

# ЗВІТ

## за результатами консультацій щодо реформи системи охорони здоров'я в рамках Всеукраїнського туру «ЗміниТИ»

Київ • 2018

Ця публікація була підготовлена за підтримки Європейського Союзу та його держав-членів. Зміст цієї публікації є виключною відповідальністю її авторів та не може жодним чином сприйматися як такий, що відображає погляди Програми «U-LEAD з Європою», Європейського Союзу та його держав-членів.

# ПЕРЕДМОВА

З 13 вересня по 14 грудня 2017 р. в рамках Всеукраїнського туру «ЗміниТИ» ГО «Центр UA», Реанімаційний Пакет Реформ та Міністерство охорони здоров'я провели 23 публічні консультації на тему «Реформа спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги та найбільш ефективні шляхи її втілення».

Метою консультацій було залучити до вироблення нової політики — реформи системи охорони здоров'я — представників заінтересованих сторін на регіональному та місцевому рівнях. До обговорень долучилися 936 учасників: головні лікарі, лікарі спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, представники органів місцевого самоврядування, місцевих адміністрацій, управлінь та департаментів охорони здоров'я, громадські активісти. Заходи відбулися в 23 обласних центрах (крім Києва, у Донецькій та Луганській областях консультації проводилися у Краматорську та Сєвєродонецьку відповідно), до участі були залучені представники 145 районів цих областей.

Обговорення стосувалися трьох тем: автономізації закладів охорони здоров'я, нових принципів фінансування спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, зокрема можливість запровадження співплат від пацієнтів, та ефективного використання надлишкового майна закладів охорони здоров'я.

За результатами консультацій Міністерство охорони здоров'я підготує відповіді на поставлені питання та враховує зауваження, ризики і пропозиції, висловлені учасниками консультацій, в подальшому виробленні та реалізації реформи.

У цьому звіті тематично згруповані проблеми, пропозиції та питання, висловлені учасниками консультацій. Мета документа — без викривлення передати позиції заінтересованих сторін, тому в ньому відображені в тому числі пропозиції, які суперечать одна одній, зауваження, які базуються на некоректній інформації, тощо. Озвучені проблеми, пропозиції та питання, які виходили за межі заявлених тем обговорення, теж були включені й винесені окремими тематичними блоками.

Документ має стати дороговказом для всіх залучених до розробки та комунікації реформи системи охорони здоров'я груп — представників міністерства, медичної спільноти, органів місцевого самоврядування, громадських організацій та засобів масової інформації та може бути використаний для тестування своїх гіпотез, пошуку рішень, додаткової аргументації на їх користь чи розуміння позицій тих, хто їх відстоює.

**ПОДЯКИ**

Висловлюємо вдячність за участь у консультаціях, за результатами яких було укладено цей звіт, учасникам заходів та спікерам: експерту Реанімаційного Пакету Реформ з медичної реформи Олександрю Ябчанці, начальнику відділу юридичної експертизи Департаменту правового забезпечення діяльності МОЗ Олександрю Правилу, начальниці відділу організації спеціалізованої медичної допомоги дорослим Медичного департаменту МОЗ Наталі Острополець, заступнику директора департаменту економіки та фінансової політики МОЗ Петру Ємецю, начальнику управління ліцензування та контролю якості надання медичної допомоги Ігорю Слонецькому та керівнику Патронатної служби Міністра охорони здоров'я В'ячеславу Черненку, а також в. о. Міністра охорони здоров'я України Уляні Супрун за запит на результати консультацій.

Проведення заходів стало можливим за фінансової підтримки Програми для України з розширення прав і можливостей на місцевому рівні, підзвітності та розвитку «U-LEAD з Європою».

**Звіт за результатами підготували представники ГО «Центр UA»:**

укладач — Єгор Поляков,  
методологічний супровід — Марія Лєвонова,  
дизайн і верстка — Іван Лампека.

**Організація публічних консультацій:**

Ольга Голобородько,  
Катерина Чамлай,  
Антон Іванов.

# ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА</b>	<b>2</b>
<b>ПОДЯКИ</b>	<b>4</b>
<b>ЗМІСТ</b>	<b>6</b>
<b>ПРОБЛЕМИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ</b>	<b>8</b>
<b>Автономізація закладів охорони здоров'я</b>	<b>9</b>
Доцільність автономізації	9
Залежність від органів місцевого самоврядування	10
Законодавство і процедура	10
Заробітна платня і кадрова політика	12
Госпітальні округи	13
<b>Оплата послуг спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги</b>	<b>14</b>
Вартість послуг	14
Оплата послуг	16
Взаємодія ланок	17
Платні послуги	17
Гарантований пакет	18
Співоплати	20
<b>Ефективне використання надлишкового майна</b>	<b>21</b>
Роль ОМС	21
Оренда	21
Продаж і демонтаж	22
Інші можливі використання вільних приміщень	22
<b>Інші проблеми та пропозиції</b>	<b>23</b>
Національний перелік основних лікарських засобів і державні програми	23
Електронний реєстр	24
Громадське здоров'я	24
Первинна ланка	25
Інше	25
<b>Пропозиції щодо змін у нормативні документи</b>	<b>27</b>

<b>ЗАПИТАННЯ</b>	<b>28</b>
<b>Загальна рамка реформи</b>	<b>29</b>
<b>Автономізація закладів охорони здоров'я</b>	<b>30</b>
Доцільність автономізації	30
Автономізація в перехідний період	31
Роль місцевої влади	31
Законодавство і процедура	32
Заробітна платня і кадрова політика	32
Призначення і повноваження керівництва НКП	33
<b>Оплата послуг спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги</b>	<b>34</b>
Вартість послуг	34
Оплата послуг	35
Платні послуги	36
Гарантований пакет	36
Співоплати	37
Пільгові категорії	38
Національна служба здоров'я України	38
Медичні протоколи	39
<b>Взаємодія ланок</b>	<b>40</b>
Оплата послуг і праці	40
Взаємодія первинної ланки і вузьких спеціалістів	40
Госпітальні округи	41
<b>Інші питання</b>	<b>42</b>
Забезпечення лікарськими засобами	42
Електронні реєстри	42
Громадське здоров'я	43
Реформа первинної ланки	43

# ПРОБЛЕМИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ



## ДОЦІЛЬНІСТЬ АВТОНОМІЗАЦІЇ

В умовах хронічного недофінансування, затримок з субвенціями і заробітною платою головні лікарі не вірять, що зможуть скористатися перевагами статусу неприбуткових комунальних підприємств (НКП): неможливо підвищувати зарплати персоналу, якщо не вистачає коштів у зарплатному фонді, неможливо заробляти на наданні послуг, якщо немає коштів на оновлення матеріально-технічної бази. При цьому потребу узгоджувати перерозподіл коштів з місцевою владою, перебуваючи в статусі комунальних закладів (КЗ), далеко не всі сприймають як проблему і не розуміють, чому не можна реалізувати переваги НКП в межах КЗ, не витрачаючи зайвих коштів і ресурсів на реорганізацію та повторне ліцензування.

### ПРОПОЗИЦІЇ:

- Надати детальну інформацію щодо як переваг, так і недоліків статусу НКП, щоб головні лікарі та органи місцевого самоврядування (ОМС) мали змогу самі порахувати, чи їм вигідно автономізуватися. Для цього спочатку розробити типовий статут, який би передбачав реальну автономію НКП. Звертати увагу керівників медичних закладів, що за наявності відповідного статуту вони матимуть можливість самі визначати ліжковий фонд, штатний розпис і заробітну плату. Не заохочувати заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають спеціалізовану і високоспеціалізовану медичну допомогу, автономізуватися до того, як буде розрахована вартість послуг і з'явиться можливість укладати договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ).
- Відмовитися від автономізації, а натомість через зміни до Бюджетного кодексу надати переваги, передбачені для НКП, бюджетним закладам, щоб не витратити зайвих коштів і ресурсів на реорганізацію та повторне ліцензування.

Чимало головних лікарів, представників департаментів ОЗ і ОМС не мають достатнього розуміння як загальної рамки реформи, так і деталей її реалізації, а тому не готові ні самі підтримати реформу, ні доносити інформацію про неї пацієнтам, лікарям і журналістам, хоча на це є значний запит.

Статути деяких реорганізованих ЗОЗ нівелюють переваги автономізації, оскільки повністю узалежнюють НКП від рішень ОМС, зокрема такі НКП не отримують права самостійно вирішувати кадрові питання, здавати в оренду приміщення тощо.

НКП ризикують збанкрутувати, якщо втратять статус неприбутковості.

Тарифи на комунальні послуги для НКП вищі, ніж для бюджетних закладів.

