі поступово адаптувати систему, яка може видозмінюватися з плином часу. По суті, розрахунок буде базуватися не на тому, скільки послуга коштує зараз, а на тому, скільки мало б коштувати у оптимізованій системі, а також виходячи з тих грошей, які зараз має держава. Фактично закладаються стимули для більш ефективної діяльності закладів охорони здоров'я з погляду витрат на проліковані випадки. Тобто, якщо у якомусь закладі фізіологічні пологи коштують так само, як у іншому нейрохірургічна операція, і держава це оплачує однаково, то такого не має бути. Лікарня отримуватиме фінансування на основі ДСГ, а не залежно від фактичних витрат на відповідні послуги. Так, лікарні, в яких мало пологів, а відтак — собівартість кожного такого випадку є набагато вищою, або перестануть їх приймати і будуть надавати іншу медичну допомогу, або плануватимуть, як організувати роботу в умовах чітко визначеного обсягу фінансування. Будуть запроваджені контрактні відносини між розпорядником бюджетних коштів і певним закладом, і якщо в закладу відомо, що на цей рік у нього немає фінансування пологів за контрактом, то, відповідно, він не буде утримувати персонал і не буде брати такі випадки. Ця система має змінити весь підхід до того, як сьогодні фінансується система охорони здоров'я.

— Це призведе до того, що деякі лікарні будуть закриватися?

На сьогодні 2200 стаціонарних медичних закладів для країни з населенням 46 млн — це, як мінімум, вдвічі більше порівняно, наприклад, з Іспанією. Така ситуація є наслідком підходу до фінансування ліжок-місця, а також установки, що усі люди, які закінчили медичний інститут, мають бути працевлаштовані. Зараз багато лікарів працюють на 0,25 ставки, а решта заробляють, як можуть.

— Як проведуться закупівлі?

Оскільки Світовий банк є визнаною міжнародною установою, його система правил закупівель у всьому світі застосовується країнами-реципіентами. Тобто є угода на рівні України і Світового банку для того, щоб уможливити проведення цих процедур. І регіони, і МОЗ України будуть використовувати процедури Світового банку з дозволу Уряду України.

Вони трохи відрізняються від українських тендерних процедур за документообігом, але їх суть — це відкритість, прозорість і забезпечення конкурентного середовища. Усі закупівлі мають публікуватися у відповідних ресурсах. Існує керівництво, яке описує, як закуповуються послуги консультантів, неконсультантські послуги, послуги й товари. Якщо вимоги Світового банку до закупівель не виконуються, то в кожному конкретному випадку розглядаються причини, і банк може не дати погодження на проведення закупівель. Проте існують ризики, оскільки Світовий банк не втручатиметься в усі закупівлі: деякі з них будуть розглядатися до укладання угоди з постачальником, деякі — уже постфактум. Виконавцям треба бути дуже уважними щодо дотримання правил Світового банку, адже закупівлі можуть бути призупинені, або гроші можуть не надаватися в майбутньому чи може бути затребуване їх повернення.

Додатково до описаних процедур будуть ініційовані антикорупційні механізми з широким залученням громадських експертів, експертного середовища — у цьому й полягає завдання № 1: запропонувати і забезпечити підтримку на урядовому рівні додаткових превентивних механізмів, які б дозволили мінімізувати корупційні ризики.

На сьогодні в Україні лунають заяви, що регіони вже «розпилюють» гроші Світового банку. Це недостовірна інформація, оскільки грошей жодний регіон поки не отримав (і найближчих 2–3 міс ще не одержить). Для того, щоб освоювати кошти, необхідно дуже детально слідувати усім настановам Світового банку і дійсно забезпечувати виконання антикорупційних умов, протидіяти шахрайству і можливим зловживанням.

— Якщо проект не виконується за індикаторами, він може бути призупинений?

Зазначені індикатори — це певний дзвіночок. Якщо індикатор не виконується, Світовий банк розбирається в кожному конкретному випадку, з'ясує, що є перепорою до виконання.

— Навіщо потрібна Група консультативної підтримки Проекту?

Світовий банк має серед міжнародних фінансових організацій в Україні найбільший портфель інвестиційних проектів. Існує усталена практика створювати для кожного проекту відповідну групу супроводу чи консультативної підтримки, тому що важко вимагати від керівника департаменту МОЗ, який має багато поточної роботи, забезпечення роботи певного проекту. Групу становлять консультанти, які мають забезпечувати технічний супровід, організацію і допомогу у виконанні запланованих заходів. Ключове завдання групи — надавати технічну, організаційну, інформаційну підтримку регіональним групам управління, які будуть створені в кожному з 8 регіонів. Таким чином, це менеджерська група, яка відповідає за щоденне управління з технічних аспектів. Політичні рішення будуть прийматися МОЗ і Урядом України, договори будуть укладатися розпорядниками бюджетних коштів, а функція підтримки менеджменту буде нести Група консультативної підтримки Проекту. До групи входять, зокрема, і спеціалісти з питань закупівель за правилами Світового банку.

*Олександр Устїнов,
фото автора*