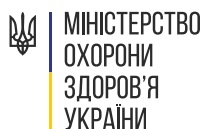


# Найважливіше у трансформації системи охорони здоров'я за рік

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА СТИНІВКА



## ДАЙДЖЕСТ



# ЗМІН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

MOZ.GOV.UA

ЩОМІСЯЦЯ У КОЖНІЙ ОРДИНАТОРСЬКІЙ

FB.COM/MOZ.UKR

№ 13, ГРУДЕНЬ 2018

## Три кроки до високих зарплат у 2019 році

Деякі дні тому завершилося укладання договорів з Національною службою здоров'я України на 2019 рік. 94% закладів первинної допомоги подали заявки, і, отже, практично всі вони будуть отримувати фінансування за новим принципом.

Ми бачимо високий рівень довіри до змін і вважаємо, він з'явився не на порожньому місці.

Головний висновок **2018** року: новий підхід до фінансування охорони здоров'я працює на користь і пацієнтів, і лікарів.

За такий короткий строк у багатьох медичних закладах відбулися разючі перетворення, які ще рік тому здавалися нам фантастикою.

Найголовніше — створено умови для підвищення заробітних плат медиків. Це простий рецепт, доступний для всіх.

Що роблять успішні заклади, де лікарі отримують **15** тис. грн, а подекуди вже і **25** тис. грн?

По-перше, залучають мешканців, щоб забезпечити максимальну кількість декларацій.

По-друге, чітко виконують умови договорів з НСЗУ. Альтернатива: або чесна оплата послуг, або перехід на фінансування з інших джерел.

По-третє, підписують нові сучасні колективні договори. В успішних закладах рівень винагороди прив'язано до показників ефективності лікаря, а не до кількості регалій.

Стара система змушувала лікарів брати хабарі. В роботі з Національною службою це більше не так, і лікарі первинки отримали можливість працювати чесно.

Будьте ефективні й розвивайтеся — сьогоднішня модель дозволяє зробити це вигідним для кожного медика і для закладу загалом.

Ці три прості кроки вже показали свою ефективність по всій країні: від Селидового на Донеччині до Міжгір'я на Закарпатті, від Ніжина на Півночі до Балти на Півдні.



*Павло Ковтонюк,  
заступник Міністра охорони здоров'я*

Наступного року такий підхід має стати природним для кожного закладу первинної медичної допомоги в кожному куточку країни.

Зкладам амбулаторної допомоги — приготуватися. Із самого початку року беріться за автономізацію і комп'ютеризацію. Півроку пролетять дуже швидко. Із середини **2019**-го Національна служба здоров'я почне оплачувати послуги «Безкоштовної діагностики» закладам спеціалізованої допомоги, перетвореним на комунальні підприємства.

Тож долучайтеся, збільшуйте своє фінансування та піднімайте зарплати лікарям. Підвищення ефективності — це не загальні фрази у звітах, а особистий добробут лікарів та якісні безоплатні послуги для пацієнтів.

## Електронна медична картка

У **2019** році ми впроваджуємо електронні медичні записи, що мають стати першим кроком до безпаперової роботи лікарів. Такі системи вже успішно працюють у багатьох країнах.

Електронний медичний запис — це елемент даних про пацієнта, що збирається в закладі охорони здоров'я та зазвичай зберігається в медичних інформаційних системах (МІС), якими користується цей заклад.

У **2019** році дані будуть передаватися в електронну медичну картку, діяльність якої забезпечується державою. Дані можуть збиратися в декількох закладах, і завдяки тому що вони зберігаються в централізованій системі, в подальшому будь-який заклад охорони здоров'я та будь-який лікар можуть мати доступ до цих даних практично в цілодобовому режимі **24/7**, але в тому обсязі, який дозволив пацієнт і який є необхідним для надання медичних послуг. Таким чином вирішується проблема, коли в різних закладах у пацієнта різні картки і записи, і дуже часто жоден з цих наборів документів не містить вичерпної інформації про пацієнта. Дані до електронної медичної картки збираються через встановлені в закладах охорони здоров'я МІС та відправляються до Центральної бази даних.

Завдяки централізованому зберіганню даних:

- МОЗ та НСЗУ можуть обробляти знеособлені дані для ефективного управління системою охорони здоров'я; НСЗУ може аналізувати дані для управління якістю медичних послуг;
- дані гарантовано доступні для пацієнта й лікаря, який його

обслуговує. Доступ до централізованих даних існує незалежно від того, чи працюють сервери в закладі, з якого вносились інформація, чи є в нього зв'язок з Інтернетом тощо;

- заклади охорони здоров'я можуть переходити з однієї МІС на іншу без втрати ключових даних, адже ці дані зберігаються в централізованій системі.

У різних країнах встановлено різний обсяг інформації, яка зберігається на централізованому рівні та входить до електронної медичної картки пацієнта. В Україні впровадження електронної медичної картки здійснюватиметься в декілька етапів, на кожному з яких буде реалізовано функціонал, що дозволяє вносити до неї різні набори записів.