Земля, на якій розташовуються ЗОЗ, часто належить ОМС, який не є власником цього закладу. В результаті НКП будуть витрачати значні кошти на виплату оренди. Більше того, ОМС може навіть не проголосувати за передачу землі в оренду ЗОЗ.

Відповідно до Господарського кодексу працівники ЗОЗ, що реорганізується в НКП, втрачають гарантії для медичних працівників, їм не нараховується медичний стаж.

До внесення змін у Бюджетний кодекс НКП будуть зобов'язані повертати невикористані кошти.

У гірській місцевості ОМС не будуть автономізувати свої ЗОЗ, оскільки не зможуть самі їх фінансувати.

## **ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ**

Головним лікарям, які хочуть автономізації своїх ЗОЗ, доводиться переконувати ОМС, місцеву адміністрацію, фінансове управління і профільний департамент, що займає тривалий час. Ряд ОМС не хочуть автономізувати свої ЗОЗ через побоювання, що головні лікарі будуть на власний розсуд розпоряджатися майном лікарні. Є і протилежна проблема, коли автономізуватися не хочуть головні лікарі. Деякі з них пов'язані з місцевою владою й затягують процес автономізації, оскільки бояться не бути обраними керівниками нової структури на конкурсі.

### **ПРОПОЗИЦІЇ:**

- Законодавчо зобов'язати переводити ЗОЗ в статус НКП.
- Скасувати конкурс при призначенні керівників НКП після реорганізації, щоб мотивувати головних лікарів підтримати автономізацію.

ОТГ не можуть домовитися про те, як ділити майно ЦРЛ, і ці підприємства неможливо автономізувати.

Якщо кошти на розвиток — ремонт, закупівлю обладнання тощо — й надалі виділятимуться виключно з місцевих бюджетів, не можна говорити про реальну автономію закладів, адже головні лікарі й далі будуть залежними від рішень ОМС, а лікарні не матимуть коштів для розвитку.

## **ЗАКОНОДАВСТВО І ПРОЦЕДУРА**

МОЗ і Кабінет Міністрів не розробили підзаконні акти та ряд типових документів, які мали розробити до набуття чинності законом «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» в жовтні 2017 р.

### **ПРОПОЗИЦІЇ →**

→ **ПРОПОЗИЦІЇ:**

- Розробити типовий статут, положення про опікунську раду, спостережну раду, конкурс на керівника закладу, як це передбачено законом «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я».
- Для ОМС і головних лікарів підготувати детальну інструкцію про те, як реорганізовувати ЗОЗ: як формувати економічні розрахунки лікарні, зокрема щодо джерел фінансування лікарні з центрального та місцевих бюджетів, вартості послуг тощо, скласти фінансовий план діяльності, штатний розпис.
- У рекомендаціях щодо реорганізації і типовому статуті зазначити, що установчі документи мають передбачати статутний капітал, можливість створювати резервний фонд на випадок непередбачених витрат, можливість включати в статутні цілі додаткові бізнеси, тобто надавати не лише медичні, а й інші соціальні послуги

Фіскальні органи неохоче реєструють НКП, відмовляючись надавати їм статус неприбутковості. Крім того, на час переоформлення ліцензії фіскальні органи вимагають від НКП сплати ПДВ, а на час переоформлення ліцензії на використання наркотичних речовин НКП не можуть виписувати відповідні рецепти.

**ПРОПОЗИЦІЯ:**

- Надати офіційні роз'яснення на рівні Уряду для Державної фіскальної служби, Державної аудиторської служби, Казначейства, Міністерства фінансів, Управління боротьби з незаконним обігом наркотиків та Міністерства внутрішніх справ щодо їх взаємодії з НКП.

Повторне ліцензування й акредитація ЗОЗ, що реорганізуються в НКП, не дають жодної користі, але при цьому вимагають великої кількості паперової роботи, витрати коштів і часу.

**ПРОПОЗИЦІЇ:**

- **Альтернатива 1:** Автоматично поновлювати ліцензії та акредитацію ЗОЗ, що реорганізуються в НКП.
- **Альтернатива 2:** Принаймні надати інструкцію щодо проходження ліцензування в електронному вигляді, щоб не було потреби їздити на консультації до Києва.
- Забрати ліцензійну вимогу зазначати виробника обладнання.

Для бюджетних закладів ОМС перераховує кошти з місцевого бюджету на рахунки закладів у Казначействі, яке дозволяє перевести кошти лише за наявності кошторисного призначення. Оскільки НКП працюють не за кошторисом, а за фінансовим планом, то не зможуть отримати кошти від ОМС.

Ряд ЦРЛ не зможуть отримати ліцензію на медичну практику після реорганізації, оскільки не мають необхідного переліку спеціальностей і сертифікатів.

Нові ЦПМСД, створені ОТГ, не можуть видавати лікарняні листи, оскільки можуть акредитуватися тільки через 2 роки.

## **ЗАРОБІТНА ПЛАТНЯ І КАДРОВА ПОЛІТИКА**

### **ПРОПОЗИЦІЇ:**

- У конкурсі на призначення керівника НКП передбачити, що принаймні половина голосів має належати трудовому колективу.
- Розробити типові положення про оплату праці в НКП, згідно якого заробітна плата працівників не може бути нижчою, ніж у бюджетному закладі, а також передбачити надбавки за шкідливі умови, нарахування медичного стажу та решту стимулів.
- Розробити типовий колективний договір з розрахунком тарифікації заробітної плати працівників для ЦРЛ.
- Передбачити можливість контрахтування всього медичного персоналу керівником, щоб створити можливість звільняти некомпетентних працівників без ризику судового позову.
- Надати роз'яснення, чи стосується НКП Наказ МОЗ №308/519, який зобов'язує ЗОЗ всіх форм господарювання платити вищу зарплату лікарю з більшим стажем незалежно від якості роботи.
- Законодавчо передбачити, щоб у департаментах ОЗ була достатня кількість працівників і всі необхідні структурні підрозділи.
- Передбачити допомогу для лікарів, які змушені будуть зі своїх закладів піти у приватну практику: надавати їм пільгові кредити чи компенсацію відсотків по кредитах.

## ГОСПІТАЛЬНІ ОКРУГИ

Оптимізація мережі медичних закладів, запропонована через модель госпітальних округів, не є життєздатною, оскільки повноваження госпітальної ради дорадчі й регламентуються Постановою Кабінету Міністрів, тоді як остаточне рішення залишається за ОМС, повноваження яких регламентуються законом «Про місцеве самоврядування». Відбуваються конфлікти за спільну власність між новоутвореними ОТГ, між лікарнями щодо того, яким закладам доведеться змінювати профіль, між ЗОЗ і госпітальною радою про затвердження видів послуг.

### ПРОПОЗИЦІЯ:

- Надати типові рекомендації, як мають взаємодіяти представники ЦРЛ, районної ради і ОТГ. Надати офіційні рекомендації для ОТГ щодо облаштування медичної інфраструктури.

Через небажання ОМС домовлятися оптимізація мережі в рамках госпітального округу затягується, тож незрозуміло, як планувати модернізацію приміщень. Зараз кошти вкладаються в утеплення лікарень, які, ймовірно, доведеться перепрофілювати, або амбулаторій, які доведеться закривати.

Члени госпітальних рад не завжди розуміють специфіку надання і організації медичної допомоги.

Новостворені ОТГ всупереч рекомендаціям департаментів ОЗ створюють власні ЦПМСД, а потім ці ЦПМСД працюють попри відсутність ліцензії і сертифікації.

Ідея, що госпітальна рада має визначатися з кількістю ліжко-місць у конкретній лікарні, суперечить автономії керівника закладу. Оптимізація ліжко-місць відбудеться і без цього, коли оплати перейдуть на контрактну основу і гроші підуть за пацієнтом.

## ОПЛАТА ПОСЛУГ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ТА ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ

І представники ОМС, і головні лікарі не розуміють, що зміниться для спеціалізованих і високоспеціалізованих закладів у перехідний період: як вони будуть фінансуватися, взаємодіяти з первинною ланкою, впроваджувати нові стандарти якості, автономізуватися.

#### ПРОПОЗИЦІЯ:

- Підготувати детальну офіційну інформацію про те, як працюватимуть заклади спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги як у перехідний період, так і в подальшому: методика розрахунку вартості послуг, укладання контрактів з НСЗУ та ОМС, взаємодія в межах госпітального округу тощо.

ОТГ неохоче перераховують кошти медичним закладам, які їм не підпорядковуються, і не будуть дофінансовувати медичні заклади спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги на їхній території. За два роки, доки ці ланки перейдуть на фінансування від НСЗУ, потужності закладів другого і третього рівнів можуть бути втрачені.

