

КОНЦЕПЦІЯ бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я України

Вступна частина

Ця Концепція визначає мету та основні напрями запровадження в Україні бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я, зважаючи на сучасний стан справ, наявні проблеми та можливі шляхи їх розв'язання, а також очікувані результати запровадження такої моделі та питання її ресурсного забезпечення.

Згідно з цією Концепцією, бюджетно- страхова модель фінансування сфери охорони здоров'я – це така форма фінансування охорони здоров'я, коли в систему суспільних відносин з питань охорони здоров'я впроваджено обов'язкове медичне страхування, а державні фінансові гарантії забезпечуються фінансуванням системи охорони здоров'я коштами державного бюджету, страховими внесками роботодавців та з інших, не заборонених законодавством джерел, чим забезпечується право громадян на охорону здоров'я, доступ до медичної допомоги без фінансових труднощів.

Державні фінансові гарантії в охороні здоров'я - зобов'язання держави забезпечити повну оплату необхідних пацієнтам медичних послуг з профілактики (скринінг, профілактичні щеплення, довготривале спостереження у зв'язку з захворюванням в стадії ремісії), діагностики та лікування випадків, пов'язаних із гострим захворюванням, загостренням хронічного, раніше виявленого захворювання та гострим станом внаслідок вперше виявленого хронічного захворювання, травмою, отруєнням або впливом інших (внутрішніх/зовнішніх) причин, послуг та програм реабілітації, медичних послуг з паліативної допомоги, а також медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, та лікарських засобів, передбачених Програмою медичних гарантій, цільовими Державними програмами, за рахунок коштів Державного бюджету України та Програмою обов'язкового медичного страхування, за рахунок Державного фонду медичного страхування.

Фінансова доступність медичних послуг - забезпечення можливості отримання необхідних медичних послуг та лікарських засобів без фінансових перешкод для пацієнтів, що забезпечується державними фінансовими гарантіями.

Програма медичних гарантій - програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату

надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом на програми профілактики (скринінг, профілактичні щеплення, довготривале спостереження у зв'язку з захворюванням в стадії ремісії), реабілітацію, паліативну допомогу, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Обов'язкове державне медичне страхування - це форма забезпечення державних фінансових гарантій на надання медичної допомоги населенню за рахунок коштів Державного фонду медичного страхування.

Програма обов'язкового державного медичного страхування - програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного фонду медичного страхування в Україні згідно з тарифом на надання медичної допомоги у зв'язку із страховим випадком.

Страховий випадок – подія, пов'язана із гострим захворюванням, загостренням хронічного, раніше виявленого захворювання та гострим станом внаслідок вперше виявленого хронічного захворювання, травмою, отруєнням або впливом інших (внутрішніх/зовнішніх) причин, що призвела до погіршення фізичного/психічного здоров'я особи чи становить пряму загрозу для її життя та здоров'я, стала приводом звернення за медичною допомогою, або виникла під час її надання.

Державний фонд медичного страхування - центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, виконуючи функції страховика в системі обов'язкового державного медичного страхування.

Страхові внески - це грошові платежі, які здійснюються роботодавцями та спрямовуються до Державного фонду медичного страхування.

Застраховані особи - громадяни України; іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають на території України; особи, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, в установленому законом порядку.

Страхова компанія – це юридична особа, що здійснює діяльність на основі договору з Державним фондом медичного страхування, організовуючи, координуючи та контролюючи надання медичних послуг і забезпечення лікарськими засобами відповідно до медичних стандартів, укладаючи договори з надавачами медичних послуг.

Медична інфраструктура - сукупність закладів охорони здоров'я, медичних працівників, обладнання та інших ресурсів, необхідних для надання медичної допомоги населенню у відповідності до державних фінансових гарантій в охороні здоров'я.

Реєстр страхових випадків - електронна база даних, що містить інформацію про всі зафіксовані страхові випадки та надану медичну допомогу в рамках Програми обов'язкового державного медичного страхування.

Стан справ у сфері охорони здоров'я в Україні

Загалом стан здоров'я населення України з 1991 року характеризується як незадовільний за рахунок кризової демографічної ситуації, високого рівня захворюваності, поширеності хвороб, інвалідності, а також постаріння населення України.

Починаючи з 1991 року, в Україні реєструвався високий рівень смертності, низький рівень народжуваності та очікуваної тривалості життя, один з найвищих в Європі природний убуток населення.

