

**КОНЦЕПЦІЯ НОВОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

«П'ЯТА МОДЕЛЬ»

АБО

«МОДЕЛЬ КОНДРУКА»

**ПРОПОНУЄТЬСЯ
ДО ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ**

**Головою Комітету з охорони здоров'я
Спілки Українських Підприємців
Валерієм Кондруком**

КИЇВ

В основу розробки та впровадження «КОНЦЕПЦІЇ НОВОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА П'ЯТОЮ МОДЕЛЛЮ» ліг здобутий Валерієм Кондруком досвід на посаді Заступника голови Київської обласної державної адміністрації в період з березня 2005 року по квітень 2010 року.

Досягнення:

- Реформа охорони здоров'я на первинному рівні за рахунок впровадження сімейної медицини. В рамках цього проекту в період 2005 - 2010 рр. було створено 127 амбулаторій, які були обладнані усім необхідним для проведення якісної діагностики.

Результат: за період з 2005 р. по 2010 р. зменшився показник смертності мешканців області; за період з 2005 р. по 2010 р. зменшився показник смертності малюків у області.

- Проведена реконструкція обласної клінічної лікарні для мешканців Київської області.
- Вперше в Україні впроваджено проект «Гроші ходять за дитиною».

Результат: за рахунок проекту влаштовано більше 3 500 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

«НОВА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ» (НООЗУ)

«П'ЯТА МОДЕЛЬ» АБО «МОДЕЛЬ КОНДРУКА»

ВСТУП

У світі відомі **чотири основні моделі** організації охорони здоров'я (в першу чергу, фінансування) – модель приватного фінансування охорони здоров'я, модель Бісмарка (медичне страхування), модель Беверіджа (бюджетне фінансування) і модель Семашка. Кожна з моделей має свої переваги і вади.

Приватне фінансування охорони здоров'я народило найуспішнішу у світі медицину США (при цьому, доступну не всім).

Модель Бісмарка (фінансування медичних послуг через обов'язкове страхування) успішно реалізована у Німеччині.

Модель Беверіджа (бюджетне фінансування медичних послуг) ще успішніше реалізована у Великобританії.

В Україні ж за 25 останніх років повністю зруйнована модель Семашка (бюджетне утримання медичної інфраструктури). Натомість – не збудовано нічого.

Охорона здоров'я у будь-якій країні – дуже консервативна система. Країни, в яких та чи інша модель організації охорони здоров'я працює успішно, добре знаючи недоліки своїх моделей, не поспішають реформувати те, що і так добре працює...

Повна руїна організації охорони здоров'я в Україні дає нашій державі унікальний шанс не копіювати консервативну модель 200, 130 чи 70-річної давності, які успішно реалізовані у США, Німеччині чи Великобританії (точніше, в Англії), з усім відомими перевагами і недоліками тієї чи іншої моделі, а створити нову модель, яка буде побудована на сучасних досягненнях і враховує позитивний досвід організації охорони здоров'я успішних країн.

Говорячи про руїну ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ми вважаємо, що МЕДИЧНУ ІНФРАСТРУКТУРУ, яка була створена в моделі Семашка та фахівці, яких ця модель виростила мають бути вмонтованими у **П'яту Модель**, що постане в Україні внаслідок впровадження запропонованої Концепції: **фінансування послуг замість фінансування ліжко-місць еволюційним шляхом, без бюрократичного втручання, відсіє і зайву інфраструктуру і некваліфікованих працівників.**

МЕТА П'ЯТОЇ МОДЕЛІ

Метою П'ятої Моделі є побудова нової організації охорони здоров'я в Україні із врахуванням сучасного стану медичної галузі, фахового досвіду медичного персоналу, наявної інфраструктури медичних закладів, досвіду країн, які мають беззаперечні успіхи у розвитку медицини та організації охорони здоров'я та рекомендацій ВООЗ з організації охорони здоров'я. Наслідком має стати підвищення ефективності використання коштів, які нація витрачає на охорону здоров'я та покращення медичних послуг, які надаються громадянам медичними закладами і лікарями, що в кінцевому результаті призведе до **збільшення тривалості життя кожного українця**.

КОНЦЕПЦІЯ

Модель пропонує кардинальну медичну реформу без зміни норм Конституції України! Пропонується перехід від бюджетного фінансування ліжко-місць до бюджетного фінансування медичних послуг. Концепція передбачає бюджетне фінансування медичних послуг, як це зробила Англія у моделі Беверіджа, але за власною Моделлю!