#### ПРОПОЗИЦІЇ:

- **Альтернатива 1:** Перейти на договірний принцип надання послуг для ОТГ замість оплати за фіксованим відсотком.
- **Альтернатива 2:** На перехідний період перекласти оплату послуг спеціалізованої допомоги на обласний бюджет.

На рівні області медичну субвенцію отримує департамент ОЗ та розподіляє за бюджетними запитами ЗОЗ за різними кодами програмної класифікації відповідно до статей бюджету. Після автономізації закладу треба буде передавати усю суму субвенції до медичного закладу за єдиним кодом програмної класифікації, але фінансові фахівці департаменту не розуміють, як це робити.

#### ПРОПОЗИЦІЯ:

- Надати порядок фінансування закладів спеціалізованої та високоспеціалізованої на перехідний період.

Багато ЗОЗ Дніпра, де приймають пологи, внаслідок зменшення народжуваності вже не дотягують до нормативу 400 пологів на рік, але якщо ці відділення позакриваються, то у багатьох пацієнтів не буде можливості отримувати послуги за місцем свого проживання.

Якщо до 2020 р. оплата праці на рівні спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги залишатиметься низькою, багато лікарів, особливо молодих спеціалістів та інтернів, емігрують. Польща з 2018 р. спрощує процедуру імміграції медичних працівників, заходи з залучення українських спеціалістів проводять й інші європейські країни. У перехідний період також відбуватиметься відтік кадрів на первинну ланку.

Рівень матеріального оснащення медичних закладів, рівень підготовки спеціалістів і їх загальна нестача не дозволять надавати послуги належної якості в необхідному обсязі, внаслідок чого на медичні заклади після запровадження реформи з боку НСЗУ будуть накладатися санкції.

Якщо будуть проблеми з фінансуванням гарантованого пакету медичних послуг, відповідатимуть за це лікарні та лікарі.

Тендерна процедура триває мінімум півтора-два місяці, внесення препарату на тендер — півроку, тому якщо будуть проблеми з надходженням коштів або перспективна оплата буде лише на місяць чи квартал наперед, закупівлі зупиняться.

Створення єдиного національного закупівельника суперечить ідеї децентралізації і може мати наслідком суттєві затримки з оплатою, як це відбувається з постачанням ліків від рідкісних хвороб і вакцин. Крім того, є негативний досвід Польщі, яка зараз відмовляється від національного закупівельника.

Принцип «гроші за пацієнтом» суперечить Основам законодавства України про охорону здоров'я, де передбачено, що пацієнт платить за послуги, якщо звертається не за місцем реєстрації.

МОЗ видає ліцензії на лікування онкологічних хворих приватним лікарням, що суперечить Наказу МОЗ №845. В умовах зменшення обласних бюджетів і недофінансування онкології медичні заклади комунальної власності не будуть спроможні конкурувати з приватними, якщо до 2020 року не пройдуть повне переоснащення, коштів на яке не мають.

#### **ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ:**

- Надати детальні вимоги до надання конкретних послуг, які закупуватиме НСЗУ, щоб медичні заклади у комунальній власності заздалегідь почали готуватися до впровадження нових стандартів, зокрема закупувувати обладнання.
- Запровадити нову модель фінансування спеціалізованих і високоспеціалізованих послуг спочатку в одному чи кількох пілотних регіонах.

## ОПЛАТА ПОСЛУГ

Запровадження єдиних тарифів на медичні послуги неможливе, оскільки не враховує різницю в тарифах на комунальні послуги, вартості амортизації, стану матеріально-технічної бази, рівня складності послуг, кваліфікації лікарів, рівня закладів. Наприклад, послуга, надана закладом третього рівня, за собівартістю є дорожчою за аналогічну послугу, надану закладом другого рівня, тому однаковий тариф ускладнить становище закладів третього рівня, особливо якщо оплата буде за діагностично споріднену групу без урахування складності випадків.

### ПРОПОЗИЦІЇ:

- Запровадити на 5–10 років додатковий коефіцієнт для оплати медичних послуг у закладах населених пунктів, де проживає менше 50 тисяч населення, оскільки собівартість надання послуг там вища, ніж у великих містах. Це дозволить зберегти фізичну доступність послуг для значно більшої кількості пацієнтів.
- Врахувати різницю в тарифах на комунальні послуги, кваліфікацію лікарів та рівень закладів при розрахунку вартості послуг.

Якщо оплата послуг відбуватиметься за єдиними тарифами, то лікарні не будуть мотивовані надавати якомога якісніші послуги, а натомість з метою економії закуповуватимуть якнайдешевше обладнання, що призведе до зниження якості послуг загалом, навіть якщо ця якість залишатиметься прийнятною за стандартами НСЗУ.

Лікарі не будуть отримувати зарплатню в 250% від середньої по Україні, навіть якщо вона буде закладена у вартості послуг, оскільки це суперечитиме обмеженню, що на зарплатний фонд може витратитися не більше 18% коштів.

### ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ:

- Законодавчо визначити поняття медичної послуги.
- Розраховувати вартість медичних послуг, відштовхуючись від протоколів, а не реальних витрат лікарень. Як варіант — узяти за приклад якусь європейську чи американську модель.
- Включити в розрахунок вартості послуг оренду приміщення, витрати на страхування майна, амортизацію і резерв на незаплановані витрати.
- Прив'язати вартість послуг до індексу споживчих цін або індексу інфляції.
- Для забезпечення належної якості і здешевлення надання високоспеціалізованої допомоги створювати міжрегіональні, а не міжрайонні відділення надання такої допомоги, що охоплювали б по 3–5 областей.



## ВЗАЄМОДІЯ ЛАНОК

Відокремлення оплати для різних ланок медичної допомоги потребує значних додаткових витрат ресурсів і часу: створення нових юридичних осіб, окремий розрахунок за комунальні послуги тощо. Особливо неефективно це для закладів, які надають послуги різних рівнів.

### ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ:

- Передати на первинну ланку невідкладну допомогу в неробочий час — наприклад, запровадити чергування в межах групової практики, — або ж передбачити додаткову оплату за неї для лікарів спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги.
- Чітко розмежувати функції та повноваження первинної ланки та спеціалізованої медичної допомоги, які зараз частково дублюються, наприклад, в частині диспансеризації.

## ПЛАТНІ ПОСЛУГИ

Затвердження платних послуг займає до півтора року, оскільки вони проходять через департаменти охорони здоров'я і економіки, комітет регуляторної політики і юридичний відділ ОДА, а потім затверджуються розпорядженням голови ОДА. При цьому перелік платних послуг визначений застарілим наказом, з якого ОДА затверджують лише те, що можуть оплатити. Такі проблеми можуть виникати навіть у разі, коли статутом підприємства передбачене лише погодження департаментом охорони здоров'я затверджених підприємством платних послуг.

### ПРОПОЗИЦІЯ:

- Спростити процедуру затвердження платних послуг для НКП.

Місцеві ради не завжди затверджують платні медичні послуги, які хочуть запровадити заклади.

### ПРОПОЗИЦІЇ:

- **Альтернатива 1:** Затвердити новий перелік платних послуг і ціни (або методичку розрахунку) на них, з якого ЗОЗ могли б самі, без затвердження місцевою владою, обирати ті послуги, які вважають за необхідне надавати.
- **Альтернатива 2:** Принаймні розширити перелік платних послуг, який мають право затверджувати ОДА, щоб заклади комунальної власності могли конкурувати з приватними.

Чинні тарифи на послуги спеціалізованої медичної допомоги застаріли.

#### ПРОПОЗИЦІЇ:

- **Альтернатива 1:** Оновити тарифи на послуги спеціалізованої медичної допомоги, наприклад, професійні медичні огляди, аборти, на національному рівні чи принаймні надати роз'яснення, коли очікується такий перегляд.
- **Альтернатива 2:** Надати повноваження переглядати тарифи власникам ЗОЗ.

Фіскальні органи при перевірці цін на платні послуги вимагають, щоб вони надавалися за собівартістю, якщо підприємство вважається некомерційним, а якщо ціна вища, то вважають, що підприємство отримує прибуток і хочуть оподатковувати на загальних підставах.

#### ПРОПОЗИЦІЯ:

- Надати роз'яснення, як узгоджуються собівартість послуги, яку розраховує МОЗ, і собівартість, від якої відштовхуються фіскальні органи.

Обмеження, що надходження ЗОЗ від платних послуг мають бути не більше 20%, заважатиме НКП отримувати прибуток.

#### ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ:

- Визначити механізм оплати за додаткові послуги, щоб гроші не йшли через благодійні каси.
- Розширити можливості комунальних ЗОЗ отримувати додаткове фінансування. Більше долучати до розробки реформи професійні асоціації, зокрема асоціацію наркологів, які могли б запропонувати ряд рішень щодо можливості заробляти на платних послугах. Наприклад, погодити з МВС відрахування відсотку за штраф за водіння у нетверезому стані, який виписують за результатами медичної експертизи.