**1-й етап — початок 2019 року:** лікарі, що надають первинну медичну допомогу, вноситимуть дані про візити пацієнтів з використанням ІСРС-2 і дані, що зараз вносяться в медичну картку амбулаторного хворого (форма **№ 25/о**). Також з'явиться можливість виписувати електронні рецепти та електронні направлення.

**2-й етап — середина 2019 року:** спеціалісти, що працюють в амбулаторіях, зможуть вносити в централізовану електронну медичну картку консультативні висновки; спеціалісти діагностичних центрів вноситимуть результати найбільш поширених лабораторних досліджень. Також із середини 2019 року планується впровадження електронних листків тимчасової непрацездатності.

**3-й етап — початок 2020 року:** стаціонари зможуть вносити в централізовану електронну медичну картку дані, пов'язані з випискою пацієнтів (обсяг даних, подібний

до форми карти пацієнта, що вибув зі стаціонару, **№ 66/о**).

У сучасних інформаційних системах недоцільно обробляти інформацію в тих формах, які існують на папері. Кожен окремих електронний медичний запис, що вноситься в інформаційні системи, — це невеликий обсяг інформації, «цеглинка», з яких у подальшому можна будувати виписки, звіти, форми. Прикладами електронних медичних записів можуть бути:

- запис про візит пацієнта з зазначенням кодів ІСРС-2 і описом його анамнезу;
- запис про рівень цукру в крові як частина результатів аналізів;
- запис-спостереження про наявність алергії у пацієнта.

За потреби з набору електронних медичних записів можна сформувати будь-які необхідні документи, форми, звіти.

Одночасно з впровадженням електронної медичної картки МОЗ працює над спрощенням паперового документообігу за принципом: дані, які збережено в електронній формі, не потрібно дублювати на папері.

Стосовно наявних карток і документів з накопиченою інформацією політика МОЗ така: лише певний мінімальний набір даних підлягає перенесенню до централізованої електронної медичної картки (насамперед дані, доступність яких критично важлива для надання невідкладної допомоги). Історично накопичена інформація залишається в картках. Враховуючи етапність впровадження, впродовж певного часу записи в електронній і паперовій формах діятимуть одночасно.

# Які послуги повинні надавати лікарі «первинки»

Перелік послуг, які повинні надавати педіатри, сімейні лікарі й терапевти, затверджено наказом МОЗ України від **19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»**. Текст наказу можна переглянути за посиланням <https://goo.gl/V3PdEz>. Важливо, щоб у всіх закладах з надання первинної медичної допомоги ці послуги виконувалися в повному обсязі. Зокрема, така умова зазначена в договорі, який заклад укладає з Національною службою здоров'я.

## ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Сімейні лікарі, терапевти і педіатри спостерігають за станом здоров'я пацієнта, дорослого чи маленького, встановлюють діагноз та лікують найбільш поширені хвороби, травми, отруєння. За потреби лікар дає направлення до фахівця спеціалізованої допомоги — отоларинголога, ендокринолога, хірурга тощо — чи буде консультиватися з ним щодо лікування.

З липня **2019** року почне працювати програма «Безкоштовна діагностика», скористатися нею пацієнт зможе тільки за направленням лікаря «первинки», з яким він підписав декларацію. Направлення на «Безкоштовну діагностику» — електронне, лікар зможе його оформити тільки через електронну систему охорони здоров'я.

Так само терапевти, педіатри та сімейні лікарі ведуть пацієнтів із хронічними захворюваннями і станами.

Нагадуємо, що сімейний лікар може вести пацієнтів будь-якого віку, педіатр — дітей від народження

і до **18** років, а терапевт — віком **18** років і старших.

## АНАЛІЗИ І ДОСЛІДЖЕННЯ

На рівні первинної медичної допомоги у пакет послуг входять такі аналізи і дослідження:

- загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
- загальний аналіз сечі;
- глюкоза крові;
- загальний холестерин;
- вимірювання артеріального тиску;
- електрокардіограма;
- вимірювання ваги, зросту, окружності талії;
- швидкий тест на вагітність;
- швидкий тест на тропонін;
- швидкі тести на ВІЛ, вірусні гепатити.

Інші дослідження та аналізи виконуються за направленням лікаря в закладах спеціалізованої допомоги.

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ДІТИ ДО ТРЬОХ РОКІВ

Сімейний лікар або терапевт за бажанням вагітної може вести неускладнену вагітність. Лікар може взяти вагітну на облік до **12** тижнів. Коли є необхідність або вимагає протокол, він направить вагітну до акушера-гінеколога. Також лікар «первинки» розкаже, як діяти вагітній та дорослим членам родини, котрі мешкають із нею, при наблизенні пологів. У потрібний час направить до пологового будинку.

Після народження дитини педіатр або сімейний лікар має проводити планові обов'язкові огляди, навіть коли дитина здорова: **10** оглядів лікаря та **6** оглядів медсестри

у перший рік життя дитини, два огляди — у два роки та один огляд — у три роки.