КОРОТКИЙ ОПИС МОДЕЛІ

1. Запроваджується обов'язкове державне медичне страхування усіх громадян України.
2. Впорядковується добровільне недержавне медичне страхування.
3. Обов'язкове державне медичне страхування усіх громадян України відбувається за рахунок трансформації податку на доходи фізичних осіб у збір на обов'язкове державне медичне страхування без зміни існуючих ставок і бази оподаткування (без збільшення податкового навантаження!).
4. Встановлюється гарантований перелік і кількість медичних послуг, які кожен громадянин України може отримати за рахунок бюджетного фінансування через Фонд обов'язкового державного медичного страхування.
5. Усі державні і комунальні заклади охорони здоров'я переводяться з бюджетного фінансування закладу (ліжко-місця) на бюджетне фінансування кожної конкретної, наданої пацієнту послуги із гарантованого Законом переліку і обсягу таких послуг.
7. Запроваджується три рівні надання медичних послуг та чотири рівні організації охорони здоров'я.
8. Запроваджується щорічне обов'язкове профілактичне медичне обстеження (ЩОПМО) громадян України за рахунок коштів від ОДМС.
9. Здійснюється стимулювання громадян до оздоровчо-профілактичних заходів.
10. Запроваджуються гарантії невтручання «політики» у професійну діяльність із організації охорони здоров'я.

ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВІД ВПРОВАДЖЕННЯ П'ЯТОЇ МОДЕЛІ

1. Замість фінансування за бюджетні кошти загальних фондів Державного та місцевих бюджетів **мережі (ліжко-місць)** за кошти спеціального загальнодержавного Фонду обов'язкового державного медичного страхування буде фінансуватися **медична послуга**.

2. За ті ж кошти українці отримають більше медичних послуг кращої якості.
3. Кожен громадянин України зможе отримати гарантований державою набір медичних послуг з можливістю обрати кращого лікаря чи медичний заклад.
4. Профілактика, раннє виявлення і лікування хвороб на первинному рівні приведе до більш ефективного використання коштів, що витрачаються нацією на охорону здоров'я та **знизить рівень смертності населення України.**

ПРИНЦИПИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ

1. ПОЛІТИЧНА ВОЛЯ ПЕРШИХ ОСІБ ДЕРЖАВИ

2. ПОТРЕБА ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ДЛЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ

П'ята Модель розроблена на засадах статті 49 Конституції України і потребує змін лише на рівні законів. **Додаток 1.**

3. ПОТРЕБА У ФІНАНСУВАННІ ВПРОВАДЖЕННЯ

Модель розроблена із врахуванням сучасного стану економіки України, існуючого податкового навантаження, існуючого співвідношення загальних витрат нації на охорону здоров'я між бюджетними витратами і оплатою медичних послуг (як правило, на даний час, неофіційною) та ліків з приватних джерел (добровільне страхування, власні заощадження).

Впровадження П'ятої Моделі не потребує додаткових витрат, реформування відбувається в рамках бюджетного асигнування. Принциповим підходом концепції є гарантування збереження існуючого обсягу витрат з Державного та місцевих бюджетів на утримання інфраструктури охорони здоров'я за представленою П'ЯТОЮ МОДЕЛЛЮ.

4. МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

П'ята Модель пропонує запровадження бюджетної оплати медичних послуг, замість оплати утримання ліжко-місць без скорочення існуючої мережі закладів охорони здоров'я державної і комунальної власності (вимога статті 49 Конституції України).

5. ТРАНСФОРМАЦІЯ ПОДАТКУ НА ДОХОДИ ФІЗИЧНИХ ОСІБ У ЗБІР НА ОБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Концепція пропонує запровадження, без збільшення податкового навантаження на платників податків, обов'язкового державного медичного страхування шляхом трансформації податку на доходи фізичних осіб (ПДФО) у два види зборів(податків). **Додаток 2.**

6. ПЕРСОНАЛЬНА КАРТКА для ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (ПКОМП)

Всі витрати з оплати медичних послуг за рахунок коштів **ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ** здійснюються за допомогою **ПЕРСОНАЛЬНОЇ КАРТКИ для ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (ПКОМП)**. **Додаток 3.**

Карточку ПКОМП отримує кожен громадянин України, якому виповнилося 16 років (за дітей, яким не виповнилося 16 років та недієздатних осіб медичні послуги за допомогою своєї карточки ПКОМП оплачує один із батьків (опікун)).

7. ОРГАНИ, ЩО ВЕДУТЬ ОБЛІК ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ ТА ЗДІЙСНЮТЬ ОПЛАТУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Для обліку застрахованих осіб видачі ПКОМС (чи запису даних застрахованої особи у паспорт), аудиту наданих послуг та здійснених оплат створюється незалежний орган.