### ГАРАНТОВАНИЙ ПАКЕТ

У разі запровадження гарантованого пакету послуг пацієнти будуть продовжувати вимагати від лікарів надання безоплатних послуг і лікарських засобів. Особливо гостро ця проблема постане в перехідний період для закладів, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу.

#### ПРОПОЗИЦІЯ →

**→ ПРОПОЗИЦІЯ:**

- Провести широку просвітницьку кампанію від МОЗ про те, дорого-вартісне лікування яких нозологій не буде покриватися гарантованим пакетом. Це сприятиме усвідомленню пацієнтом відповідальності за своє здоров'я й полегшить роботу лікарів.

Статистика МОЗ, що 90% населення отримують допомогу в приватних стоматологічних кабінетах, є некоректною, у 2016 р. лише 17,6% населення отримувало стоматологічну допомогу в приватних структурах, а решта — в державних закладах. Переведення всієї стоматології крім екстреної у платні послуги зменшить її доступність для великої кількості пацієнтів.

**ПРОПОЗИЦІЇ:**

- Повернути в гарантований пакет чи принаймні в частину зі співплатами стоматологічні послуги поза екстреною допомогою.
- Передбачити створення мобільних амбулаторій, мобільних стоматологічних кабінетів для надання послуг у сільській місцевості, скасувавши вимогу зазначати конкретне місце надання послуг в умовах ліцензії.

Перше звернення за психіатричною допомогою зазвичай відбувається з гострими станами, але ця допомога не кваліфікується як екстрена, тож пацієнт буде змушений самостійно за неї платити і брати направлення у лікаря первинної ланки.

**ПРОПОЗИЦІЯ:**

- Розробити однозначне трактування патологічних станів стосовно того, чи вони відносяться до планової, екстреної чи паліативної допомоги, зокрема в психіатрії. Зарахувати звернення по психіатричну допомогу з гострим станом до екстреної допомоги. Передбачити можливість надання психіатричної допомоги як первинної та (або) екстреної з відповідною оплатою медичному персоналу.

Існує небезпека, що контролюючі органи будуть притягати до відповідальності лікарів за надання платних послуг, якщо не буде змінено ст.49 Конституції України та Основи законодавства України про охорону здоров'я. У 2002 р. вже був прецедент, коли затверджений Кабінетом Міністрів перелік платних послуг визнали неконституційним, тож до рішення Конституційного Суду щодо відповідності реформи ст.49 Конституції лікарі будуть обґрунтовано остерігатися судових позовів.

Лікування на третинному рівні психічних розладів є дороговартісним, не покривається «Лікарняною касою» і недофінансовується у рамках державної програми, тому у разі, якщо воно не потрапить у гарантований пакет, ці пацієнти не зможуть самі його оплачувати.

**ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ: ↓**

#### ↓ **ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ:**

- Включити в гарантований пакет дороговартісне лікування (гемодіаліз, хіміотерапія тощо).
- Юридично закріпити обов'язки не лише лікаря, але й пацієнта. Скорочувати гарантований пакет для пацієнтів, які не дотримуються рекомендацій лікаря, зокрема не проходять обов'язкові профілактичні огляди.
- Передбачити, щоб соціальні виплати пацієнтам, які фактично перебувають на утриманні медичного закладу, передавалися на лікування, а не родичам таких пацієнтів.

## **СПІВОПЛАТИ**

Пацієнти ймовірно будуть налаштовані проти співоплат, оскільки зараз вони дуже незадоволені навіть необхідністю доплачувати по 1–2 гривні в рамках програми «Доступні ліки».

Немає механізму співоплати, який би не породжував супутніх проблем: якщо вимагатиметься її сплата до надання послуг, будуть випадки, коли пацієнти не отримають допомоги вчасно, якщо після — буде велика кількість випадків, коли пацієнти відмовлятимуться або не будуть спроможні заплатити.

За відсутності солідарної або державної системи медичного страхування пацієнти, що не матимуть коштів на співоплату дороговартісних медичних послуг, залишаються незахищеними.

#### **ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ:**

- Запровадити співоплати, оскільки вони забезпечують більшу доступність медичних послуг для пацієнтів і ширший спектр медичних послуг, які зможуть надавати державні ЗОЗ.
- Передбачити можливість співоплати медичних послуг як пацієнтами, так і місцевими бюджетами, благодійними фондами, за рахунок коштів релігійних громад тощо.
- Популяризувати лікарняні каси, приватне медичне страхування.
- Визначати розмір співоплати в залежності від рівня доходів пацієнта.

## ЕФЕКТИВНЕ ВИКОРИСТАННЯ НАДЛИШКОВОГО МАЙНА

### РОЛЬ ОМС

#### ПРОПОЗИЦІЇ:

- Підготувати для ОМС рекомендації від МОЗ, щоб прибуток від оренди приміщень НКП надходив у бюджет НКП.
- Надати право керівникам ЗОЗ самостійно розпоряджатися надлишковим майном, зокрема встановлювати ціну на оренду.

### ОРЕНДА

Здавати приміщення в оренду — складна процедура, яку буде важко погодити з ОМС і фіскальними органами, які можуть кваліфікувати оренду як діяльність з метою отримання прибутку.

Найбільше вільних приміщень у сільській місцевості, але там немає попиту на оренду.

#### ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ:

- Надавати перевагу не продажу вільних приміщень, а здачі їх в оренду без права приватизації. Якщо приміщення на території закладу, то лише лікарям приватної практики, якщо поза територією — і для інших цілей.
- Популяризувати бюджетно-приватні партнерства, коли державні ЗОЗ здають в оренду приміщення лікарям приватної практики або клінікам, в тому числі за пільговою ціною.
- Здавати приміщення в оренду або безоплатне користування соціальним службам під центри денного перебування, хоспіси, центри матері та дитини, відділення для лікування наркозалежних, геріатричні пансіонати тощо.
- Надавати перевагу здачі в оренду вільних приміщень для бізнесів, пов'язаних з медициною — продаж лікарських засобів, транспортування хворих, консультування, обслуговування патанатомічних відділень, ритуальні послуги, — але дозволити також будь-який легальний бізнес, що не суперечить медичній діяльності.

## ПРОДАЖ І ДЕМОНТАЖ

### ПРОПОЗИЦІЇ:

- У разі продажу приміщень передбачити, щоб кошти від продажу були передані саме на охорону здоров'я, а не в загальний місцевий бюджет.
- Приймати рішення щодо демонтажу або продажу нерухомого майна ЗОЗ лише після інвентаризації інфраструктури ЗОЗ і співставлення її результатів зі статистикою кількості послуг, яких потребує населення.
- Дозволити демонтаж зношених будівель, вартість реконструкції яких буде перевищувати побудову аналогічних нових споруд.
- Замість ремонту вкладати кошти в будівництво нових ефективних приміщень, особливо в сільській місцевості.

## ІНШІ МОЖЛИВІ ВИКОРИСТАННЯ ВІЛЬНИХ ПРИМІЩЕНЬ

### ПРОПОЗИЦІЇ:

- Використати вільні приміщення для покращення умов перебування пацієнтів у стаціонарі, зокрема скоротити кількість місць у палатах до 2–3.
- У приміщеннях, які не використовуються, обладнати кімнати для відпочинку чи проживання персоналу.
- Дозволити педіатричним стаціонарам відкривати готелі для батьків.
- Дозволити бізнес-обмін приміщень лікарні з метою переїзду, якщо такий обмін економічно виправданий, покращує фізичну доступність медичної допомоги для пацієнтів і якість послуг.
- Дозволити лікарням забудовувати паркові зони на їхній території.

## ІНШІ ПРОБЛЕМИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

### НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕРЕЛІК ОСНОВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ І ДЕРЖАВНІ ПРОГРАМИ

Державні та регіональні програми закупівель не синхронізовані. Внаслідок цього медичні заклади іноді отримують за державними програмами ті самі лікарські засоби, які вже закупили за кошти регіональних бюджетів.

Обласна програма Львівської області з надання ліків хворим на легеневу гіпертензію була скорочена після обіцянок МОЗу на 100% покривати цю нозологію, і в результаті з'явилися проблеми з централізованим постачанням ліків і їхня нестача через те, що пацієнтів більше, ніж передбачено квотою.

Обмеження державних закупівель лише Національним переліком основних лікарських засобів, запроваджене в березні 2017 р. Постановою Кабінету Міністрів, суперечить чинним державним програмам і протоколам лікування.