Загальна чисельність наявного населення зменшилася з 51,9 млн осіб у 1991 році до 41,6 млн осіб у 2021 році, або на 10,3 млн осіб. Народжуваність зменшилась за цей період з 12,1 до 7,3 на 1000 осіб наявного населення, а смертність зросла з 12,9 до 18,5 на 1000 осіб наявного населення, обумовивши надзвичайно високий рівень коефіцієнту природного спаду населення (-0,8 в 1991 р., -11,2 в 2021 р.). За 1991-2021 роки частка осіб старше 60 років зросла з 18,4% до 24,8%, обумовивши зростання рівня захворюваності на хронічні неінфекційні хвороби, пов'язані з віком, та числа пацієнтів з кількома захворюваннями з хронічним перебігом.

Очікувана тривалість життя в Україні для обох статей в 1991 і 2021 роках дорівнювала відповідно 69,56 та 70,9 років, зокрема, для чоловіків – 64,62 та 65,16 року, для жінок – 74,21 та 74,36 року, тобто мало прогресувала з часом. Водночас для населення європейських країн очікувана тривалість життя при народженні зросла за період 2000-2021 років на 3,89 року: з 72,4 років у 2000 році до 76,3 років у 2021 році для обох статей, що демонструє значно кращі показники, ніж в Україні.

У нозологічній структурі смертності населення України стабільно простежується надсмертність від хвороб системи кровообігу, частка якої посідає 66,6% в загальній структурі смертності. Новоутворення займають 10,4%, а зовнішні причини смерті – 4,0% у ній.

Серед випадків смертей від інфекційних захворювань майже 87,0% спричиняють туберкульоз і СНІД.

Рівень поширеності й первинної захворюваності всього населення України залишається постійно високим, незважаючи на певну позитивну динаміку статистичних показників у 2017 році в порівнянні з 2010 роком: констатовано зниження захворюваності з 72 255,4 до 62 748 на 100 тис. нас. й поширеності усіх хвороб з 186 786,5 до 171 376,5 на 100 тис. нас. Однак це не означає покращення здоров'я населення з часом, а пояснюється використанням в офіційних статистичних розрахунках неповних даних Луганської та Донецької областей, на території яких з 2014 року тривала антитерористична операція.

Структуру первинної захворюваності населення України формують на 45,23% хвороби органів дихання, на 6,69% - хвороби системи кровообігу, на 6,38% - травми та отруєння, на 5,88% - хвороби шкіри та підшкірної клітковини, на 5,13% - хвороби ока та придаткового апарату, на 30,69% - інші

хвороби, а структуру поширеності – на 30,9% - хвороби системи кровообігу, на 20,1% - хвороби органів дихання, на 9,8% - хвороби органів травлення, на 5,45% - хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, на 5,41% - хвороби сечостатевої системи, на 28,34% - інші хвороби. У нозологічній структурі захворюваності відображається вплив вікового фактору, оскільки хвороби системи кровообігу, ока та придаткового апарату, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, сечостатевої системи тісно пов'язані з віком.

За даними ВООЗ, Україна залишається однією з країн, де продовжує зростати кількість нових випадків інфікування ВІЛ та смертей від СНІДу. У 2021 році вперше зареєстровано 15 360 випадків ВІЛ-інфекції, 4 151 випадків захворювань на СНІД, 1 928 випадків смерті від СНІД. Офіційно зареєстровано 147 599 людей, які живуть з ВІЛ, що становить 360,0 на 100 тис. населення.

Зберігається високий рівень поширеності мультирезистентного туберкульозу, який становив у 2017 році 34,9%. При цьому в 16,6% хворих на туберкульоз виявлена широка медикаментозна стійкість. Незадовільні результати лікування з показниками неефективності становлять 7,8%, а смертності – 9,5%.

Підступність інфекційних та неінфекційних хвороб полягає ще й в тому, що вони часто мають важкий перебіг і обумовлюють розвиток різних ускладнень, що потребує значного внеску зусиль медичних працівників та додаткових витрат матеріально-технічних і фінансових ресурсів у порівнянні з типовим перебігом захворювання.

За даними самооцінки стану свого здоров'я членами домогосподарств, проведеного у жовтні 2021 року Державною службою статистики України на репрезентативній вибірці, добрим позначили стан свого здоров'я 50,2% українців, водночас за даними опитування 2019 року добрим вважали стан свого здоров'я 68,5% респондентів - жителів країн ЄС. Повідомили, що мають хронічні хвороби, відповідно 36,7% європейців та 38,9% українців. Структуру хронічних захворювань українців, за результатами самооцінки, складали: у 46,7% осіб – гіпертонія; 24,0% - інші хвороби серця; 13,1% - остеохондроз; 12,8% - артроз, артрит; 7,3% - хронічний холецистит, холангіт, цироз печінки; 6,3% - мігрень, хронічний головний біль; 6,2% - хронічний бронхіт, емфізема легень.