Для здійснення оплати медичних послуг концепція пропонує відмовитися від створення нової структури і передати ці повноваження створеним для цього відділенням при територіальних органах Державного казначейства України з питань оплати медичних послуг застрахованим особам.

Навіть, якщо буде прийнято рішення про створення нового органу – його доцільно створювати на базі Держказначейства.

8. ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ

У П'ятій Моделі реалізований принцип ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ системи надання послуг з охорони здоров'я та СУБСИДІАРНОСТІ.

При цьому децентралізація охорони здоров'я відбувається паралельно з автономізацією охорони здоров'я від місцевих органів державної влади і органів місцевого самоврядування.

9. ЧОТИРИ РІВНІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 1) Рівень первинної медичної допомоги.

Первинна медична допомога через центри первинної медичної допомоги (ЦПМД) та амбулаторії сімейного лікаря (АСЛ) та на дому за викликом пацієнта надається лікарями загальної практики та сімейними лікарями.

- 2) Рівень вторинної медичної допомоги.

Вторинна медична допомога надається медичними закладами Госпітального округу. Госпітальний округ охоплює декілька сучасних районів. Організовує роботу Госпітального округу Головний лікар Госпітального округу.

- 3) Рівень третинної медичної допомоги.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога організовується Головним лікарем України, який має статус заступника міністра охорони здоров'я за посадою.

- 4) Реалізація державної політики з охорони здоров'я здійснюється Міністерством охорони здоров'я.

Додаток 4.

10. ШВИДКА ТА ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

За цією Концепцією під швидкою медичною допомогою розуміється можливість пацієнта викликати для надання медичної допомоги лікаря загальної практики чи сімейного лікаря до себе додому чи на роботу без транспортування, як правило, такого пацієнта до медичного закладу з оплатою за такий виклик за рахунок залишку коштів на ПКОМП чи власними коштами.

Під екстреною медичною допомогою розуміється виїзд за викликом медичної бригади, яка може провести реанімаційні заходи чи стабілізувати стан пацієнта з транспортуванням такого пацієнта до лікарні.

11. ОСОБЛИВОСТІ ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА РІЗНИХ РІВНЯХ

Пропонується оплачувати медичні послуги на вторинному і третинному рівні за класичною схемою – при настанні страхового випадку пацієнт, за погодженням з розпорядником коштів

страхового фонду, звертається до однієї з медичних установ, отримує послугу, а розпорядник коштів здійснює оплату.

Натомість, на первинному рівні пропонується розпорядником коштів – наперед визначеної суми, яка може бути витрачена на оплату за проходження щорічного обов'язкового медичного огляду та лікування – зробити застраховану особу (або батьків чи опікунів, якщо мова йде про неповнолітніх та недієздатних осіб).

12. ОБОВ'ЯЗКОВІСТЬ ЩОРІЧНОГО ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Концепція запроваджує обов'язкове щорічне профілактичне медичне обстеження із застосуванням санкцій до пацієнта, який від такого обстеження відмовився та до лікаря, який провів обстеження неякісно.

Це приведе до більш раннього виявлення і лікування захворювань та економії коштів, які зараз витрачаються на безрезультатне лікування пізніх стадій захворювань.

13. РОЛЬ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ В НОВІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Концепція пропонує обмежити роль місцевого самоврядування безумовним наданням медичним закладам майна комунальних закладів охорони здоров'я у безстрокову безоплатну оренду та страхуванням неповнолітніх за поданням таких органів.

За рахунок бюджету розвитку територіальної громади (кількох територіальних громад) можуть, на замовлення медичних закладів погоджене з громадою, будуватися нові приміщення медичних закладів.

Роль органів місцевого самоврядування у реалізації П'ятої Моделі потребує додаткового обговорення.

14. ЛІЦЕНЗІЇ НА ПРАВО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Лікарі загальної практики, сімейні лікарі та медичні заклади повинні мати ліцензію на право надання відповідних медичних послуг.

До системи з проведення ліцензування залучається лікарське самоврядування.

15. ЧОТИРЬОХРІВНЕВА СИСТЕМА ФІНАНСУВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ГРОМАДЯНАМ УКРАЇНИ

Всі кошти, які надходять від **ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ** та кошти від ПДФО, які спрямовуються на фінансування охорони здоров'я в Україні, передбачаються у Державному бюджеті України, але у різних фондах і з різними розпорядниками. **Додаток 5.**

16. СПІЛЬНЕ ФІНАНСУВАННЯ ПОСЛУГ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Пропонуючи спільне фінансування послуг з надання медичної допомоги, концепція виходить із співвідношення бюджетного і приватного фінансування охорони здоров'я, яке склалося на даний момент 55:45.