#### ПРОПОЗИЦІЇ:

- **Альтернатива 1:** Переглянути Національний перелік, залучивши до його укладання лікарів.
- **Альтернатива 2:** Скасувати обмеження, за яким держава закуповує лікарські засоби лише з Національного переліку.

У Національному переліку немає ряду лікарських засобів проти рідкісних хвороб та окремих позицій по ургентній допомозі, що створює ризик відсутності життєво необхідних препаратів у 2018 р. Лікарські засоби в Національному переліку, які стосуються психіатрії, застарілі й несумісні з наданням послуг належної якості. Лікарні закуповують їх наперед, щоб з 1 січня 2018 р. принаймні на кілька місяців забезпечити пацієнтів, але не мають розуміння, як працювати далі.

Є значні затримки з поставками лікарських засобів по держпрограмах, через які гинуть пацієнти, зокрема онкохворі, для яких ліки за 2016 р. приходять у кінці 2017.

Онкологія фінансується на 11% від потреби.

Запити на потреби обласних лікарень за табелем оснащення не фінансуються.

Відбуваються затримки з виплатою коштів за програмою МОЗ «Лікування громадян України за кордоном»

#### ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ:

- Запровадити відпуск лікарських засобів лише за рецептами.

- Запровадити державне регулювання цін на медикаменти.
- Встановити кінцевий термін використання старих рецептів на існування, щоб пришвидшити перехід на електронні рецепти.

## ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЄСТР

У ряду ЗОЗ, зокрема в сільській місцевості, відсутня матеріально-технічна база для запровадження E-Health, багато медичних працівників не вміють користуватися комп'ютером, тож потрібні будуть великі кошти і на обладнання, і на навчання.

### ПРОПОЗИЦІЯ:

- Використати частину коштів, які будуть спрямовані на сільську медицину, на комп'ютеризацію і забезпечення інтернет-доступу в сільській місцевості. У разі неможливості — затвердити відповідну окрему програму.

У реєстрі пацієнтів з цукровим діабетом трапляються технічні збої, зникає інформація про пацієнтів.

### ПРОПОЗИЦІЯ:

- Передбачити в системі E-Health можливість повідомляти про помилки.

Медичні заклади в сільській місцевості не матимуть змоги підключитися до єдиного електронного реєстру через відсутність інтернет-покриття.

Керівникам ЗОЗ бракує інформації щодо впровадження E-Health, зокрема про те, які з медичних інформаційних систем будуть сумісні із новоствореним електронним реєстром.

## ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Об'єднання окремих служб у центрах громадського здоров'я не буде ефективним, оскільки спрямованість і специфіка служб різна, різна також оплата на пацієнта.

### ПРОПОЗИЦІЯ:

- У програмі громадського здоров'я розділити профілактичну складову і надання медичної допомоги. Профілактичну складову покласти на центри громадського здоров'я, що займатимуться питаннями екології та просвітницькою роботою, тоді як надання медичної допомоги залишити в рамках окремих служб, які будуть і надалі відокремленими, в тому числі юридично. Для окремих служб натомість розробити національні програми з чіткими критеріями оцінки їхньої ефективності.



Якщо лікування туберкульозу не буде включене до гарантованого пакету або буде запроваджене за співплатою, то суттєво збільшиться кількість хворих, зокрема на мультирезистентний туберкульоз.

#### ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ:

- Затвердити загальнодержавну програму імунізації, оскільки за 4 роки її відсутності ситуація з соціально небезпечними захворюваннями загострилась.
- Популяризувати використання електронних пристроїв, які моніторять життєво важливі показники (зокрема серцебиття), для вчасного виявлення небезпечних станів.

### ПЕРВИННА ЛАНКА

На первинній ланці бракує кадрів. Після скасування обов'язкового відпрацювання медичні заклади в сільській місцевості не матимуть змоги залучати молодих лікарів.

#### ПРОПОЗИЦІЯ:

- Забезпечити лікарів у сільській місцевості автомобілями й збільшити їм заробітну платню.

Пацієнти в сільській місцевості недостатньо поінформовані про впровадження первинки й не мотивовані проходити профілактичні огляди.

Лікарі первинної ланки не будуть зацікавлені укладати декларації з пацієнтами, що страждають на психічні розлади.

### ІНШЕ

Дозвіл самостійно затверджувати міжнародні протоколи на рівні закладів призведе до неправильного лікування пацієнтів і програних лікарнями судових позовів.

#### ПРОПОЗИЦІЯ:

- Організувати централізований переклад міжнародних протоколів, в рамках якого МОЗ гарантуватиме якість перекладених документів.

Батьки не відправляють дітей на санаторне лікування попри рекомендацію лікарів.

#### ІНШІ ПРОПОЗИЦІЇ:

- Запровадити цільовий податок на медицину або ж виділити на неї фіксований відсоток ЄСВ.

- Запровадити загальнодержавне обов'язкове медичне страхування, яке буде сплачувати роботодавець, за прикладом Польщі.
- Встановити квоту 25–50% при вступі в медичні університети (академії), в тому числі на державне замовлення, на спеціальність «Медицина» для випускників медичних коледжів та училищ, скоротивши на один рік термін їхнього навчання. Передбачити вступ на навчання виключно за сумою результатів ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок М» і ЗНО з української мови та літератури. При рівності результатів — враховувати середній бал додатка до диплома. Після 5-річного терміну навчання видавати диплом лікаря загальної практики — сімейної медицини.

## ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ЗМІН У НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ

- Усунути суперечність між програмами, виконання яких гарантує держава, і Постановою Кабінету Міністрів №180. Наприклад, у Постанові не передбачено ліків від нецукрового діабету, хоча це і гарантовано державною програмою. Аналогічно усунути суперечність з Постановою Кабінету Міністрів № 1303.
- Відмовитися від запровадження Наказу МОЗ про обмеження закупівлі медикаментів лише Національним переліком основних лікарських засобів або ж суттєво розширити перелік, щоб забезпечити можливість закуповувати ліки, передбачені державними програмами та клінічними протоколами.
- На перехідний період запровадити постановою Кабміну чи наказом МОЗ, що ліцензії реорганізованих закладів залишаються дійсними, щоб НКП могли видавати ліки, що підпадають під регулювання обігу наркотичних і психотропних засобів.
- Внести зміни до Бюджетного кодексу, що медичні комунальні установи переходять під дію Господарського кодексу, або в інший спосіб скасувати вимогу повторного отримання ліцензії та акредитації.
- Додати до додатку 4 ліцензійних умов (заяви про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики) пункт «зміною форми господарювання» до пунктів «зміною найменування юридичної особи» та «зміною прізвища, імені фізичної особи — підприємця»
- Додати в Бюджетний кодекс КВЕД господарювання медичних закладів, який потрібен для роботи НКП.
- Скасувати накази МОЗ щодо штатних розписів перинатальних центрів та центрів нефрології та діалізу, керуючись тими ж підставами, з яких було скасовано Наказ МОЗ №33.
- Внести зміни до закону «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», передбачивши безоплатне надання медичної допомоги на первинному, спеціалізованому та вузькоспеціалізованому рівнях дітям віком не до 16, а до 18 років.
- При виписці пацієнта у формі первинної облікової документації №003/о, затвердженої наказом МОЗ 14.02.2012 №110, в редакції наказу МОЗ 21.01.2016 №29, а також у формі первинної облікової документації №066/о, затвердженої наказом МОЗ 14.02.2012 №110, в редакції наказу МОЗ 21.01.2016 №29, у багатьох пунктах слід вказувати «реєстраційний номер» лікаря. Згідно з інструкцією, «реєстраційний номер» — це реєстраційний номер облікової картки платника податків. Доцільно або доповнити інструкцію роз'ясненням, для чого лікарю вказувати свій ІПН при заповненні вказаних форм, або забрати цей пункт із форм.
- Внести зміни до закону «Про місцеве самоврядування», щоб рішення щодо автономізації та оптимізації мережі могли приймати головні лікарі.

# ЗАПИТАННЯ

## ЗАГАЛЬНА РАМКА РЕФОРМИ

1. Які кроки здійснює МОЗ для збільшення видатків на медичну сферу в Державному бюджеті? Чи вистачить фінансування на проведення реформи, зокрема на збільшення заробітної платні медичного персоналу?
2. Як МОЗ враховувало результати попередніх спроб реформування української медицини? Чи проводилися пілотні проекти пропонованої реформи в окремих регіонах і чи можна ознайомитися з їхніми результатами?
3. Яке бачення МОЗ щодо розвитку окремих служб (наприклад, офтальмологічної, кардіологічної), їхньої структурної організації? Чи кожна область сама має визначати свої пріоритети по кожній службі?

## АВТОНОМІЗАЦІЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### ДОЦІЛЬНІСТЬ АВТОНОМІЗАЦІЇ

- Для чого потрібна автономізація закладів охорони здоров'я (ЗОЗ)?
- Чи буде автономізація обов'язковою? Які загрози існують для ЗОЗ, які не автономізуються?
- Чому укласти угоди з Національною службою здоров'я України не може бюджетний заклад?
- Які переваги дає статус некомерційного комунального підприємства (НКП) порівняно зі статусом бюджетного закладу?
- Чи матиме НКП пільги на сплату електроенергії, звільнення від сплати ПДВ та земельного податку?
- Чи буде НКП платити оренду за землю? Чи буде це залежати від того, якому ОМС належить земля?
- Чи будуть кошти, які НКП отримуватиме від НСЗУ, його власними надходженнями? Чи будуть НКП повертати невикористані кошти, які отримали по субвенції?
- Чи має право НКП відкривати рахунки в державних банках, зокрема ПриватБанку?
- Чи має право НКП скеровувати на власний розвиток кошти, отримані на додаткові рахунки?
- Чи будуть НКП зобов'язані закладати 3% свого бюджету на амортизацію, 1% на інвестиції тощо?
- Що входить до стартового капіталу НКП?
- Чи мають НКП право розміщувати рекламу на своїй території?
- Чи можна на вільних площах ЗОЗ відкривати відділення, що надаватимуть медичні послуги виключно на платній основі?
- Хто буде встановлювати ціну на оренду приміщень НКП і отримувати кошти за цю оренду?
- Чи є законною справа в оренду, продаж, демонтаж і зміна цільового призначення нерухомого майна ЗОЗ? Чи є щодо цього відмінності у регулюванні для бюджетних закладів і НКП? Чи матимуть право ОМС забудовувати територію НКП, власниками яких вони є, спорудами будь-якого призначення на власний розсуд?

- Чи можливе банкрутство НКП?
- Скільки ЗОЗ вже пройшли процедуру реорганізації?
- Як відбуватимуться взаєморозрахунки клінічних лікарень при університетах з цими університетами, якщо лікарня переходить у статус НКП? Якою нормативною базою це регулюється? Хто і кому має оплачувати послуги, надані працівниками університету на базі лікарні?

## **АВТОНОМІЗАЦІЯ В ПЕРЕХІДНИЙ ПЕРІОД**

- Як фінансуватимуться НКП в перехідний період? З ким вони укладатимуть договори до запуску НСЗУ і що буде зазначено в цих договорах, зокрема для ЗОЗ, які надають спеціалізовані та високоспеціалізовані медичні послуги?
- Чи доцільно автономізуватися ЗОЗ, які надають спеціалізовані та високоспеціалізовані медичні послуги, до завершення розрахунку вартості послуг?

## **РОЛЬ МІСЦЕВОЇ ВЛАДИ**

- Яку відповідальність несе ОМС, якщо не автономізує свої ЗОЗ?
- Чи укладатиме НСЗУ контракт з НКП у разі, якщо не всі ЗОЗ, що належать його власнику, автономізувалися?
- Хто відповідає за реконструкцію і матеріально-технічне забезпечення НКП? Чи передбачена фінансова допомога з Державного бюджету, чи кошти на це має шукати саме підприємство і його власник — ОМС?
- Чи будуть ОМС продовжувати дофінансовувати НКП, як вони робили це до реорганізації?
- Як НКП будуть взаємодіяти з бюджетними ЗОЗ, своїм власником — ОМС і департаментами ОЗ?
- Якою буде роль управлінь і департаментів ОЗ після автономізації всіх закладів? Якою буде їхня роль в перехідний період, зокрема у розробці маршруту пацієнта, взаємодії закладів у рамках госпітальних округів?
- Чи будуть ліквідовані департаменти ОЗ, і якщо так, то які перспективи працевлаштування їхніх працівників після впровадження реформи?
- Як пов'язані автономізація і формування госпітальних округів?
- Як має відбуватися автономізація ЗОЗ, власниками яких є одночасно кілька новостворених ОТГ?

## ЗАКОНОДАВСТВО І ПРОЦЕДУРА

- Хто може ініціювати перехід ЗОЗ у статус НКП? Яка роль трудового колективу, керівництва закладу і місцевої влади?
- Хто приймає рішення щодо автономізації? Який її юридичний механізм?
- Чому ЗОЗ повинні повторно отримувати ліцензію та акредитацію після реорганізації?
- Чи є НКП окремою організаційно-правовою формою? Чи буде в класифікаторі КВЕД «Неприбуткове комунальне підприємство»?
- Яким законодавством регулюється діяльність НКП, зокрема чи тільки Господарським кодексом?
- Як отримується статус неприбутковості? Чи не суперечить статус неприбутковості наданню платних послуг?
- Скільки коштує процедура автономізації? Якщо ЗОЗ не має цих коштів, яким чином він може їх залучити? Чи передбачене додаткове фінансування для проходження реорганізації?
- Яка процедура створення НКП, якщо воно відбувається не шляхом реорганізації? Як має виглядати типовий фінансовий план такого НКП і хто має підготувати методичні рекомендації для його формування?

## ЗАРОБІТНА ПЛАТНЯ І КАДРОВА ПОЛІТИКА

- Чи передбачає автономізація звільнення працівників?
- Хто визначатиме заробітну платню працівників НКП? Чи будуть встановлені мінімальні заробітна плата, премії, доплати за вислугу років?
- Чи в рамках НКП передбачаються договірні стосунки між керівником підприємства і керівниками підрозділів?
- Яку максимальну заробітну платню може встановлювати собі керівник НКП?
- Чи є відмінність у питанні зарахування медичного стажу для бюджетних закладів і НКП?
- Який соціальний захист передбачений для лікарів?
- Які соціальні гарантії матимуть медичні працівники, зокрема працівники ФАПів і вузькі спеціалісти районних лікарень, що будуть звільнені в результаті закриття чи реорганізації ЗОЗ?



- Якими нормативними документами будуть регулюватися умови праці в НКП? Чи будуть рекомендації від МОЗ?
- Чи мають право головні лікарі бюджетного закладу змінювати штатні нормативи, зокрема у зв'язку зі скасуванням Наказу МОЗ №33?
- Чи планується в перехідний період перегляд тарифної сітки з ініціативи МОЗ, зокрема підвищення заробітної плати лікарів?
- Чи будуть виходити на пенсію працівники екстреної медичної допомоги у статусі парамедиків? Чи передбачена обов'язкова медична освіта для парамедиків?

### **ПРИЗНАЧЕННЯ І ПОВНОВАЖЕННЯ КЕРІВНИЦТВА НКП**

- Хто призначає керівника НКП?
- Чи є обов'язковим проведення конкурсу на посаду головного лікаря після реорганізації ЗОЗ? Чи можливе перепризначення чинного головного лікаря без конкурсу?
- Яка процедура проведення конкурсу на призначення головного лікаря НКП? Якими нормативними документами вона регулюється?
- Чи будуть керівники НКП розпоряджатися майном, зокрема нерухомим, цього підприємства?
- Чи передбачено, що керувати медичним закладом може менеджер разом із лікарем-фахівцем, що відповідатиме за медичну діяльність? Чи передбачене окреме навчання для керівників ЗОЗ?
- Які запобіжники передбачені для обмеження свавілля керівника НКП? Які важелі впливу залишаються в громади та власника НКП після переходу на фінансування від НСЗУ?

## ОПЛАТА ПОСЛУГ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ І ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ

### ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ

- Хто, коли і за якою методикою буде розраховувати і затверджувати перелік послуг спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги та їхню вартість?
- Якщо є недовіра до медичної статистики за попередні роки, то який механізм забезпечить її достовірність у 2018-2019 рр.? Які запобіжники передбачені для того, щоб лікарі надавали правдиву статистику щодо кількості пацієнтів та наданих послуг?
- Що таке медична послуга? Чи є вона лікуванням одного клінічного випадку за протоколом? Лікування за якими клінічними протоколами береться за основу при розрахунку вартості послуг?
- Що таке діагностично споріднені групи?
- Що входить у формулу розрахунку послуги, зокрема чи входить туди оплата енергоносіїв, яка зараз покривається за рахунок ОМС? Чи будуть ОМС дофінансовувати підприємства, які не будуть спроможні забезпечити гарантований пакет послуг за кошти НСЗУ?
- Чи закладено в тариф витрати на амортизацію, інвестиції, страхування тощо?
- Чи враховується у вартість лікування в стаціонарі харчування, перебування батьків з дитиною (якщо так, то до якого віку)?
- Яка зарплата медичного персоналу передбачена у формулі розрахунку вартості послуги?
- Чи буде єдина вартість послуг для всіх закладів? Як буде враховуватися різниця в оплаті праці та цінах на комунальні послуги в різних регіонах, сільській місцевості? Як буде враховуватися рівень ЗОЗ, кваліфікація та досвід лікаря? Як буде враховуватися лікування випадків різної складності, лікування за різними протоколами?
- Якщо вартість послуги буде залежати від складності випадку, то які запобіжники будуть передбачені, щоб не було зацікавленості ЗОЗ у більшій кількості складних випадків?
- Чи буде віддаватися перевага більш безпечному, але дорогому лікуванню і діагностиці, чи більш доступному?
- Як часто буде перераховуватися вартість послуг, зокрема для врахування інфляції, подорожчання медикаментів тощо?