## ВАКЦИНАЦІЯ

Лікар має відстежувати проведення вакцинації дітей та дорослих за календарем щеплень. Держава закупує вакцини проти туберкульозу, поліомієліту, дифтерії, кашлюка, правця, кору, гепатиту В, гемофільної інфекції, краснухи, епідемічного паротиту.

## ОБОВ'ЯЗКОВІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ

Порядок надання первинної медичної допомоги, затверджений наказом МОЗ України від **19.03.2018**, передбачає профілактичні огляди та аналізи для груп ризику семи захворювань.

### Щороку:

- цукровий діабет: особи віком **45** років і старші; всі особи незалежно від віку — при факторах ризику;
- ВІЛ: особи віком **14** років і старші — при факторах ризику;
- туберкульоз: усі особи незалежно від віку — при факторах ризику.

### Раз на два роки:

- рак молочної залози: жінки віком **50–69** років, жінки віком від **40** років — при факторах ризику.

### Раз на один-два роки, залежно від факторів ризику:

- гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання:

## «Для лікарів» — продовження 2

жінки віком **50** років і старші,  
чоловіки віком **40** років і старші;

- колоректальний рак: жінки і чоловіки віком від **50** років;
- рак передміхурової залози: чоловіки віком від **40** років залежно від ступеня ризику.

Фактори ризику для кожного випадку викладено у Порядку надання ПМД.

Важлива також роль лікаря «первинки» і в запобіганні хворобам. Лікар має вчасно виявити ризики для здоров'я. Також серед його обов'язків — консультування

з метою подолання шкідливих звичок та ведення здорового способу життя.

### РЕЦЕПТИ НА ЛІКИ

Рецепти на ліки, в тому числі за програмою «Доступні ліки», також випи-сую лікар первинної ланки.

### ВІЗИТИ ДОДОМУ ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА

Лікар самостійно визначає необхідність візиту до пацієнта додому залежно від медичних показань. Лікар може телефоном дати поради щодо полегшення стану, а пізніше, під час прийому в закладі, направити на аналізи та дослідження, уточнити діагноз та призначити необхідне лікування. Лікар також може викликати

екстрену допомогу до хворого, якщо буде така необхідність.

Невідкладна допомога при гострих станах і раптовому погіршенні стану здоров'я має надаватись у медично-му закладі.

### ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА І МЕДИЧНІ ДОВІДКИ

У компетенції лікаря «первинки» також окремі послуги паліативної допомоги: спостереження та оцінка стану важкохворого пацієнта, виписування рецептів для лікування больового синдрому.

Лікар «первинки» також видає довідки, листки непрацездатності, направлення для проходження медико-соціальної експертизи тощо.

# Які послуги увійдуть у програму «Безкоштовна діагностика» з липня 2019 року

Передбачається, що з липня **2019** року Національна служба здоров'я оплачуватиме **54** діагностичні та лікувальні послуги за направленням сімейного лікаря, терапевта або педіатра.

Можна буде безоплатно пройти обстеження на поширені хвороби внутрішніх органів, серця, легень та найбільш поширені види онкології у чоловіків та жінок.

Для пацієнтів це означає, що не потрібно буде приносити шприци, рукавички, вату та плівку для рентгену, — НСЗУ покриє вартість послуг, включених до програми.

«Безкоштовну діагностику» зможуть надавати як комунальні, так і приватні діагностичні центри, які укладуть договір з Національною службою здоров'я. Пацієнт сам обере, до якого медзакладу звертатися. На програму в Держбюджеті-2019 закладено **2 млрд грн**.

Планується, що в програму «Безкоштовна діагностика» увійдуть:

- **12** нових аналізів — додатково до **8** базових, які вже оплачує Національна служба сімейному лікаріві.
- Мамографія і **5** видів рентгену: грудної клітки, суглобів, хребта, кісток і приносних пазух.
- Ехокардіографія, моніторинг ЕКГ і два види тесту для визначення патологій серцево-судинної системи.
- **6** видів УЗД: шлунково-кишкового тракту, нирок, сечового міхура, артерій ніг, щитоподібної та молочних залоз.
- **4** види біопсії під контролем УЗД: щитоподібної залози, лімфатичних вузлів, молочних та передміхурової залоз.
- Видалення новоутворень: м'яких тканин та шкіри, в носі, гортані, вухах.

Також «Безкоштовна діагностика» включатиме ендоскопічні дослідження та операції одного дня:

- стравоходу;
- шлунка;
- дванадцятипалої і товстої кишки;
- сечового міхура;
- трахеї та бронхів.

Планується, що програма «Безкоштовна діагностика» запрацює з липня 2019 року і стане наступним кроком трансформації системи охорони здоров'я. Національна служба здоров'я почне оплачувати діагностичні послуги за направленням сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на рівні амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги.

До програми «Безкоштовна діагностика» зможуть приєднатися комунальні поліклініки, лікарні, приватні діагностичні центри, які уклали договір з Національною службою здоров'я. Заклади, що приєднуються до програми, повинні будуть розмістити на дверях наліпки «Безкоштовна діагностика».