Ми переконані, що 55% державного фінансування використовуються у моделі Семашка вкрай неефективно або розкрадаються через так звану систему державних закупівель, через яку, попри всі розмови про прозорість, і сьогодні розкрадається не менше 20% бюджетних коштів на закупівлю ліків.

Перехід на обов'язкове державне медичне страхування і витрачання колишніх «нічийних» бюджетних грошей, які йшли на утримання ліжко-місць, у вигляді персоніфікованих коштів медичного страхування, які спрямовуються на оплату послуги із усвідомленим вибором пацієнтом кращого лікаря, призведе до покращення якості надання медичних послуг за ту ж суму витрат. **Додаток 6.**

17. КАДРОВА ПОЛІТИКА

Запропонована нова система організації охорони здоров'я потребує нової кадрової політики:

- допуск до лікарської практики за участю професійних лікарських організацій на підставі отримання ліцензії і періодичної атестації;
- заборона партійних (кланових) квот;
- виборність на підставі проходження за кваліфікаційними ознаками Головних лікарів госпітальних округів, Рад госпітальних округів, Наглядової ради охорони здоров'я;
- прозорий конкурсний відбір за кваліфікаційними критеріями на усі адміністративні посади.

18. ЦІНИ НА МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ

Ціни на медичні послуги затверджує Наглядова рада охорони здоров'я (утворюється із голів рад госпітальних округів) за поданням профільної наукової установи.

19. ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ. ОЗДОРОВЛЕННЯ

Кошти, які накопичені громадянином на карточці ПКМІП, а також кошти його неповнолітніх дітей, які проходять щорічні обов'язкові профілактичні огляди, але не потребують звернень за допомогою лікаря в період між профілактичними оглядами, не списуються з рахунку, а можуть бути використані на оплату лікувально-профілактичних заходів, оплату оздоровчих процедур, санаторно-курортні послуги, послуги спортивних шкіл та придбання спортивного інвентаря та нерецептурних імуностимулюючих засобів.

20. ЗАКУПІВЛІ ТОВАРІВ, РОБІТ, ПОСЛУГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

В охороні здоров'я можна без додаткових затрат і складних процедур зекономити не менше 20% коштів, які розкрадаються при закупівлях, при наявності політичної волі. П'ята Модель передбачатиме прозорі, конкурсні, електронні закупівлі ліків медичними закладами під контролем громадськості та Фонду обов'язкового державного медичного страхування.

ВИСНОВКИ

Впровадження П'ятої Моделі забезпечить гарантовану оплату за кошти **ДЕРЖАВНОГО БЮДЖЕТУ УКРАЇНИ гарантованого законом переліку і кількості медичних послуг за затвердженими під контролем громадськості стандартами і протоколами надання медичних послуг і цінами таких послуг для кожного пацієнта.**

Кінцева ціль впровадження П'ЯТОЇ МОДЕЛІ - збільшення тривалості життя українців.

ПОЯСНЕННЯ
(в додатках)
ДО
**КОНЦЕПЦІЇ
НОВОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

**«П'ЯТА МОДЕЛЬ »
АБО
«МОДЕЛЬ КОНДРУКА»**

**ПОТРЕБА ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ДЛЯ
ЗАПРОВАДЖЕННЯ**

Модель розроблена на засадах статті 49 Конституції України і потребує змін лише на рівні законів.

Зокрема, змін потребує:

- 1) Податковий Кодекс України – щодо перейменування частини податку на доходи фізичних осіб (ПДФО) на збір на обов'язкове державне медичне страхування (ЗОДМС);
- 2) Бюджетний Кодекс України – щодо скасування розподілу ПДФО між різними бюджетами та щодо запровадження Фондів обов'язкового державного медичного страхування;
- 3) Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо нової організації охорони здоров'я (П'ята Модель), зокрема, щодо організації надання послуг первинної медицини сімейними лікарями та Центрами первинної медико-санітарної допомоги, про створення Госпітальних округів та організацію надання медичних послуг вторинного рівня медичними закладами Госпітальних округів;
- 4) Закон України «Про обов'язкове державне медичне страхування»;
Закон України «Про добровільне недержавне медичне страхування»

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПОДАТКУ НА ДОХОДИ ФІЗИЧНИХ ОСІБ У ЗБІР НА ОБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Концепція пропонує запровадження, **без збільшення податкового навантаження на платників податків,** обов'язкового державного медичного страхування шляхом трансформації податку на доходи фізичних осіб (ПДФО) у два види зборів(податків).