- Чи буде різниця в ціні наданих послуг, якщо пацієнт прийшов за власною ініціативою чи за скеруванням лікаря первинної ланки?
- Чи має право ЗОЗ самостійно встановлювати ціну послуг, які надаються пацієнту, що прийшов без скерування?

## ОПЛАТА ПОСЛУГ

- Як будуть фінансуватися ЗОЗ, що надають спеціалізовані та високоспеціалізовані медичні послуги, зокрема у 2018 році?
- Чи передбачена проспективна оплата і як вона розраховуватиметься? З якою періодичністю здійснюватимуться виплати? Чи матимуть ЗОЗ можливість проводити тендери на закупівлю медикаментів і матеріалів на весь рік одразу?
- Як буде розраховуватися розмір проспективної оплати для новостворених відділень без статистики за попередній період?
- Чи повинен буде ЗОЗ повертати кошти, якщо надасть послуг менше, ніж передбачено контрактом з НСЗУ?
- З якого бюджету ЗОЗ отримуватиме компенсацію, якщо надасть послуг більше, ніж передбачено контрактом? Чи матиме право ЗОЗ відмовити у лікуванні пацієнтам, якщо витрати перевищують закладені в бюджеті?
- Чи є запровадження оплати за послуги переходом до страхової медицини?
- Якою буде роль приватного медичного страхування?
- Як трактувати поняття «застрахована особа» в законі «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів»?
- Як відбуватиметься конкуренція між приватними і комунальними медичними закладами? Які запобіжники передбачені, щоб заклади у комунальній власності не закрилися в результаті конкуренції з приватними лікарнями і ФОПами? Яке місце в реформі відводиться для приватної медицини?
- Як буде регулюватися діяльність закладів, де послуг надають мало, але громада попри все хоче й надалі їх утримувати? Чи буде НСЗУ оплачувати послуги, наприклад, центру нейрохірургічної допомоги, створеного в ОТГ?
- Як забезпечуватиметься для пацієнтів можливість отримувати якісні послуги за місцем проживання, зокрема у випадку, якщо у пологових відділеннях внаслідок погіршення демографічної ситуації приймають менше 400 пологів на рік?

## ПЛАТНІ ПОСЛУГИ

- Існує законодавче обмеження, що надходження до медичного закладу від платних послуг мають бути не більше 20%. Від якого показника рахуються ці 20%: надходжень від НСЗУ, коштів місцевих бюджетів тощо? Як за таких умов зможе працювати, наприклад, стоматологія, де більшість послуг платні?
- За якими цінами будуть надаватися платні послуги до 2020 року і хто їх встановлюватиме?
- Чи можна закладати у ціну платної послуги прибуток? Чи будуть контролюючі органи трактувати надання послуг не за собівартістю як несумісне зі статусом неприбутковості?
- Як лікарня може залучити обігові кошти для надання платних послуг?
- Чи може комунальне ЗОЗ отримувати кошти за клінічні дослідження і надання платних послуг іноземцям?
- Чи може перебування батьків у стаціонарі з дитиною бути додатковою платною послугою?

## ГАРАНТОВАНИЙ ПАКЕТ

- Що таке гарантований пакет медичних послуг? Це гарантія безоплатного надання певних видів послуг чи гарантія оплатити певну кількість послуг на певну суму коштів?
- Чи не суперечить запровадження гарантованого пакету медичних послуг ст.49 Конституції України? Якою буде процедура відмови пацієнту в безоплатному наданні медичних послуг, що не входять до гарантованого пакету? Чи передбачений юридичний захист лікаря від позовів пацієнта у разі, якщо заклад не має коштів для надання пацієнту відповідної медичної послуги?
- Чи будуть надаватися послуги, яких немає в гарантованому пакеті, без попередньої оплати від пацієнта, зокрема якщо йдеться про дороговартісні операції? Якщо ні, то як регулюватимуться випадки, коли пацієнт відмовляється або не може заплатити?
- На якому рівні буде затверджуватися гарантований пакет медичних послуг? Як часто він буде переглядатися?
- Чи будуть медичні послуги коштувати однаково для всіх пацієнтів? Чи не виникне ситуація, коли виділені державою в рамках гарантованого пакету кошти вичерпаються?
- Лікування яких нозологій є найдорожчим і найзатребуванішим?

- Чи є перелік нозологій, лікування яких не може бути виключене з гарантованого пакету? Зокрема чи стосується це онкологічних захворювань, трансплантації органів, діалізу, протезування, стаціонарної психіатричної допомоги, профілактики та лікування туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, інших соціально небезпечних захворювань?
- Яка подальша доля обласних психіатричних лікарень? Зокрема як вони будуть фінансуватися, якщо психіатрична допомога не потрапить до гарантованого пакету?
- Чи означає запровадження гарантованого пакету скасування державних програм? Зокрема чи будуть фінансуватися державні програми по онкології, інсультах?
- Коли МОЗ планує визначити медичного спеціаліста, який міг би наглядати за протрансплантованими пацієнтами в Україні, зокрема після трансплантацій серця, легень, органокomплексу серце-легені?
- Чи будуть передбачені безоплатні стоматологічні послуги поза невідкладною допомогою для пільгових категорій населення, зважаючи на соціальну значущість цієї проблеми?
- Який вичерпний перелік послуг, що включені до екстреної медичної допомоги? Якщо екстрена допомога буде включена в гарантований пакет, чи означатиме це збільшення її фінансування?
- Який вичерпний перелік послуг, що включені до невідкладної медичної допомоги? Чи буде включатися перебування хворого в реанімації в гарантований пакет?
- Окремі випадки, що потребують дороговартісного лікування, можуть бути кваліфіковані і як планова, і як невідкладна допомога. Чи будуть по-різному оплачуватися або трактуватися як частина гарантованого пакету маніпуляції, які можна трактувати і як надання екстреної/паліативної/невідкладної допомоги, і як планове лікування?

## СПІВОПЛАТИ

- Яку модель співоплати пропонує МОЗ? Чи буде співплата однаковою для всіх громадян? Хто визначатиме, які послуги і в якому обсязі будуть оплачуватися державою?
- Чи буде продовжуватися практика збору коштів через благодійні каси?
- Як будуть оподатковуватися кошти в рамках співоплати?

- Наскільки зростає адміністративне навантаження з розрахунку і оплати послуг у разі впровадження співоплат?
- Чи матиме право пацієнт, незадоволений якістю надання послуг, не вносити свою частку в співоплаті?

## **ПІЛЬГОВІ КАТЕГОРІЇ**

- Як буде оплачуватися надання медичної допомоги пільговим категоріям? Як пов'язане запровадження гарантованого пакету й лікування соціально незахищених категорій населення, зокрема осіб, постраждалих від аварії на ЧАЕС?
- З яких коштів будуть покриватися пільги на медичні послуги й чи впливатиме кількість пільгових послуг на розмір універсального гарантованого пакета?
- Яким чином співплата запроваджуватиметься для пацієнтів, вказаних у Постанові Кабінету Міністрів України №1303, зокрема щодо орфанних захворювань? Чи передбачене безоплатне лікування перелічених у Постанові категорій у повному обсязі, зокрема забезпечення лікарськими засобами? Чи буде оплачуватися амбулаторне лікування дітей?
- Чи буде переглядатися постанова Кабінету Міністрів України №160 щодо забезпечення хворих на орфанні захворювання з державного та місцевих бюджетів?
- Чи будуть надалі існувати госпіталі ветеранів війни і кому вони будуть підпорядковуватися? Які послуги вони надаватимуть? Чи передбачена безоплатна медична допомога ветеранам війни?
- Як будуть фінансуватися санаторії? Чи плануються заходи з вирішення проблеми, коли батьки не відправляють дітей на санаторне лікування попри рекомендації лікарів?