# Для керівників медичних закладів

## Як і навіщо автономізувати медзаклад

Протягом **2018** року всі заклади ПМД реорганізовані з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства або почали процес автономізації. У **2019** році це — завдання для закладів амбулаторної та стаціонарної допомоги.

Це обов'язкова умова, оскільки лише заклади у статусі комунальних некомерційних підприємств зможуть укласти договори з Національною службою здоров'я України та отримувати пряму оплату з державного бюджету від НСЗУ.

Комунальні некомерційні підприємства мають право на отримання податкового статусу неприбутковості. Це дає змогу закладам-неприбутковим підприємствам не платити податок на прибуток і пускати ці кошти на інвестиції в заклад та підняття зарплат медиків. Розмір заробітних плат комунальне підприємство встановлює самостійно без будь-яких затверджень.

### ПРОЦЕДУРА АВТОНОМІЗАЦІЇ МЕДЗАКЛАДУ ПЕРЕДБАЧАЄ ТАКІ ДІЇ:

1. Місцева рада приймає рішення про:
  - припинення ЗОЗ — бюджетної установи шляхом перетворення на ЗОЗ — комунальне некомерційне підприємство;
  - призначення комісії з реорганізації ЗОЗ-установи, голови комісії;

- встановлення порядку і строку заявлення кредитором своїх вимог до ЗОЗ-установи, що припиняється.

2. Державному реєстраторові подаються документи для реєстрації рішення про припинення юридичної особи шляхом реорганізації, на підставі чого вноситься запис до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань.

3. Комісія з реорганізації розглядає вимоги кредиторів ЗОЗ, а також проводить інвентаризацію.

4. Комісія розробляє передавальний акт, який має містити положення про правонаступництво щодо всіх зобов'язань установи, передачу прав та зобов'язань за формою бухгалтерського обліку.

5. Фінансове управління власника (ОМС) за необхідності розробляє проект змін до бюджетних програм з урахуванням процедури реорганізації ЗОЗ.

6. Рішенням місцевої ради:
  - затверджується передавальний акт (акт також може затверджувати уповноважений виконавчий орган у випадку делегування права);

- приймається рішення про створення ЗОЗ шляхом реорганізації;
- затверджується статут.

7. Паке́т документів про створення ЗОЗ — комунального некомерційного підприємства та припинення ЗОЗ — бюджетної установи подають державному реєстраторові. Якщо все зроблено правильно, протягом **24** годин з моменту отримання документів державний реєстратор має внести відповідні записи до ЄДР.

8. За необхідності власник приводить у відповідність систему фінансування закладу.

9. До трудових книжок працівників ЗОЗ вноситься запис про зміну найменування роботодавця у зв'язку з реорганізацією.

10. ЗОЗ — комунальне некомерційне підприємство переоформлює майно, що підлягає державній реєстрації, зокрема право користування об'єктами нерухомості та земельними ділянками, відкриває рахунки в банку та переоформлює рахунки в казначействі.

11. До МОЗ подається заява про оформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики та до Держлікслужби — щодо роботи з наркотичними речовинами, прекурсорами (за необхідності).

## Як підключитися до системи «Електронне здоров'я»

Одним з важливих чинників впровадження медичної реформи є електронна система охорони здоров'я. Адже для того щоб підписати договір з Національною службою здоров'я України, заклад охорони здоров'я має бути зареєстрований

у цій системі. Саме через систему «Електронне здоров'я» надходить інформація, скільки пацієнтів підписали декларацію з кожним лікарем і, відповідно, який обсяг фінансування має отримувати заклад первинної медичної допомоги за новим

механізмом. З початку **2019** року з'явиться можливість виписувати електронні рецепти та електронні направлення, а лікарі первинної ланки вноситимуть дані про візити пацієнтів з використанням ІСРС-2. З липня **2019** року в системі фіксуватиметься

## «Для керівників медичних закладів» — продовження

інформація про послуги, надані на рівні амбулаторної допомоги. Також із середини **2019** року планується впровадження електронних листків тимчасової непрацездатності.

Електронна система охорони здоров'я складається з двох частин — Центральної бази даних (ЦБД), яку адмініструє ДП «Електронне здоров'я», та електронних медичних інформаційних систем (МІС). Ці системи дають змогу автоматизувати ключові бізнес-процеси медичного закладу та забезпечують взаємодію з НСЗУ в рамках Програми державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Від розробників МІС вимагається суворе дотримання вимог щодо надійності, безпеки та конфіденційності даних, якими їхні системи обмінюватимуться з ЦБД.

Кожен медичний заклад має обрати електронну медичну інформаційну систему або декілька МІС з різними модулями. Головний лікар медичного закладу має особисто та неупереджено прийняти рішення щодо вибору МІС, які відрізняються технічно, функціонально і вартісно. МІС має бути підключена до Центральної бази даних згідно з переліком на сайті <https://ehealth.gov.ua>. Ці МІС пройшли тестування на відповідність технічним вимогам. Зверніть увагу на те, що всі МІС безкоштовно надають функціонал за Програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення в першому півріччі **2019** року.