За даними опитування стало відомо, що 77,1% респондентів-жителів нашої країни зверталися в 2021 році за медичною допомогою, зокрема, 84,8% - до сімейного лікаря, 46,7% - у поліклініку, 11,0% - до стоматолога в державній медичній установі, 9,8% - до приватного стоматолога, 3,0% - до швидкої медичної допомоги. Із загальної кількості осіб, які повідомили, що за останні 12 місяців вони лікувались у лікарні, 90,5% осіб брали з собою до лікарні медикаменти. Не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичні вироби члени 21,7% домогосподарств, у яких хто-небудь із членів потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичних виробів. Причинами неможливості придбати ліки у 98,0% таких домогосподарств, а придбати медичні вироби – у 96,6% таких домогосподарств була їх висока

вартість. Члени 6,4% домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичних виробів, не змогли відвідати лікаря, з них 66,5% - внаслідок високої вартості послуги.

Значно впливають на стан здоров'я українців поведінкові фактори ризику. За даними загальнонаціонального опитування з використанням інструменту Всесвітньої організації охорони здоров'я STEPS, у 2019 році в Україні курцями тютюну були 33,9% населення віком 18–69 років; частка населення, яке не виконувало рекомендації вживати не менше 400 г фруктів і овочів щодня, становила 66,4%; майже половина населення (44,9%) завжди або часто додавали сіль або солоний соус до їжі перед або під час їжі; приблизно 10,0% населення продемонстрували один із найнижчих показників аеробної фізичної активності середньої інтенсивності; поширеність надмірної ваги (індекс маси тіла, що перевищує або дорівнює 25 кг/м²) становила 59,0%, що є вищим показником серед країн Східної Європи та Центральної Азії; підвищений артеріальний тиск було виявлено у 34,8% населення; майже чверть населення (24,8%) страждала ожирінням; підвищення рівня глюкози в крові натще було виявлено у 7,1% населення; 40,7% населення мали загальний рівень холестерину в крові $\geq 5,0$ ммоль/л або в даний час приймали ліки від підвищеного холестерину. За оцінками Глобального звіту ВООЗ про алкоголь, поширеність розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, становить в Україні 6,0%. Майже третина (32,8%) населення України мала поєднання 3–5 вищезазначених факторів ризику.

Наведені дані засвідчили низький рівень здоров'я українців та низьку фінансову доступність для них медичної допомоги, які посилились в період повномасштабної війни, оскільки громадяни України, як визнано експертами ВООЗ, відчувають підвищене фізичне та психологічне навантаження, що збільшує потребу в доступній і своєчасній медичній допомозі.

Основні проблеми (причини) такого стану

Природне і конституційно закріплене право людини на отримання медичної допомоги у разі погіршення (ушкодження) здоров'я реалізується через систему охорони здоров'я. Катастрофічна демографічна ситуація, незадовільний стан здоров'я, низька лояльність населення України до свого здоров'я потребують адекватного реагування системи охорони здоров'я, мобілізації її кадрових, фінансових, матеріально-технічних, інформаційних ресурсів на надання своєчасної, доступної, якісної медичної допомоги при хронічних неінфекційних захворюваннях, травмах, психічних розладах, проблемах репродуктивного здоров'я, інфекційній патології та проведення профілактичних заходів, скерованих на виховання санітарної культури та здорової поведінки людей.

Система охорони здоров'я України, як і інші системи світу, зазнала безпрецедентного тиску під час пандемії COVID-19, яка показала прогалини

у вітчизняній системі охорони здоров'я. За даними МОЗ України, офіційно за період епідемії зареєстровано 5 562 748 підтверджених випадків коронавірусної інфекції, померли 112 478 людей.

Повномасштабне вторгнення країни-агресора в 2022 році, яке триває досі, додатково збільшило потребу громадян у їх фінансовій захищеності в разі необхідності медичної допомоги. Фінансування галузі значно погіршилось у зв'язку з війною, розв'язаною проти України. Військові, економічні, політичні виклики потребують подальшого вдосконалення фінансування сфери охорони здоров'я.