## **НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

- Що таке Національна служба здоров'я України (НСЗУ)? Чи є вона фондом? Коли вона буде створена? Які є запобіжники, щоб вона не користувалася своїм монопольним становищем?
- Чому НСЗУ створюється як окремий орган, а не в структурі МОЗ? Кому вона буде підпорядковуватися і як взаємодіятиме з МОЗ? Якою буде роль МОЗ після реформи?
- Скільки коштуватиме створення та функціонування НСЗУ? Яка доцільність створювати нову структуру, якщо функції НСЗУ можна покласти на вже наявні управління ОЗ? Як НСЗУ взаємодіятиме з департаментами ОЗ?

- Яким буде юридичний механізм виплат від НСЗУ?
- Чи зможе НСЗУ впоратися з оплатою послуг всіх медичних закладів України? Чи матиме вона регіональні підрозділи і якими будуть їхні повноваження?
- Чи буде НСЗУ перевіряти якість наданих послуг?
- Чи буде продовжена діяльність клініко-експертних комісій?
- Яку відповідальність буде нести лікар за запущені з його провини випадки? Які санкції будуть застосовуватися за надання послуг неналежної якості?

## **МЕДИЧНІ ПРОТОКОЛИ**

- Хто і як буде контролювати якість надання медичної допомоги в умовах, коли заклади можуть самі затверджувати протоколи лікування?
- Як надавати допомогу у разі, якщо щодо конкретної нозологічної форми немає ані клінічних настанов, ані міжнародних протоколів?
- Чим мають керуватися лікарі у випадку поєднаної патології, коли протоколи суперечать один одному, і на яких юридичних підставах вони будуть нести відповідальність за такі рішення?
- Куди можуть звертатися за консультацією спеціалісти департаментів ОЗ, які виступають експертами при проведенні судово-медичних експертиз при розгляді ситуацій з використанням міжнародних медичних протоколів?

## ВЗАЄМОДІЯ ЛАНОК

### ОПЛАТА ПОСЛУГ І ПРАЦІ

- Чи було збільшено оплату послуг первинної ланки за рахунок бюджетів спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги?
- Чи буде оплачуватися чергування лікарів спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги, надання ними послуг первинної ланки і ургентної допомоги? Хто буде його оплачувати? Які особливості оплати будуть у перехідний період? Чи стосується це педіатричних стаціонарів?
- Яка сума коштів у капітаційному тарифі на первинній ланці закладена на проведення лабораторних досліджень на рівні спеціалізованої допомоги? Які саме аналізи та обстеження туди входять і як відбуватиметься їх оплата? Коли почнуться ці виплати?
- Як у перехідний період будуть розподілятися субвенції окремо на первинну медичну допомогу і окремо на інші ланки, якщо усі ці послуги надаються в багатопрофільному закладі? Чи може один заклад отримувати обидві субвенції? Чи обов'язково треба буде витратити їх саме по ланках, на які вони надходили?
- Як буде здійснюватися фінансування надання послуг первинної ланки в ЦРЛ і ЦМЛ у разі відсутності центрів ЦПМСД як юридичних осіб? Чи можливе фінансування через вторинний рівень?
- Чи можуть існувати амбулаторії і ЦПМСД в рамках багатопрофільних закладів?
- Чи може існувати амбулаторія в ОТГ як окрема юридична особа?

### ВЗАЄМОДІЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ І ВУЗЬКИХ СПЕЦІАЛІСТІВ

- Які стимули і запобіжники передбачені, щоб лікарі первинної ланки не скеровували без потреби своїх пацієнтів до вузьких спеціалістів і, з іншого боку, не зволікали з таким скеровуванням у разі потреби?
- Чи буде лікар первинної ланки скеровувати пацієнта до конкретного вузького спеціаліста, чи вибір лікаря залишатиметься за пацієнтом?
- Чим буде керуватися лікар первинки при скеровуванні?
- Які запобіжники передбачені, щоб на первинній ланці на шкоду якості послуг не економили на утриманні ФАПів, які в результаті можуть закритися?



## ГОСПІТАЛЬНІ ОКРУГИ

- Коли відбудеться створення госпітальних округів? Які загрози існують для закладів у тих госпітальних округах, де структура закладів не відповідатиме вимогам Кабміну, оскільки ОМС не дотрималися рекомендацій госпітальної ради?
- Чи впливає форма господарювання медичного закладу, зокрема другого рівня, на те, яке місце йому буде відведено в госпітальному окрузі?
- Яке місце лікарень планового планування? Чи передбачені вони в рамках госпітального округу?
- Чи може в межах госпітального округу бути кілька закладів другого рівня, зокрема якщо вони мають різні спеціалізації?
- Як уникнути суб'єктивності при визначенні рівня лікарень в межах госпітального округу? Чи буде проводитися аудит лікарень перед ухваленням таких рішень?
- Хто узгоджуватиме і затверджуватиме маршрути пацієнтів в рамках госпітальних округів?
- Чи будуть заклади, які утримуються місцевими громадами, приймати пацієнтів з інших громад?

## ІНШІ ПИТАННЯ

### ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

- Хто і як укладав та затверджував Національний перелік основних лікарських засобів? Як часто буде відбуватися його перегляд і доповнення?
- Чи буде внесено до Національного переліку всі лікарські засоби, передбачені постановою Кабінету Міністрів України №1303?
- Чи буде відбуватися розширення переліку лікарських засобів в рамках програми «Доступні ліки», зокрема чи будуть туди включені інсуліни та комбіновані препарати від серцево-судинних захворювань? Яким чином лікарів залучатимуть до визначення переліку лікарських засобів, які надаватимуться в рамках програми «Доступні ліки»?
- Чи планується розширення переліку лікарських засобів у Національному переліку, необхідних для надання якісної психіатричної допомоги?
- Коли буде запроваджена нова форма рецептів і яка інформація в ній міститиметься?
- Чому ліки в Україні коштують дорожче, ніж аналоги в європейських країнах? Чи планує МОЗ регулювати ціни на ліки?

### ЕЛЕКТРОННІ РЕЄСТРИ

- Як узгоджуються в часі автономізація і реєстрація в E-Health: спочатку відбувається реорганізація чи підключення до реєстру?
- Якою законодавчою базою регламентована діяльність системи E-Health?
- Яким чином будуть захищені дані з медичних реєстрів? Хто відповідальний за їхнє ведення і безпеку?
- Коли буде повноцінно запущено електронний реєстр? Наскільки детальною буде в ньому інформація? Коли за його допомогою буде збиратися реальна статистика? Коли почнеться внесення інформації про захворювання?
- Хто буде підключати заклади спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги до системи E-Health?
- Чи передбачене безкоштовне програмне забезпечення для роботи з реєстрами?
- Чи планується окрема державна програма з обладнання комп'ютерами та підключення до інтернету медичних закладів у сільській місцевості?

- Чи буде запроваджуватися телемедицина? Що, крім ЕКГ-апарату, для неї потрібно, і хто має право отримати фінансування на таке обладнання?

## ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

- Які функції будуть покладатися на національний центр громадського здоров'я? Коли запрацюють його регіональні структури?
- Якою буде роль спеціалізованих закладів, зокрема тубдиспансерів, лабораторних центрів тощо?
- Як кваліфікується лікування хворих на туберкульоз і ВІЛ-СНІД: як профілактика в рамках громадського здоров'я чи як надання медичної послуги? Які саме заходи для боротьби з епідеміями передбачені в рамках програми громадського здоров'я?

## РЕФОРМА ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ

- Як без методики розрахунку вартості послуг було визначено капітаційний тариф на первинній ланці?
- За яким принципом відбуватиметься фінансування первинної ланки: з частковою фондівдачею чи повною?
- Коли на первинній ланці почнеться укладання декларацій з пацієнтами? Чи має право пацієнт укласти декларацію з лікарем первинної ланки за місцем проживання, а не прописки?
- Як молодий спеціаліст первинної ланки зможе знайти собі пацієнтів?
- Чи існує механізм переведення з одного медичного закладу до іншого молодого лікаря, що був розподілений на відпрацювання після завершення навчання до того, як цей розподіл було скасовано? Чи буде тягнути такий перехід необхідність відшкодування молодим лікарем «підйомних» коштів?
- Чи планується відновити державний розподіл та відпрацювання випускників медичних вишів для вирішення проблеми нестачі сімейних лікарів у селах? Чи є інші дієві способи вирішення цієї проблеми?
- Чи передбачені додаткові соціальні гарантії для лікарів, які за розподілом працюють у сільській місцевості, але до яких звертатиметься невелика кількість пацієнтів?

## **КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ**

Громадська організація «Центр UA»  
+38 067 232 69 23  
[centreua.org](http://centreua.org)  
[ua.centre@gmail.com](mailto:ua.centre@gmail.com)  
[facebook.com/CentreUA.org](https://facebook.com/CentreUA.org)

© ГО «Центр UA», 2018