Функціонал ЦБД буде розвиватись, що потребуватиме доопрацювань на боці МІС. Відповідно, МІС будуть також розвивати свій функціонал. Проте не кожна система буде реалізовувати всі модулі. Планується, що в разі необхідності потрібний модуль можна буде придбати та підключити в іншій МІС. Плата за користування модулями

може здійснюватися окремо тільки за ті функції, які додатково було обрано головним лікарем.

Так, окремим модулем може бути:

1. Робоче місце лікаря (створення та перегляд декларацій, внесення електронних медичних записів пацієнта в рамках візиту до лікаря, що надає первинну медичну допомогу).
2. Адміністративний модуль (реєстрація надавача медичних послуг, співробітників та відділень, створення договорів між Національною службою здоров'я та надавачем медичних послуг).

### ЩОБ ПІДКЛЮЧИТИСЯ ДО СИСТЕМИ «ЕЛЕКТРОННЕ ЗДОРОВ'Я», ЗАКЛАДУ НЕОБХІДНО:

- обрати МІС, що підключена до системи «Електронне здоров'я»;
- пройти реєстрацію у системі, з внесенням у відповідні поля даних про медичний заклад та керівника медичного закладу;
- накласти ЕЦП керівника медичного закладу;
- за посиланням у запрошенні, що надійде на електронну пошту, перейти до системи «Електронне здоров'я»;
- затвердити обліковий запис користувача для керівника медичного закладу.

### ДЛЯ ПІДКЛЮЧЕННЯ КЕРІВНИКОВІ ЗАКЛАДУ НЕОБХІДНО МАТИ:

- електронний цифровий підпис (ЕЦП) керівника медичного закладу;
- робочу адресу електронної пошти;

- документи закладу;
- особисті документи керівника закладу.

### ПОЯВА ЛІКАРІВ В ЕЛЕКТРОННІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Після того як керівник зареєстрував заклад в електронній системі охорони здоров'я, він має увійти в систему через інтерфейс МІС, призначити ролі та внести дані про бухгалтера і представника відділу кадрів (за наявності). На вказані адреси електронної пошти бухгалтерові закладу та представникові відділу кадрів надійдуть посилання на логін та пароль для входу в систему.

Представник відділу кадрів входить у систему через інтерфейс МІС, призначає ролі та вносить дані про лікарів закладу, які надають ПМД.

На вказані адреси електронної пошти лікарі отримують посилання для логіну та пароля для входу в систему.

### ДЕКЛАРАЦІЇ ПОДАЮТЬСЯ В ЕЛЕКТРОННІЙ ФОРМІ

Керівник закладу повинен визначити одну або кількох осіб, уповноважених приймати декларації та вносити дані в систему «Електронне здоров'я». Уповноважена особа заповнює декларацію в електронній формі, роздруковує її і дає пацієнтові для перевірки, виправляє помилки (якщо такі були), вказані пацієнтом, і знову роздруковує декларацію, доки пацієнт не засвідчить, що всі дані внесено правильно. Далі пацієнт або його законний представник підписує два примірники декларації та надає їх уповноваженій особі, де вона проставляє відмітку з датою отримання і повертає один примірник, а другий залишає в закладі. Після цього уповноважена особа надсилає декларацію в електронній формі до ЦБД.

## Як підписати договір з НСЗУ

Для того щоб перейти на нову модель фінансування і почати отримувати більше коштів, медичний заклад має підписати договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Цей центральний орган виконавчої влади є розпорядником коштів відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Першими отримали можливість укласти договір з НСЗУ заклади, що надають первинну медичну допомогу. Зараз **95%** комунальних закладів «первинки» готові перейти на нову модель фінансування вже з наступного року. **1207** медзакладів ПМД подали заяви про укладення договорів на **2019** рік. До **26** грудня включно ті заклади, які подали всі необхідні документи, отримали повідомлення про намір укласти договір від Національної служби здоров'я України.


Договір передбачає, що заклад зобов'язується надавати пацієнтам послуги первинної медичної допомоги, а НСЗУ — оплачувати їх відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів. Перелік послуг, пов'язаних із наданням первинної медичної допомоги, визначено в Порядку надання первинної медичної допомоги (наказ МОЗ від **19.03.2018 № 504**).

Це проведення профілактики, в тому числі профілактичних оглядів, **8** основних аналізів та досліджень, профілактичні щеплення, діагностика та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруень, патологічних станів, спостереження неускладненої вагітності та супровід хронічних хворих.

Крім того, заклади мають виконати дві сервісні вимоги: надання медичних послуг у черговому кабінеті ПМД, у тому числі у вихідні і святкові дні, та технічну можливість попереднього запису (телефоном або в електронній формі) пацієнтів на прийом до лікарів.

Базовий тариф на оплату послуг первинної медичної допомоги на **2019** рік не змінюється і становитиме **370** грн/рік за одного пацієнта; також будуть застосовуватися вікові коефіцієнти.

