

МЕДИЧНЕ ПРАВО В ДОКУМЕНТАХ: МІЖНАРОДНІ ТА НАЦІОНАЛЬНІ АКТИ



КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

Розпорядження

18 вересня 2013 р.

м. Київ

№ 776-р

Про схвалення Концепції розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я

1. Схвалити Концепцію розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я, що додається.

2. Міністерству охорони здоров'я, Міністерству фінансів, Міністерству економічного розвитку і торгівлі, Міністерству юстиції разом з іншими заінтересованими центральними органами виконавчої влади розробити та подати Кабінетові Міністрів України проект плану заходів щодо реалізації Концепції, схваленої цим розпорядженням.

Прем'єр-міністр України
Інд. 70

М. АЗАРОВ

СХВАЛЕНО
розпорядженням Кабінету Міністрів України
від 18 вересня 2013 р. № 776-р

КОНЦЕПЦІЯ розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я

Проблема, яка потребує розв'язання

Розвиток системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я є складовою частиною державної соціально-економічної політики, спрямованої на подальший розвиток системи охорони здоров'я. Цією Концепцією визначені пріоритети запровадження нового фінансового механізму в сфері охорони здоров'я відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» та Національного плану дій на 2013 рік щодо її впровадження, затвердженого Указом Президента України від 12 березня 2013 р. № 128.

Важливою відмінністю сфери охорони здоров'я від інших сфер є множинність джерел формування фінансових ресурсів для оплати медичної допомоги і різноманітність систем та моделей фінансування. Крім системи приватного фінансування, де джерелом коштів є прямі платежі пацієнтів за надання медичної допомоги та внески громадян і роботодавців (в інтересах своїх працівників) на добровільне медичне страхування, що здійснюється страховими компаніями приватної форми власності, функціонує система державного фінансування сфери охорони здоров'я. Існують дві основні (державні) моделі функціонування сфери охорони здоров'я, в основу яких покладено податкове або страхове фінансування, а також приватна система організації охорони здоров'я.

Державна модель функціонування сфери охорони здоров'я передбачає фінансування системи охорони здоров'я переважно за рахунок загального оподаткування з наступним державним розподілом зібраних коштів. Така модель функціонує у Великобританії, Данії, Скандинавських країнах, а її елементи («моделі Семашка») існують у більшості країн колишнього СРСР. Сутність цієї моделі полягає в тому, що будь-яка людина незалежно від її приналежності до активного населення має право на мінімальну захищеність відносно захворювань, старості чи іншої причини скорочення своїх матеріальних ресурсів. Держава повинна забезпечити гарантований мінімум соціального та медичного забезпечення всіх громадян незалежно від обсягу відрахувань від їх заробітної плати. У такому випадку превалює принцип суспільної солідарності, який базується на соціальній справедливості.

Державна модель функціонування сфери охорони здоров'я передбачає надання всім громадянам рівних прав в одержанні медичної допомоги, здійснення контролю за функціонуванням системи з боку парламенту, прозорість фінансових потоків, підзвітність системи охорони здоров'я розвинутому суспільству, що становить основи парламентаризму, законності, демократії і громадянського суспільства в державі.

Водночас громадяни повинні відповідально ставитися до стану свого здоров'я, розуміти його значущість для перспектив розвитку держави, оскільки для податкової системи характерна безадресність і виконавча влада цілком може витратити бюджетні кошти відповідно до запропонованого нею розподілу за законодавчо затвердженими статтями видатків.

Бісмаркська модель функціонування сфери охорони здоров'я, основою фінансування медичної допомоги в якій є обов'язкове медичне страхування, передбачає тісний зв'язок між рівнем соціального захисту та професійною діяльністю. Соціальні права зумовлюються тими відрахуваннями, які виплачуються протягом усього активного життя, тобто соціальні виплати набувають форму страхових внесків. Основним джерелом фінансових ресурсів на охорону здоров'я у такій моделі є обов'язкові внески працівників та/або роботодавців, а страхувальниками найчастіше є державні установи або недержавні комерційні організації.