Війна в Україні та великий потік біженців можуть мати значні наслідки для демографії та здоров'я населення нашої країни не тільки під час військових подій, але й в перспективі та охоплювати наступні покоління. Прогнозовані обсяги подальшого зменшення чисельності населення передбачаються на рівні 15,0% до 2050 року (до 31,99 млн осіб) в разі тривалої війни з продовженням міжнародного переміщення людей та низької майбутньої зворотної міграції. Доведено, що навіть у разі негайного припинення конфлікту в найближчі місяці й роки й надалі буде багато непрямих смертей від інфекційних та неінфекційних захворювань, захворювань репродуктивної сфери. Поранення часто вимагають довготривалої реабілітації та відновлення фізичного й психічного здоров'я травмованих. Хронічний біль продовжує вражати приблизно половину військовослужбовців у довгостроковій перспективі. Є дані досліджень на прикладі військових конфліктів у різних країнах світу, що показали постійне збільшення поширеності посттравматичного стресового розладу у людей в період навіть понад 20 років після закінчення війни.

У зв'язку зі значними проблемами в здоров'ї населення, що мають місце ще з довоєнного періоду, конституційно закріплені норми безкоштовності та загальнодоступності медичної допомоги, протягом 2017-2020 років відбулась низка системних зрушень у забезпеченні права громадян на безкоштовну медичну допомогу в рамках гарантованого переліку послуг. Прийнято Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", запроваджено Програму медичних гарантій (ПМГ), створено Національну службу здоров'я України, Центр громадського здоров'я МОЗ України та ДП «Медичні закупівлі України».

За результатами функціонування цих інституцій запроваджено капітаційні ставки на рівні первинної медичної допомоги та оплати за медичну послугу, а не за утримання медичних закладів при наданні стаціонарної медичної допомоги, покращено доступ до основних лікарських засобів. Реформа системи громадського здоров'я зосереджена на посиленні інститутів громадського здоров'я, систем епіднагляду та біобезпеки.

Згідно зі звітом ВООЗ та Світового банку за 2016-2019 роки, реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідала передовим міжнародним практикам з покращення доступу, якості та ефективності медичних послуг.

Водночас запровадження ПМГ та оплати послуг за пакетами, які щороку переглядаються, не забезпечило весь спектр потреб пацієнтів у медичній допомозі. Незважаючи на майже повне загальне охоплення населення ПМГ та формально обмежену присутність офіційних платежів пацієнтів, в системі охорони здоров'я України широко поширені неформальні платежі та інші витрати «з кишені». Це відображає прогалини у сфері охорони здоров'я, низький рівень державних витрат на охорону здоров'я внаслідок постійного недофінансування ПМГ та інші недоліки. Люди часто платять «з кишені» за лікарські засоби, призначені для амбулаторного лікування, оскільки програма «Доступні ліки», запроваджена в 2017 році, все ще охоплює лише відносно невелику кількість захворювань і використовується невеликою часткою населення.

У 2021 році 11,0% домогосподарств України збідніли або опинилися ще глибше за межею бідності після витрат на медичну допомогу «з кишені», а 17,0% домогосподарств (близько 2,5 млн) зазнали катастрофічних витрат на охорону здоров'я — це один із найвищих показників у Європі.

Незважаючи на запровадження такого механізму фінансування, як оплата пакетів медичних послуг за ПМГ, майже третина людей з потребами в медичній допомозі не змогли її отримати, переважно з причини її фінансової недоступності. Катастрофічні витрати зумовлені здебільшого витратами на лікарські засоби, призначені для амбулаторного або стаціонарного лікування, та на стаціонарне лікування.

У закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які є надавачами медичних послуг за ПМГ, у разі відсутності послуг в ПМГ, законодавством дозволено запроваджувати платні медичні послуги, що стає бар'єром для малозабезпечених верств населення. Утім і ця норма є обмеженою, оскільки обсяг платних послуг, які не входять до ПМГ, може становити не більше ніж 20,0% від обсягу всіх наданих послуг.

За даними Міністерства фінансів України, на 2022 рік обсяг коштів на програму медичних гарантій становив 157,3 млрд. грн або 2,9 % від ВВП. Відповідно у 2023 році 142,7 млрд. грн (2,3 % від ВВП), у 2024 році 158,8 млрд. грн (2,1 % від ВВП).

На 2025 рік передбачено обсяг коштів на програму медичних гарантій 175,5 млрд грн (2,1 % від ВВП), що також менше 5,0%.

Прогнозами МОЗ України очікується рівень державних витрат у 3,5% ВВП у короткостроковій перспективі та 7,0% ВВП через 10 років. Це негативно вплине на спроможність системи охорони здоров'я найближчими роками надавати послуги та, відповідно, гарантований пакет за ПМГ, а також збільшить питому вагу приватних платежів, зокрема прямих виплат із кишень пацієнтів.