**Тариф за пацієнтів**  
Із «зеленого» списку — **370** грн на рік, урахуватимуться вікові коефіцієнти.



До 5 років	4
Від 6 до 17 років	2,2
Від 18 до 39 років	1
Від 40 до 64 років	1,2
Понад 65 років	2

Тобто за спостереження дитини віком **3** роки практика педіатра або сімейного лікаря отримає за рік **1 480** гривень.  
Із «червоного» списку — **120** грн на рік без застосування коефіцієнтів.

У **2019** році обсяг оптимальної практики буде регулюватися економічним стимулом. Якщо кількість пацієнтів за деклараціями у лікаря первинної медичної допомоги перевищує рекомендований ліміт до **10%**, обслуговування цих пацієнтів буде оплачено за тарифом **370** грн/рік за одного пацієнта, але вже без застосування вікових коефіцієнтів. За статистикою Національної служби здоров'я, це дві третини лікарів, які набрали декларацій більше за обсяг оптимальної практики.

Якщо ж кількість декларацій перевищуватиме оптимальну більше ніж на **10%**, то вони будуть оплачені за тарифом **370** грн/рік за одного пацієнта із застосуванням понижувальних коефіцієнтів, але й надалі без застосування вікових коефіцієнтів:

від **110% + 1** декларація до **120%** — коефіцієнт **0,8**;

від **120% + 1** декларація до **130%** — коефіцієнт **0,6**;

від **130% + 1** декларація до **140%** — коефіцієнт **0,4**;

від **140% + 1** декларація до **150%** — коефіцієнт **0,2**;

від **150% + 1** декларація і всі наступні — коефіцієнт **0**.

Наприклад, якщо ліміт перевищено більше ніж на **10%**, до тарифу **370** грн/рік за одного пацієнта застосовуватиметься коефіцієнт **0,8**, якщо більше ніж на **20%** — **0,6** і так далі. Якщо кількість декларацій перевищує ліміт більше ніж на **50%**, плата Національною службою здоров'я за них припиняється.

Оптимальна кількість пацієнтів для сімейного лікаря становить **1 800**, для терапевта — **2 000**, а для педіатра — **900**.

Медзаклади, розташовані в гірській місцевості, і надалі, в **2019** році, будуть отримувати оплати від НСЗУ за тарифом із застосуванням додаткового коефіцієнта — **1,25**, на рівні **2018** року. Гірський коефіцієнт буде також застосовуватися і до декларацій, набраних понад ліміт.

Медзаклади також будуть отримувати оплати за договором

з Національною службою здоров'я за пацієнтів, які не підписали декларації та проживають на території обслуговування медичного закладу, до **30 червня 2019 року** за тарифом **120 грн/рік** за одного пацієнта. Щомісяця буде здійснюватися перерахунок з урахуванням нових підписаних декларацій.

На **2019 рік** для медичних закладів первинної ланки не передбачається медична субвенція з державного бюджету. Це означає, що ті комунальні заклади, які не укладуть договір із Національною службою здоров'я на **2019 рік**, будуть фінансуватися за рахунок інших бюджетних програм у порядку, встановленому законодавством, та з інших джерел, не заборонених законодавством. Разом з тим, будь-який медзаклад, який надає ПМД, може подати заяву про укладення договору з НСЗУ протягом **2019 року**.

Медичний заклад, який бажає укласти договір з Національною службою здоров'я України, найперше має зареєструватися в електронній системі охорони здоров'я через будь-яку медичну інформаційну систему (МІС). Також необхідно зареєструвати всі місця надання допомоги, уповноважених осіб та медичних працівників, які будуть залучені до виконання договору. Ці працівники

повинні отримати електронний підпис, адже документообіг, пов'язаний з укладенням, виконанням, зміною та припиненням договору, здійснюється в електронній формі через МІС.

Отже, в електронній формі керівник закладу подає до НСЗУ скріплену електронним підписом заяву. Також до неї додаються документи, визначені в оголошенні про укладення договору.

Національна служба здоров'я України розглядає заяви на їх відповідність вимогам оголошення. Якщо рішення позитивне, НСЗУ надсилає закладу повідомлення про намір укласти з ним договір. Потім заклад надсилає Національній службі здоров'я України заповнений проект договору згідно з типовою формою. Після узгодження фінального тексту договору уповноважені особи НСЗУ та медичного закладу підписують договір в електронній формі.

Надсилати звіти про роботу та, відповідно, отримувати кошти від НСЗУ заклади повинні щомісячно. Сума виплачується на рахунок закладу, її обсяг щоразу обчислюється за формулою відповідно до кількості пацієнтів, які подали цьому закладу декларації про вибір лікаря, та їхнього вікового розподілу.