Важливою характеристикою системи обов'язкового медичного страхування є цільове спрямування коштів на охорону здоров'я, зокрема, страхові внески спрямовуються не у загальний бюджет, а безпосередньо на потреби охорони здоров'я, що є істотною відмінністю моделі медичного страхування. Цим забезпечується адресність, не характерна для моделі фінансування охорони здоров'я через податкові надходження. Сфера охорони здоров'я при цьому менше залежить від бюджетних пріоритетів, що визначаються органами державного регулювання. Отже, соціальний захист за такої моделі принципово незалежний від державного бюджету.

Така модель характерна для Німеччини, Нідерландів, Австрії, Бельгії, Франції, країн Балтії. Система охорони здоров'я фінансується на тристоронній основі за рахунок цільових страхових внесків роботодавців, працівників, органів місцевого самоврядування, а також бюджетних коштів. Частково оплата лікування може здійснюватися за рахунок особистих коштів пацієнта (20–30 відсотків).

Ця Концепція відповідає завданням розпочатого в 2010 році реформування системи охорони здоров'я, визначає нагальні проблеми і шляхи їх розв'язання, що сприятиме розвитку системи охорони здоров'я.

Ця Концепція розроблена з урахуванням міжнародного досвіду щодо фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, а також напрямів діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я, Європейської комісії, Світового банку та інших міжнародних організацій, яка поширюється на сферу охорони здоров'я.

Відповідно до пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я, необхідно розв'язати такі основні проблеми:

- низький рівень управління фінансовими ресурсами;
- обмежений доступ населення до основних видів медичної допомоги;
- низький рівень конкуренції у сфері охорони здоров'я;
- непропорційний розподіл і дублювання функцій постачальників;
- обмеження прав закладів охорони здоров'я щодо управління фінансовими ресурсами і отриманими коштами від провадження господарської діяльності;
- недосконалість механізму обчислення вартості медичної допомоги;

низький рівень участі місцевих органів державної влади в розвитку інфраструктури закладів охорони здоров'я;

низький рівень фінансування галузі та економічного стимулювання до якісної праці.

Мета і строки реалізації цієї Концепції

Метою цієї Концепції є необхідність удосконалення у 2013–2014 роках механізму фінансового забезпечення системи охорони здоров'я на всій території України для підвищення доступності та поліпшення якості медичного обслуговування населення.

Основними напрямками розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я є:

забезпечення доступності медичної допомоги та медичного обслуговування для населення держави;

забезпечення можливості перерозподілу ресурсів за видами медичної допомоги з метою оптимального задоволення потреб громадян за рівнями надання медичної допомоги;

застосування стимулів для ефективної організації та надання медичної допомоги населенню;

забезпечення ефективного стимулювання медичних працівників до якісної праці;

виділення фінансових ресурсів закладам охорони здоров'я залежно від якості та обсягів надання ними медичної допомоги відповідно до потреб населення.

Шляхи і способи розв'язання проблеми

Найкращий світовий досвід, який базується на фактичних даних з питань здоров'я, що містяться в мережі Health Evidence Network – HEN та Європейській мережі ВООЗ з науково обґрунтованої політики (EVIPNet), інших базах фактичних даних міжнародних організацій (ВООЗ, Світового банку, ООН), свідчить, що розв'язання проблем системи фінансування охорони здоров'я потребує створення та запровадження нової моделі фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я, що дасть можливість здійснити перехід від утримання державних і комунальних закладів охорони здоров'я до оплати наданої ними медичної допомоги за договорами про медичне обслуговування населення, основні положення якої будуть регламентувати створення умов для переходу до страхової моделі (загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування), яка характеризується:

об'єднанням фінансових ресурсів для охорони здоров'я (для первинної медичної допомоги – на рівні бюджетів районів/міст обласного значення; для вторинної, третинної та екстреної допомоги – на рівні обласних бюджетів) з метою ліквідації роздробленості фінансових ресурсів, забезпечення рівномірного розподілу фінансових ресурсів і фінансового ризику, пов'язаного з необхідністю надання медичної допомоги населенню;

застосуванням у бюджетному процесі вдосконалених методів планування та розподілу витрат, що сприятиме цільовому та ефективному

використанню бюджетних коштів, дасть змогу порівняти витрати і кінцевий результат;