- 1) збір на обов'язкове державне медичне страхування (ЗОДМС), у який перетворюється частина ПДФО, який нараховується на заробітну плату, і який надходить до Фонду обов'язкового державного медичного страхування (ФОДМС);
- 2) ПДФО на доходи фізичних осіб, інші, ніж заробітна плата, який зараховується у Державний фонд охорони здоров'я (ДФОЗ). Кошти ДФОЗ спрямовуються:
 - до ФОДМС на обов'язкове державне медичне страхування непрацюючих осіб (пенсіонерів, неповнолітніх дітей, студентів, безробітних...)
 - на забезпечення функціонування частини системи охорони здоров'я, яка не надає медичних послуг: Міністерство охорони здоров'я та його органи, наглядово-дозвільних органів системи охорони здоров'я, рад госпітальних округів, Наглядової ради Лікувального департаменту України.
 - Пропозиція використання у якості фінансової бази для запровадження обов'язкового державного медичного страхування ПДФО ґрунтується на тому факті, що сумарні загальні витрати Державного та місцевих бюджетів України на охорону здоров'я приблизно **РІВНІ** сумарним загальним доходам Державного та місцевих бюджетів України від ПДФО.
 - Очікується, що запровадження Концепції і без збільшення бюджетних витрат та податкового навантаження, дасть відчутне покращення якості і збільшення кількості медичних послуг.
 - Фактичне перейменування частини одного із податків у страховий збір без зміни бази оподаткування і ставки податку (збору) із побудовою чіткої і зрозумілої системи витрачання цих надходжень на оплату медичних послуг, повинно викликати довіру і підтримку такої реформи з боку громадян.

ОХОПЛЕННЯ УСІХ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ

- Кожен громадянин України підлягає обов'язковому державному медичному страхуванню.
- Всі застраховані особи вносяться до єдиної бази застрахованих осіб. В цій базі записуються усі необхідні для ідентифікації особи дані та фіксуються усі дані про отриману протягом всього життя особою медичну допомогу та прописані лікарями курси лікування.
- Отримати (оплатити) медичні послуги, що гарантуються П'ятою Моделлю для всіх громадян України незалежно від рівня їхніх доходів можна лише за допомогою персональної карточки оплати медичних послуг (ПКОМП). Ще краще – якщо роль такої карточки виконуватиме **біометричний паспорт громадянина України.**

Додаток 3.

ПЕРСОНАЛЬНА КАРТКА для ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (ПКОМП).

Всі витрати з оплати медичних послуг за рахунок коштів **ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ** здійснюються за допомогою **ПЕРСОНАЛЬНОЇ КАРТКИ для ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (ПКОМП)**.

Карточку ПКОМП отримує кожен громадянин України, якому виповнилося 16 років (*Як варіант – роль карточки ПКОМП виконує БІОМЕТРИЧНИЙ ПАСПОРТ ГРОМАДЯНИНА УКРАЇНИ*).

За дітей, яким не виповнилося 16 років та недієздатних осіб медичні послуги за допомогою своєї карточки ПКОМП оплачує один із батьків (опікун).

На ПКОМП (чи біометричний паспорт) громадянина України заносяться дані його **МЕДИЧНОЇ СТРАХОВКИ** та грошові кошти з Фонду обов'язкового медичного страхування, які він витрачає на обов'язкове щорічне профілактичне обстеження та лікування на первинному рівні, самостійно обираючи сімейного лікаря чи центр первинної медико-санітарної допомоги.

Карточки ПКОМП громадян України відрізняються за способом зарахування на них коштів:

- на ПКОМП платника збору на обов'язкове державне медичне страхування (ЗОДМС) автоматично, у момент зарахування до бюджету оплати ним (агент держави із стягнення збору (страхувальник) – роботодавець) збору на обов'язкове державне медичне страхування, зараховуються кошти у розмірі 3% його доходів, які були оподатковані (*довідково: при оприлюдненій Пенсійним фондом України розрахунковій величині середньомісячної зарплати за травень 2016 року 4370 гривень на карточку середньостатистичного платника збору за рік буде зараховано 1573 гривні, які він зможе витратити на проходження щорічного обов'язкового профілактичного огляду та лікування на первинному рівні, самостійно обираючи лікаря чи ЦПМСД*).