За умовами договору, заклад не має права вимагати від пацієнтів винагороди в будь-якій формі (в тому числі у вигляді благодійних внесків, будь-яких платежів на користь третіх осіб) за відповідні медичні послуги та повинен забезпечити, щоб його працівники та підрядники цього теж не вимагали (Порядок надання первинної медичної допомоги, наказ МОЗ № 504). Якщо пацієнт повідомить до Контакт-центру НСЗУ за коротким номером **1677** або надішле скаргу про подібний випадок і ці дані буде зафіксовано, НСЗУ направить інформацію до відповідних органів. У разі доведення вини працівника, який вимагав від пацієнта кошти, НСЗУ має право розірвати договір в односторонньому порядку.

Національна служба здоров'я України може призупинити дію договору із закладом також, зокрема, у випадку анулювання ліцензії закладу або отримання висновків про порушення закладом галузевих стандартів під час дії договору, а також у випадку залучення підрядників або працівників, які не вправі надавати такі послуги.

Також договір може бути розірвано, якщо з'ясується, що заклад надав недостовірні відомості про наявне у нього оснащення або працівників та підрядників.

## **Як здійснити фінансове планування у новій моделі фінансування сфери охорони здоров'я**

У питаннях фінансування закладів первинної медичної допомоги (ПМД) за новою моделлю дуже багато змінилося. Можна сказати, що для закладів, які перетворилися в комунальні некомерційні підприємства (КНП) і підписали договір

з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), майже всі аспекти фінансування є новими.

Відповідно до Закону України «**Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення**»,

оплата медичних послуг закладів з надання ПМД населенню здійснюється за принципом плати за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки за договорами про медичне обслуговування населення. Таким чином, основним джерелом доходу



надавача ПМД будуть виплати за договором із НСЗУ. Обсяги цих виплат залежатимуть від кількості та вікової структури пацієнтів, які подали декларацію про вибір лікаря, що працює в цьому закладі. Так на первинній ланці реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Також для обчислення загальної суми доходів надавача ПМД необхідно врахувати доходи з інших джерел, відмінних від НСЗУ (перелік є індивідуальним для кожного конкретного надавача), наприклад:

- надходження на покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв (за законом ці витрати покриває власник з місцевого бюджету);
- надходження від місцевого бюджету (крім надходжень на покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв);
- надходження в рамках субвенції на розвиток охорони здоров'я в сільській місцевості;
- надходження від надання послуг ПМД іноземцям;
- надходження від надання послуг ПМД, що не входять до програми медичних гарантій;
- надходження від здачі приміщень / земельних ділянок в оренду;
- благодійна допомога;
- інші надходження.

Місцева влада має усвідомлювати, що перехід на оплату від НСЗУ не є приводом згортати власні програми з підтримки охорони здоров'я. Завдання головних лікарів або директорів закладів ПМД — доносити цю інформацію до відповідальних осіб.

За комунальні послуги та енергоносії медичного закладу, зокрема в статусі комунального некомерційного підприємства, має платити місцева влада. Такими є вимоги **Бюджетного кодексу України**. Статтею **89** зазначено, що до видатків,

що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, належать видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги населенню. Отже, ця норма стосується і комунальних некомерційних підприємств, бо в ній «заклад охорони здоров'я» є загальним поняттям, яке охоплює в тому числі комунальні некомерційні підприємства (КНП). Частина **13** статті **16 Основ законодавства про охорону здоров'я** говорить, що за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Отже, незалежно від організаційно-правової форми закладу охорони здоров'я, оплата комунальних послуг та енергоносіїв усе одно покладається на місцевий бюджет.

Під час провадження діяльності, пов'язаної з наданням ПМД, кожен надавач ПМД несе витрати, серед яких: оплата праці персоналу, оплата комунальних послуг, витрати на утримання службового транспорту, поточний ремонт приміщень, утримання прилеглої території тощо. Ці витрати мають покриватися за рахунок доходів, якими в більшості випадків є кошти, отримані від НСЗУ за договором про медичне обслуговування населення. Забезпечення балансу між доходами та витратами є ключовим для досягнення фінансової стійкості.

Однією з найважливіших статей видатків є оплата праці. Для того

щоб пацієнти відчули зміни в наданні медичних послуг, а відтак своїми деклараціями про вибір лікаря збільшили дохід закладу, керівник закладу мусить мотивувати лікарів якомога якісніше виконувати свою роботу. Найпершим і найбільш очевидним стимулом є заробітна плата. Оскільки автономізований заклад має більшу самостійність у вирішенні питань оплати праці, керівництво закладу спільно з колективом має разом визначити систему розрахунку, яка задовольнить усіх з точки зору справедливості та прозорості. Ця система може бути закріплена положенням про оплату праці/преміювання в КНП або бути частиною колективного договору.

Надавачі ПМД як КНП можуть використовувати різні моделі та підходи до розрахунку заробітної плати та премії персоналові закладу. Наприклад, можна всім працівникам закладу одноразово підвищити посадовий оклад на фіксовану суму (на певний відсоток) або виплачувати додаткову премію лікарям, яка становитиме визначену частину (відсоток) від надходжень закладу за обслуговування пацієнтів із «зеленого» списку (включає вікові коефіцієнти). Розмір цієї частки визначається за результатами перемовин між керівництвом/власником закладу та трудовим колективом. Розмір премії адміністративного, допоміжного та середнього і молодшого медичного персоналу можна визначати як фіксований відсоток від премії лікаря.