Зберігатиметься відставання матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я від рівня розвитку сучасної світової медичної науки, низька мотивація і зацікавленість в наданні якісних медичних послуг медичних працівників, в той час вже натеper значно збільшився попит на

медичну допомогу, зокрема, на послуги в інтенсивній терапії, травматологічній, комбустіологічній, хірургічній, ортопедичній, психологічній, реабілітаційній допомозі внаслідок впливу військових подій. Це потребує додаткового фінансування, а також продовження витрат для забезпечення профілактики хвороб і надання медичної допомоги населенню з хронічними неінфекційними захворюваннями та гострими станами, які були значно поширеними в Україні і в мирний час.

Проблеми, які можна вирішити запровадженням обов'язкового медичного страхування

Ці та інші виклики створили передумови для пошуку шляхів щодо зменшення фінансового тягаря витрат домогосподарств на лікування до посильного для них рівня, запобігання витратам «з кишені» на медичну допомогу, забезпечення безперешкодного доступу до лікарських засобів, медичних виробів, якісної та достатньої за обсягом медичної допомоги (медичних послуг) відповідно до медичних потреб громадян і, як наслідок, підвищення їх добробуту. Нищівний вплив війни та епідемічних, організаційних, правових, фінансових, управлінських, економічних, структурних, кадрових та інформаційних чинників на здоров'я населення та демографічну ситуацію в Україні обумовлює потребу в ефективній системі охорони здоров'я, яка здатна відновлювати та підтримувати здоров'я українців у доступний для них спосіб фінансового забезпечення.

Шляхом вирішення цих проблем може бути обрано поєднання різних джерел фінансування системи охорони здоров'я, щоб кожен громадянин міг зробити повноцінний внесок в економіку, суспільство та домогосподарство. Україні необхідно правильно пріоритезувати сферу охорони здоров'я серед конкурентних запитів на обмежені державні кошти. Міжнародний досвід свідчить, що участь всіх громадян у цій системі базується на моделі медичного страхування.

Упровадження засад медичного страхування можливе у формі добровільного чи обов'язкового державного медичного страхування.

В Україні вже досить тривалий час йдуть дискусії щодо необхідності впровадження обов'язкового державного медичного страхування. Досвід ринку добровільного медичного страхування не отримав свого активного розвитку. Частка добровільно застрахованих громадян не перевищує 5,0% населення, оскільки при придбанні страхового полісу для громадян виникає низка бар'єрів. Страхові компанії при оформленні страхового полісу віддають перевагу особам віком від 17 до 35 років, але часто відмовляють або встановлюють високі тарифи дітям і особам старших вікових груп. Суми на лікування часто обмежуються навіть тоді, коли вони варіюються в межах визначених лімітів, як і строки перебування застрахованої особи в стаціонарі. Обмежуються в рамках страхового полісу і кількість звернень за стаціонарною та амбулаторною допомогою, а також граничні межі вартості придбання ліків.

Кожна страхова компанія працює з певною кількістю закладів охорони здоров'я, що перешкоджає вільному вибору пацієнтом надавача медичних послуг.

Запровадження моделі обов'язкового державного медичного страхування обумовлює необхідність вирішення низки пов'язаних проблем:

відсутність єдиної думки в суспільстві щодо моделі організації обов'язкового медичного страхування в Україні;

відсутність законодавчої бази, яка б ефективно регулювала та підтримувала систему обов'язкового медичного страхування на національному рівні;

низька ефективність механізмів контролю якості та управління ризиками медичних послуг;

відсутність сучасних систем моніторингу та аудиту медичних витрат;

відсутність інституту висококваліфікованих експертів для підтвердження наявності страхових випадків та експертної оцінки їх якості;

низький рівень мотивації медичних працівників до праці та безперервного професійного розвитку;

слабкий рівень розвитку медичної інфраструктури та неефективне управління нею;

слабкий рівень використання результатів наукових досягнень в закладах охорони здоров'я;

запровадження системи значимих податкових пільг для стимулювання зацікавленості страхових компаній до укладення договорів обов'язкового медичного страхування;

незавершеність впровадження електронної системи охорони здоров'я;

недосконалість системи розгляду скарг і вирішення спорів в сфері охорони здоров'я.

Розв'язання визначених проблем та забезпечення всім громадянам доступу до якісних і доступних медичних послуг без фінансових труднощів доцільно здійснити шляхом переходу системи охорони здоров'я України до бюджетно-страхової моделі фінансування.

Ураховуючи світовий досвід, бюджетно- страхова модель може забезпечити більш ефективне фінансування сектору охорони здоров'я України та підвищити доступність і якість медичної допомоги для всіх верств населення. Такий підхід відповідає конституційній нормі про забезпечення державою права громадянина на медичну допомогу та медичне страхування (стаття 49 Конституції України).