- на карточку ПКОМП пенсіонера із Державного фонду охорони здоров'я (ДФОЗ) №4 за поданням органів Пенсійного фонду України один раз на місяць зараховується фіксована сума коштів, яка затверджується щорічно при ухваленні Державного бюджету України на наступний рік. (*питання для дискусії: розглянути доцільність надходження коштів на ПКОМП пенсіонерів з двох джерел: 1) збір на ОДМС у розмірі 3% від пенсії (середня річна сума становитиме 525 гривень); 2) фіксована сума із Держбюджету (ДФОЗ №4).*)

- на карточку ПКОМП безробітного із ДФОЗ №4 за поданням Державної служби зайнятості один раз на місяць зараховується фіксована сума коштів, яка затверджується щорічно при ухваленні Державного бюджету України на наступний рік.

- на карточку ПКОМП учнів старших 16 років та студентів із ДФОЗ №4 за поданням учбових закладів один раз на місяць зараховується фіксована сума коштів, яка затверджується щорічно при ухваленні Державного бюджету України на наступний рік.

- кошти на отримання медичної допомоги дітьми до 16 років зараховуються щомісячно у вигляді фіксованої суми на ПКОМП їхніх батьків чи опікунів за поданням органів місцевого самоврядування.

ЧОТИРЬОХРІВНЕВА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В П'ятій Моделі реалізується чотирьохрівнева система організації охорони здоров'я в Україні:

1. ПЕРВИННА МЕДИКО-САНІТАРНА ДОПОМОГА; ШВИДКА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

На первинному рівні послуги з медичної допомоги та профілактики захворювань надаються у Центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) та Амбулаторіях сімейних лікарів (АСЛ), а також, за викликом, вдома у пацієнта, бригадою швидкої медичної допомоги чи сімейним лікарем.

2. ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Організація охорони здоров'я на вторинному рівні здійснюється у госпітальних округах. Госпітальний округ об'єднує декілька теперішніх районів. Організовує роботу по наданню медичних послуг виборний Головний лікар (адміністратор) госпітального округу, який обирається на загальних виборах на 5 років. Вибори Головного лікаря (адміністратора) госпітального округу проводяться виборцями всього округу. До кандидатів на посаду Головного лікаря (адміністратора) госпітального округу пред'являються строгі кваліфікаційні вимоги. Головний лікар (адміністратор) госпітального округу підзвітний Раді госпітального округу, яка обирається одночасно із виборами Головного лікаря (адміністратора) госпітального округу. Рада госпітального округу щороку затверджує Перспективний план розвитку госпітального округу на наступні 5 років та поточний план розвитку на наступний рік, кошториси та звіти про їх виконання, але не втручається у кадрову політику Головного лікаря (адміністратора), який несе персональну відповідальність за роботу госпітального округу.

3. ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Організацію надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги здійснює ЛІКУВАЛЬНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ України (ЛДУ).

ЛДУ очолює ГОЛОВНИЙ ЛІКАР УКРАЇНИ у ранзі заступника Міністра охорони здоров'я (за посадою). ГОЛОВНИЙ ЛІКАР УКРАЇНИ обирається на посаду на 5 років за результатами відкритого прозорого конкурсу зі строгими кваліфікаційними професійними вимогами Вищою лікарською радою України.

ГОЛОВНИЙ ЛІКАР УКРАЇНИ несе персональну відповідальність за результати роботи ЛІКУВАЛЬНОГО ДЕПАРТАМЕНТУ УКРАЇНИ (ЛДУ) та організацію надання медичних послуг в лікувальних установах третинного рівня і здійснює призначення Головних лікарів лікувальних закладів Лікувального департаменту України за результатами прозорого конкурсного відбору, який проводиться конкурсною комісією професійного лікарського об'єднання ЛДУ.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ОРГАНИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я координує розробку та реалізацію політики держави з питань охорони здоров'я, навчання, стажування, лікарів та ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, отримання ними ліцензій на здійснення професійної діяльності, підвищення кваліфікації та проведення періодичної переатестації медичних працівників, здійснення наукових досліджень в галузі медицини та організації охорони здоров'я, реєстрацію лікарських засобів, розробку протоколів та стандартів лікування і здійснення загального нагляду за їх дотриманням. Міністр охорони здоров'я несе персональну відповідальність за результати роботи міністерства і самостійно здійснює усі кадрові призначення за поданням Державного секретаря міністерства за результатами прозорого конкурсного відбору кадрів для роботи у міністерстві та підконтрольних йому органах. За спроби нав'язати міністру кандидатів на посади в обхід конкурсу – кримінальна відповідальність. За порушення принципів професійності, прозорості та конкурсності при здійсненні кадрових призначень у міністерстві та підконтрольних йому органах – кримінальна відповідальність.

Наглядова рада охорони здоров'я (НРОЗ) складається із Голів Рад госпітальних округів.