фінансово-економічним розмежуванням за рівнями надання медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна та екстрена);

застосуванням сучасних ефективних методів планування та фінансування медичної допомоги, орієнтованих насамперед на первинну медичну допомогу та кінцевий результат, який досягатиметься шляхом запровадження договірних відносин і переходу від фінансування згідно з кошторисом залежно від показників потужності закладів охорони здоров'я до замовлення (в межах загального обсягу затверджених бюджетних призначень) на підставі договорів між замовником і постачальником, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги, що передбачає оплату замовником не ресурсів, а кінцевих результатів діяльності постачальника, при цьому він не лише відшкодовує витрати закладів охорони здоров'я, а й активно впливає на обсяг, якість і структуру медичної допомоги, що передбачає визначення потреб населення, потоків пацієнтів, які традиційно сформувалися на відповідній території, пошук ресурсоощадних альтернатив, порівняння варіантів надання допомоги, вимоги до обсягу та якості інформації;

наданням господарської автономії закладам охорони здоров'я усіх рівнів і перетворенням їх на державні або комунальні некомерційні підприємства після їх реорганізації;

сприянням розвитку приватної практики у сфері охорони здоров'я, зокрема під час надання первинної медичної допомоги та спеціалізованої амбулаторної допомоги і частини вторинної медичної допомоги;

застосуванням державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;

поширенням нових організаційно-правових і фінансово-економічних механізмів, що спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і є необхідними для розвитку системи охорони здоров'я, які успішно впроваджені в рамках реалізації пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров'я у 2011–2014 роках.

Очікувані результати

За результатами реалізації цієї Концепції очікується:

формування правових та інституціональних засад розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я;

підвищення рівня виконання вимог законодавства у частині реалізації конституційного права на медичну допомогу;

удосконалення системи нормативно-правових актів щодо фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я;

підвищення результативності та ефективності здійснення бюджетних видатків;

удосконалення діяльності бюджетних установ шляхом переходу від утримання державних і комунальних закладів охорони здоров'я до оплати наданої ними медичної допомоги за договорами про медичне обслуговування населення, в умовах якої керівники закладів охорони здоров'я незалежно й ефективно здійснюють управління фінансами;

самостійність у визначенні організації господарської діяльності державних і комунальних некомерційних підприємств (у тому числі можливість перерозподілу коштів за різними напрямками витрат); управлінні людськими ресурсами (планування кількості, добору персоналу, вдосконалення методів оплати його праці, мотивації професійного розвитку) і матеріально-технічними ресурсами та відповідними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, ефективність використання обладнання, приміщень тощо); визначенні показників ефективності та продуктивності діяльності і застосуванні їх під час планування подальшої діяльності та оплати праці персоналу;

ефективне управління та планування діяльності закладів охорони здоров'я в умовах ринкової економіки (заклади охорони здоров'я як державні або комунальні некомерційні підприємства зможуть провадити основну діяльність з надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги за державні кошти, підприємницьку діяльність залежно від попиту на медичну допомогу відповідно до законодавства);

надання можливості державним і комунальним некомерційним підприємствам (на відміну від суб'єктів, які мають статус бюджетних установ) під гарантії органу управління самостійно отримувати кредити для здійснення заходів з виконання замовлення;

фінансування медичної допомоги за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що передбачає перехід до оплати діяльності постачальників медичної допомоги залежно від результатів їх роботи, яка буде спрямована на максимальне врахування потреб, прав та інтересів пацієнтів, зокрема залишить пацієнтам право на вільний вибір лікаря;

створення умов для розвитку конкуренції у сфері охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню ефективності використання її ресурсів;

забезпечення раціонального використання державних фінансів і зміцнення фінансової дисципліни, оперативного реагування на виникнення або загрозу виникнення фактів неефективного використання державних фінансів та фінансових порушень.

Обсяг фінансових, матеріально-технічних, трудових ресурсів

Фінансування заходів з реалізації цієї Концепції не потребує додаткових видатків державного бюджету.

Передбачається, що низка таких заходів, у тому числі з підтримки реформування регіональних систем охорони здоров'я, здійснюватиметься за рахунок міжнародної технічної та фінансової підтримки.