Сутність бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я, її співвідношення з Програмою медичних гарантій

Невдалий досвід запровадження моделі добровільного медичного страхування в Україні, дефіцит бюджетних коштів внаслідок епідемічних потрясінь і військових подій, невиконання своїх зобов'язань державою щодо

забезпечення якісної і доступної медичної допомоги громадянам без фінансових труднощів, низький рівень здоров'я населення, кризова демографічна ситуація, що обумовила постаріння населення та пов'язані з ним широко розповсюджені випадки хронічних неінфекційних хвороб, які характеризуються важким перебігом, ускладненнями і частим сполученням декількох захворювань, високі ризики медичної діяльності, низький рівень платоспроможності населення спонукають до розробки та впровадження специфічної для українського суспільства бюджетно-страхової моделі фінансування охорони здоров'я, на відміну від тих моделей, що вже запроваджені в інших країнах світу.

Запропонована бюджетно- страхова модель фінансування сфери охорони здоров'я на засадах обов'язкового державного медичного страхування передбачає, що фінансування медичних послуг здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, страхових виплат роботодавців та коштів з інших джерел, не заборонених законодавством.

Страхові кошти покриватимуть витрати на надання медичних послуг страхових випадків працюючих осіб (за рахунок страхових внесків роботодавців), непрацездатного населення пенсійного віку та осіб з інвалідністю (страхові внески Пенсійного фонду України), дітей, вагітних, роділь, породіль, маргінальних груп населення (Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття, кошти державного бюджету). Кошти з інших джерел, не заборонених законодавством, можуть використовуватися на покриття страхових витрат на надання медичних послуг будь-якій категорії населення відповідно до умов виділення цих коштів.

Державний фонд медичного страхування та його регіональні відділення створюються для забезпечення функціонування цієї моделі. Сторонами страхового договору є заклади охорони здоров'я, що мають ліцензію на медичну практику, та страхові компанії, які отримали ліцензію від Національного банку України на здійснення обов'язкового медичного страхування. Діяльність страхових компаній базується на договірних відносинах із регіональними відділеннями Державного фонду медичного страхування та надавачами медичних послуг.

У роботі Державного фонду медичного страхування, його регіональних відділень та надавачів медичних послуг використовуються електронні інформаційні системи з електронними реєстрами страхових випадків та електронними реєстрами пацієнтів.

Уповноважені експерти страхових компаній здійснюють зовнішній контроль за якістю наданих медичних послуг та цільовими витратами в оперативному режимі. Періодичний плановий і позаплановий зовнішній контроль цільових страхових виплат із страхових фондів проводять уповноважені експерти Державного фонду медичного страхування. Внутрішній контроль за визначенням страхових випадків та цільовими виплатами із страхових фондів здійснюється через внутрішній аудит у закладі охорони здоров'я.

Вирішення спорів між сторонами договору забезпечується Департаментом/відділом контролю виплат страхових платежів Державного фонду медичного страхування та його регіональних відділень, адміністрації закладів охорони здоров'я, страхових компаній, а також судовими органами та шляхом посередництва (медіації), зокрема, з використанням електронної системи.

Шляхи реалізації нової моделі фінансування сфери охорони здоров'я

Шляхи реалізації нової моделі фінансування сфери охорони здоров'я повинно базуватися на таких основних підходах і принципах:

формування єдиної державної політики щодо запровадження та розвитку бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я на засадах обов'язкового державного медичного страхування;

консолідація та координація ресурсів, зусиль та дій державних органів, надавачів медичних послуг, громадян та страхових компаній щодо функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я;

сприяння у досягненні громадянам фінансової доступності до первинної та спеціалізованої амбулаторної і стаціонарної медичної допомоги;

запобігання витратам громадян «з кишені» на отримання медичної послуги;

підвищення якості медичних послуг і медичного обслуговування, зниження до прийняттого мінімуму ризиків медичної діяльності;

використання передових науково обґрунтованих міжнародних медичних та інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я;

формування і використання реєстрів страхових випадків і застрахованих осіб в єдиному медичному інформаційному просторі;

створення умов для мотивації медичних працівників надавати якісні медичні послуги та постійно підвищувати свою кваліфікацію в системі безперервного професійного розвитку;

створення умов для подолання латентної корупції в сфері охорони здоров'я;

створення умов для справедливої конкуренції та розвитку ринку медичних послуг;

прозорість та публічна доступність узагальнених даних щодо функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я та її ефективності;

формування європейських підходів до розгляду скарг і вирішення спорів в сфері охорони здоров'я.

Реалізація бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я на засадах обов'язкового медичного страхування передбачена на період до 2028 року двома етапами.