ЧОТИРЬОХРІВНЕВА СИСТЕМА ФІНАНСУВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ГРОМАДЯНАМ УКРАЇНИ

Всі кошти, які надходять від **ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ** та кошти від ПДФО, які спрямовуються на фінансування охорони здоров'я в Україні, передбачаються у Державному бюджеті України, але у різних фондах і з різними розпорядниками.

1. ДЕРЖАВНИЙ ФОНД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я №1 (ДФОЗ №1) – ФОНД ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ.

Державний фонд фінансування первинної медико-санітарної та швидкої допомоги формується за рахунок частини надходжень від збору на **ОБОВ'ЯЗКОВЕ ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ** та перерахувань із Фонду охорони здоров'я і розбивається на персональні медичні рахунки усіх громадян України, які стають розпорядниками коштів свого персонального медичного рахунку (рахунками неповнолітніх дітей та недієздатних осіб розпоряджаються їхні батьки чи опікуни)

ПЕРВИННА МЕДИКО-САНІТАРНА ДОПОМОГА; ШВИДКА МЕДИЧНА ДОПОМОГА оплачується пацієнтом самостійно за рахунок коштів **ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ** за допомогою **ПЕРСОНАЛЬНОЇ КАРТКИ** для **ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (ПКОМП)**. Як варіант – роль карточки ПКОМП виконує **БИОМЕТРИЧНИЙ ПАСПОРТ ГРОМАДЯНИНА УКРАЇНИ**.

Пацієнт самостійно обирає сімейного лікаря, чи Центр надання первинної медико-санітарної допомоги (ЦНПМСД).

Проходження (з оплатою карточкою ПКОМП) **ЩОРІЧНОГО ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ** у сімейного лікаря (будь-якого лікаря на території України, який сертифікований, як сімейний лікар) чи ЦНПМСД (будь-якого ЦНПМСД на території України) є **ОБОВ'ЯЗКОВИМ**.

ПАЦІЄНТ, який звернувся за вторинною медичною допомогою більше, ніж через 15 місяців після останнього ОБОВ'ЯЗКОВОГО ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ втрачає право на послуги з надання медичної допомоги вторинного і третинного рівня з покриттям вартості за рахунок ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ і покриватиме такі витрати ЗА ВЛАСНИЙ РАХУНОК! Але за ним зберігається право покривати витрати на лікування та ліки за рецептом, що виписаний лікувальною установою вторинного і третинного рівня з рахунку карточки ПКОМП, в межах коштів, що накопичилися на такому рахунку. Тобто, якщо людина ігнорувала **ОБОВ'ЯЗКОВЕ** проходження **ЩОРІЧНОГО ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ** протягом тривалого часу, то частина коштів **ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**, яка потрапляла на його персональний рахунок для проходження обов'язкових профілактичних оглядів і лікування на первинному рівні не зникає, а може бути використана на оплату лікування на вторинному і третинному рівні.

Рахунок на карточці ПКОМП (паспорті) громадянина України для оплати **ПОСЛУГ** первинної медико-санітарної допомоги та придбання ліків за рецептом лікаря є накопичувальним.

При умові **ОБОВ'ЯЗКОВОГО ПРОХОДЖЕННЯ** щорічного профілактичного медичного огляду та перевищенні суми коштів на такому рахунку понад встановлений МОЗ рівень (наприклад, понад фіксовану суму, що виділяється на рік для отримання послуг первинного рівня),

надлишкова сума коштів може використовуватись на придбання нерепетурних лікувально-профілактичних засобів (за винятком «лікувальних» бальзамів на основі спирту) та обладнання лікувально-профілактичного призначення в аптеках, придбання спортивного інвентаря чи оплати послуг фізкультурно-оздоровчих закладів (басейнів, фітнес-центрів, спортивних клубів, дитячо-юнацьких спортивних шкіл...).

2. ДЕРЖАВНИЙ ФОНД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я №2 (ДФОЗ №2) – ФОНД ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Державний фонд фінансування вторинної медичної допомоги формується за рахунок частини надходжень від збору на **ОБОВ'ЯЗКОВЕ ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ** та перерахувань із Фонду охорони здоров'я.

ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА оплачується лікувальній установі, яка надала послуги з лікування конкретного пацієнта у разі настання страхового випадку, **ВІДДІЛЕННЯМ ДЕРЖАВНОГО КАЗНАЧЕЙСТВА УКРАЇНИ** при **ГОСПІТАЛЬНОМУ ОКРУЗІ** за поданням відповідної лікувальної установи за рахунок коштів **ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**. Вибір медичного закладу погоджується з установою Фонду ОДМС до початку лікування. Нагляд за відповідністю вибору лікувального закладу, дотриманням протоколу лікування та правильністю призначеної оплати здійснює **ЛІКУВАЛЬНА ІНСПЕКЦІЯ МОЗ**.