Інший варіант: після одноразового підвищення всім працівникам закладу посадового окладу на фіксовану суму або певний відсоток можна формувати фонд преміювання закладу, який може становити певну частину (відсоток) від загальних надходжень від НСЗУ або від суми перевищення надходжень від НСЗУ над обсягом медичної субвенції в минулому. Якщо в закладі утворено

## «Для керівників медичних закладів» — продовження 5

команди з надання ПМД, то фонд преміювання може розподілятися між командами залежно від коефіцієнта трудової участі.

На розмір премії / стимулюючих доплат можуть впливати такі фактори:

- робота понаднормово (понад графік роботи закладу);
- якість наданих послуг (задоволеність пацієнтів);
- якість лікування.

Можливі також інші варіанти розрахунку заробітної плати або комбінація з наведених вище — рішення повинно прийматися закладом самостійно. Головне — медичні працівники мають пам'ятати, що відтепер рівень їхнього доходу визначається не «згори», а безпосередньо в їхньому медичному закладі і є пов'язаним з кількістю пацієнтів, яких вони ведуть. Вирішувати це питання можна і необхідно на місці з головним лікарем або директором закладу, і роль трудового колективу у прийнятті цього важливого рішення повинна стати визначальною.

Актуальним також є питання оптимізації складу працівників надавача ПМД. Неприпустимою є ситуація, коли на 6 тисяч населення в закладі є лише два, а то й один лікар. У цьому випадку керівництво закладу разом з місцевою владою має докласти зусиль до залучення відповідних фахівців. Так само надлишок у штаті будь-якої групи персоналу, не виправданий потребами практики,

призводить до браку коштів на гідну заробітну плату та розвиток закладу.

Серед капітальних видатків відзначимо придбання обладнання. У Порядку надання ПМД (наказ МОЗ № 504) зазначено, що заклад ПМД забезпечує наявність обладнання, устаткування та засобів, необхідних для надання ПМД, що визначені відповідним табелем матеріально-технічного оснащення. Примірний табель матеріально-технічного оснащення затверджено наказом МОЗ № 148. До складання плану закупівель слід підходити індивідуально.

Наприклад, МОЗ рекомендує серйозно обміркувати, чи є реальна необхідність придбання біохімічних аналізаторів крові й сечі в кожну амбулаторію. Слід врахувати видатки на витратні матеріали, кількість та спектр видів необхідних аналізів, утримання персоналу тощо. Зазвичай якісна організація логістики до центральної лабораторії може бути кращим і дешевшим рішенням. Крім того, як свідчить світовий досвід, центральні лабораторії забезпечують вищу якість досліджень та істотно меншу вірогідність помилок.

Також можна гнучко підійти до забезпечення лікаря автомобілем: можна придбати вживане авто, купити кілька автомобілів спільно з іншим надавачем ПМД або придбати авто в кредит — так ціна за одиницю буде нижчою.

Електронний інструмент з оцінки відповідності надавача ПМД Табелю матеріально-технічного оснащення надавачів ПМД допоможе визначити потреби і виділити серед них першочергові, а також дасть можливість сформуванню плану відповідних закупівель. Інструментом можна скористатися за посиланням: <https://goo.gl/nNVUhd>.

Заклад охорони здоров'я — це комунальне некомерційне підприємство (КНП), тому, на відміну від бюджетної установи, він не складає кошторису. Натомість КНП має узгодити з власником фінансовий план — основний плановий документ, який відображає всі доходи та видатки закладу, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання функцій упродовж року відповідно до установчих документів. Порядок складання, затвердження та контролю за виконанням, а також форму фінансового плану затверджує місцева влада. Форма та порядок фінансового плану відрізняються у регіонах і в деяких випадках відповідають вимогам, визначеним наказом Мінекономрозвитку України від 02.03.2015 № 205. Фінансовий план підлягає затвердженню до 1 вересня року, що передують плановому року. План складається на календарний рік із поквартальним розподілом. Детальніше про складання фінансового плану у вебінарі: <https://goo.gl/AtW1d8>.

У разі якщо КНП отримує бюджетні кошти (тобто інші кошти, а не надходження від НСЗУ за договором), потрібно мати затверджений план використання бюджетних коштів.

## Надсилайте ваші запитання

Чекаємо від вас запитання, відповіді на які ви хочете бачити у Дайджесті змін в охороні здоров'я. Будь ласка, вкажіть у листі своє ім'я, спеціальність, назву закладу та додайте фотографію: ми хочемо, щоб усі бачили, що у медичній спільноті є реальні обличчя.

Пишіть на [digest.moz@gmail.com](mailto:digest.moz@gmail.com)



Цей Дайджест було підготовлено за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки. Відповідальність за зміст цього Дайджесту, який необов'язково відображає погляди USAID або Уряду Сполучених Штатів Америки, несе виключно компанія ТОВ «Делойт Консалтинг» в рамках контракту № 72012118C00001.