На першому етапі (2025-2026 роки) передбачається:

- затвердження Концепції бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я України;
- розробка та публічне обговорення законопроекту щодо запровадження бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я з урахуванням засад, визначених цією Концепцією;
- доопрацювання зазначеного законопроекту з урахуванням результатів громадського обговорення;
- подання суб'єкту права законодавчої ініціативи пропозицій щодо внесення на розгляд Верховної Ради України визначеного законопроекту;
- проведення підготовчих робіт для розробки проєктів відповідних нормативно-правових актів для створення Державного фонду медичного страхування та його регіональних відділень;
- запровадження реєстрів страхових випадків і застрахованих осіб в електронній системі охорони здоров'я;
- формування інституту експертів з експертної оцінки страхових випадків;
- запровадження електронної системи розгляду скарг і вирішення спорів;
- проведення широких освітніх кампаній для формування лояльності всіх потенційних учасників бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я до її впровадження та функціонування;
- проведення навчання медичних працівників для набуття навичок роботи з реєстрами страхових випадків і застрахованих осіб;
- проведення навчання експертів для набуття навичок роботи з реєстрами страхових випадків і застрахованих осіб, проведення експертної оцінки якості страхових випадків.

На другому етапі (2027-2028 роки) передбачається:

- запровадження стабільного і збалансованого функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я;
- розвиток процесів і процедур експертної оцінки якості медичної допомоги страхових випадків, аналіз проблем, розробка та впровадження заходів з їх попередження та усунення;
- аналіз та удосконалення процесів і процедур розгляду скарг і вирішення спорів в бюджетно-страховій моделі фінансування сфери охорони здоров'я;
- розвиток механізмів мотивації медичних працівників, страхових компаній, громадян, експертів до участі в бюджетно-страховій моделі фінансування;

- проведення широких освітніх кампаній серед заінтересованих сторін з питань набутого досвіду (апробації) функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я та напрацювання шляхів її удосконалення (за потреби);

- внесення змін до актів законодавства, що регулюють бюджетно-страхову модель фінансування сфери охорони здоров'я (за потреби).

Нормативно-правове забезпечення впровадження та розвитку бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я повинно здійснюватися шляхом:

1) прийняття базового законодавства, що передбачає розробку та ухвалення Закону України «Про обов'язкове державне медичне страхування», який визначатиме правові, економічні та організаційні засади функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я;

внесення змін до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» для врахування особливостей нового механізму фінансування медичних послуг;

адаптації законодавства України до європейських стандартів у сфері медичного страхування та фінансування охорони здоров'я;

2) створення та регулювання діяльності Державного фонду медичного страхування шляхом прийняття нормативних актів щодо;

встановлення порядку акумулювання коштів у Державному фонді медичного страхування, їх використання для покриття страхових випадків та механізмів розподілу фінансування між закладами охорони здоров'я;

впровадження механізмів нагляду та фінансового аудиту діяльності Державного фонду медичного страхування;

3) розвитку системи реєстрації та обліку страхових випадків за рахунок запровадження єдиного електронного реєстру страхових випадків та застрахованих осіб в рамках електронної системи охорони здоров'я (eHealth). Визначення порядку ведення та доступу до реєстру медичними установами та відповідними державними органами. Законодавчого регулювання захисту персональних даних застрахованих осіб та інформації про страхові випадки;

4) формування механізмів оплати медичних послуг та встановлення тарифів на медичні послуги, що покриваються в рамках обов'язкового медичного страхування;

5) здійснення контролю якості медичних послуг шляхом запровадження механізмів незалежної експертизи якості медичних послуг, що надаються у рамках бюджетно-страхової моделі;

6) визначення прав і обов'язків медичних закладів щодо участі у програмі обов'язкового медичного страхування;

7) впровадження адміністративної та фінансової відповідальності за неналежне надання медичних послуг у рамках бюджетно-страхової моделі;

8) удосконалення регулювання діяльності страхових компаній, зокрема, розробка стандартів діяльності страхових компаній, які братимуть участь у бюджетно-страховій моделі;

запровадження механізмів ліцензування, нагляду та контролю за страховими компаніями.

9) забезпечення міжнародного співробітництва завдяки співпраці з Всесвітньою організацією охорони здоров'я для обміну досвідом;

10) запровадження механізмів співфінансування та співстрахування медичних витрат за участю міжнародних організацій та приватного сектору.