Ідентифікація пацієнта здійснюється за карткою ПКОМП (чи паспортом, якщо він заміняє картку ПКОМП).

3. ДЕРЖАВНИЙ ФОНД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я №3 (ДФОЗ №3) – ФОНД ТРЕТИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Державний фонд фінансування третинної медичної допомоги формується за рахунок частини надходжень від збору на **ОБОВ'ЯЗКОВЕ ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**.

ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА оплачується лікувальній установі, яка надала послуги з лікування конкретного пацієнта, **ВІДДІЛЕННЯМ ДЕРЖАВНОГО КАЗНАЧЕЙСТВА УКРАЇНИ** при **МІНІСТЕРСТВІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я** за поданням відповідної лікувальної установи за рахунок коштів **ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**. Нагляд за відповідністю вибору лікувального закладу та правильністю призначеної оплати здійснює **ЛІКУВАЛЬНА ІНСПЕКЦІЯ МОЗ**.

Ідентифікація пацієнта здійснюється за карткою ПКОМП(чи паспортом, якщо він заміняє картку ПКОМП).

4. ДЕРЖАВНИЙ ФОНД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я №4 (ДФОЗ №4).

Державний фонд організації охорони здоров'я створюється для фінансового забезпечення медичного страхування дітей, пенсіонерів, непрацездатних та тимчасово непрацюючих осіб, фінансування органів охорони здоров'я та їх програм і формується за рахунок надходжень від податку на доходи фізичних осіб інших, ніж заробітна плата (заробітна плата обкладається обов'язковим **ЗБОРОМ** на державне медичне страхування). За рахунок **ДФООЗ** фінансується **МОЗ** та органи системи охорони здоров'я, які не надають медичних послуг громадянам.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я є головним розпорядником коштів **ДЕРЖАВНОГО БЮДЖЕТУ УКРАЇНИ**, які передбачені на фінансування **МОЗ**, його підрозділів та їхніх програм.

ДОХОДИ ДЕРЖАВНИХ ФОНДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я №1, №2, №3, №4

Головним джерелом надходжень до Державних фондів охорони здоров'я №1, №2, №3 є надходження від ЗБОРУ НА ОБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СТРАХУВАННЯ та кошти на обов'язкове державне страхування дітей, пенсіонерів, непрацездатних та тимчасово непрацюючих осіб із Державного фонду охорони здоров'я №4.

Головним джерелом надходжень до Державного фонду охорони здоров'я №4 є податок на **доходи** фізичних осіб **інші**, ніж заробітна плата.

СПІЛЬНЕ ФІНАНСУВАННЯ ПОСЛУГ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Пропонуючи спільне фінансування послуг з надання медичної допомоги, концепція виходить із співвідношення бюджетного і приватного фінансування охорони здоров'я, яке склалося на даний момент 55:45.

55% державного фінансування використовуються у моделі Семашка вкрай неефективно або розкрадаються через так звану систему державних закупівель, через яку, попри всі розмови про прозорість, і сьогодні розкрадається не менше 20% бюджетних коштів на закупівлю ліків.

Перехід на обов'язкове державне медичне страхування і витрачання колишніх «нічийних» бюджетних грошей, які йшли на утримання ліжко-місць, у вигляді персоніфікованих коштів медичного страхування, які спрямовуються на оплату послуги із усвідомленим вибором пацієнтом кращого лікаря, приведе до покращення якості надання медичних послуг за ту ж суму витрат.

1) Спільне фінансування на первинному рівні.

Пацієнт оплачує за допомогою карточки ПКОМП (в межах коштів, що знаходяться на його персональному рахунку):

- 100% вартості обов'язкового щорічного профілактичного огляду;
- 100% вартості кожного наступного звернення до лікаря;
- 50% вартості відпущених, за рецептом лікаря первинної медичної допомоги, ліків.
- оплату інших 50% ліків та послуг первинної медичної допомоги понад кошти, що перераховуються на ПКОМП з Фонду ОДМС пацієнт оплачує із власних заощаджень, чи через Фонди недержавного медичного страхування.

2) Спільне фінансування на вторинному і третинному рівні. Пацієнт отримує гарантований перелік і кількість медичних послуг (лікування) у закладах охорони здоров'я вторинного і третинного рівня, згідно процедури і протоколів лікування, і обов'язкових для використання ліків, затверджених органами МОЗ. Додаткові послуги (лікування) та ліки, які рекомендовані як бажані, але не обов'язкові для використання протоколами лікування, пацієнт оплачує із власних доходів чи через Фонди недержавного медичного страхування.