Організаційно-управлінське забезпечення бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я на засадах обов'язкового державного медичного страхування полягає у розподілі:

виконавчих функцій та функцій внутрішнього аудиту - між Кабінетом Міністрів України, МОЗ України, Державним фондом медичного страхування та його регіональними відділеннями;

функцій зовнішнього контролю діяльності Державного фонду медичного страхування – між Кабінетом Міністрів України і Національним Банком України, який видаватиме ліцензії на діяльність страхових компаній, задіяних до страхових виплат в бюджетно-страховій моделі фінансування сфери охорони здоров'я;

моніторинг і експертна оцінка якості медичної допомоги у страхових випадках покладається на інститут уповноважених експертів;

механізмів вирішення спорів забезпечується Департаментом/відділом контролю виплат страхових платежів Державного фонду медичного страхування та його регіональних відділень, адміністрації закладів охорони здоров'я, страхових компаній, а також на судові органи та використання інституту медіації.

Технічне забезпечення бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я на засадах обов'язкового медичного страхування передбачає:

імплементацію уніфікованих локальних медичних інформаційних систем із сформованою функцією запровадження реєстру страхових випадків і застрахованих осіб до eHealth;

розробку і впровадження порядків ведення страхових реєстрів у центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я;

навчання медичних працівників і експертів роботі з електронним реєстром страхових випадків і застрахованих осіб;

урегулювання питання щодо доступу суб'єктів надання страхових послуг до відомостей про стан здоров'я пацієнта з урахуванням вимог законодавства про захист інформації та персональних даних;

урегулювання питання щодо оброблення персональних даних, зокрема тих, що стосуються стану здоров'я пацієнта, їх повторного знеособленого

використання для цілей статистичних, наукових досліджень та з іншими цілями поза метою надання медичної допомоги.

Ресурсне забезпечення бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється шляхом:

залучення інформаційно-комунікаційних технологій, засобів масової інформації для забезпечення широкої участі всіх заінтересованих сторін, зокрема представників державних органів, органів територіальних громад, громадянського суспільства, закладів охорони здоров'я, страхових компаній, медичних працівників приватного сектору для інтеграції бюджетно-страхової моделі фінансування в діяльність у сфері охорони здоров'я України;

забезпечення стабільної ресурсної підтримки бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я шляхом фінансування за рахунок бюджетних коштів, внесків роботодавців та з інших не заборонених законодавством джерел;

забезпечення фінансової прозорості та публічної доступності узагальнених даних щодо впровадження, функціонування та розвитку бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я;

формування інституту висококваліфікованих експертів з проведення експертної оцінки якості медичної допомоги;

прямої участі працівників сфери охорони здоров'я, співробітників страхових компаній та їх адміністративного персоналу в запровадженні та функціонуванні бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я;

використання парку комп'ютерної техніки та засобів програмного забезпечення.

Очікувані результати запровадження бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я

Реалізація бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я, представленої у цій Концепції, дасть можливість створити сучасну модель фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка шляхом покриття страхових витрат в разі настання страхового випадку за рахунок страхових внесків роботодавців, з державного бюджету та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Реалізація бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я сприятиме:

зменшенню навантаження на державний та місцеві бюджети щодо фінансування сфери охорони здоров'я, оптимізації контролю за витратами на надання медичної допомоги, забезпеченню фінансової стійкості системи охорони здоров'я;

стимулюванню ефективного використання ресурсів і впровадженню сучасних механізмів оплати медичних послуг;

посиленню спроможності держави забезпечувати фінансовий захист громадян під час надання їм медичних послуг у разі настання страхового випадку;

посиленню конкуренції постачальників медичних послуг всіх форм власності на ринку;

підвищенню рівня фізичної, фінансової доступності та якості медичних послуг;

зменшенню вірогідності реалізації ризиків в охороні здоров'я та удосконаленню системи управління ними;

посиленню мотиваційних механізмів до праці та підвищення рівня оплати праці медичних працівників;

підвищенню мотиваційних механізмів у медичних працівників до підтримки високого професійного рівня та застосування науково обґрунтованих новітніх медичних технологій;

зміцненню державно-приватного партнерства в охороні здоров'я;

підвищенню рівня прозорості та підзвітності використання коштів в сфері охорони здоров'я.

Обсяг фінансових ресурсів для реалізації бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я

Фінансування заходів щодо впровадження бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я, представлених у цій Концепції, здійснюється за рахунок і в межах коштів державного бюджету, затвердженого на відповідний рік на Програму медичних гарантій, цільові Державні програми з охорони здоров'я та Програму обов'язкового медичного страхування

Обсяги видатків уточнюються щороку з урахуванням можливостей державного бюджету, конкретизації заходів за підсумками їх виконання в попередні роки.

Конкретні обсяги фінансових, матеріально-технічних і трудових ресурсів будуть визначені під час розроблення плану заходів щодо реалізації Концепції.