



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(МОЗ України)

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web:http://www.moz.gov.ua, код ЄДРПОУ 00012925

03.04.2018 № 19.1-05-521/8400

На № _____ від _____

Державна регуляторна служба
України

Міністерство охорони здоров'я України направляє на погодження проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік», розроблений на виконання частини другої Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Проект акта, пояснювальна записка до нього та аналіз регуляторного впливу додаються.

Додатки: на 41 арк.

Заступник Міністра

Павло КОВТОНЮК



КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА

від

№

Київ

Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік

Відповідно до пункту 2 Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Кабінет Міністрів України постановляє:

1. Затвердити Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, що додається.

2. Установити, що у 2018 році договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з державними закладами охорони здоров'я і комунальними закладами охорони здоров'я укладаються:

1) не пізніше 1 червня 2018 року на строк з 1 липня по 31 грудня 2018 року, або

2) не пізніше 1 вересня на строк з 1 жовтня по 31 грудня 2018 року.

3. Установити, що у 2018 – 2019 роках НСЗУ укладає договори про медичне обслуговування населення з комунальними закладами охорони здоров'я при умові одночасного укладення таких договорів з усіма комунальними закладами охорони здоров'я, які забезпечують надання первинної медичної допомоги, що фінансується за рахунок коштів медичної субвенції з відповідного місцевого бюджету.

4. Ця постанова набирає чинності з дня її офіційного опублікування і діє до 31 грудня 2018 року включно.

Прем'єр-міністр України

В. ГРОЙСМАН

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів
України від _____ 2018 р. № __

**Порядок реалізації державних гарантій медичного
обслуговування населення за програмою медичних гарантій для
первинної медичної допомоги на 2018 рік**

1. Цей Порядок визначає особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, (далі – ПМД), зокрема тарифи та коригувальні коефіцієнти.

2. Дія цього Порядку поширюється на всі заклади охорони здоров'я та фізичних осіб підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та які уклади договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ, що передбачає надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД.

3. В цьому Порядку терміни вживаються у таких значеннях:

зелений список – персоніфікований перелік пацієнтів, які подали надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає ПМД, згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

червоний список – неперсоніфікована умовна кількість пацієнтів державного або комунального закладу охорони здоров'я, розрахована відповідно до пункту 10 цього Порядку.

4. Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та інших законодавчих актах.

5. Перелік медичних послуг, пов'язаних з ПМД (включаючи медичні вироби), оплату надання яких держава гарантує в межах програми медичних гарантій на 2018 рік, визначається Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ.

6. Тарифи за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, встановлюється у вигляді капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року та складають:

за одного пацієнта із зеленого списку – 370 гривень на рік;

за одного пацієнта з червоного списку (для державних та комунальних закладів охорони здоров'я) – 240 гривень на рік.

7. До тарифу за медичне обслуговування одного пацієнта з зеленого списку застосовуються (шляхом множення) такі коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта (далі – вікові коефіцієнти):

Вікова група пацієнтів	Значення вікового коефіцієнта
від 0 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

8. У разі, якщо медичне обслуговування пацієнта із зеленого списку здійснюється в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України «Про статус гірських населених пунктів в Україні», до тарифу додатково до коефіцієнтів, зазначених в пункті 7 цього Порядку, застосовується (шляхом множення) коригувальний коефіцієнт 1,25 (далі – гірський коефіцієнт). Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації про вибір лікаря, який надає ПМД.

9. Коригувальні коефіцієнти не застосовуються до тарифів за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, пацієнтам з червоного списку.

10. Кількість пацієнтів в червоному списку для надавачів медичних послуг державної і комунальної форми власності розраховується щомісяця за такою формулою:

$$\text{ЧС} = \text{КО} \times (1 - \text{ЧЗ}), \text{ де}$$

ЧС – червоний список;

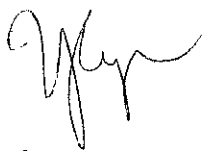

КО – кількість осіб, які станом на 1 січня 2018 року постійно проживали на території обслуговування відповідного державного або комунального закладу охорони здоров'я. Значення КО має бути зазначене у договорі про медичне обслуговування населення з відповідним надавачем медичних послуг;

ЧЗ – частка, що дорівнює загальній кількості пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря, який надає ПМД, станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, поділеній на загальну кількість населення України станом на 1 січня 2018 року згідно з даними Державної служби статистики.

11. Оплата за надані медичні послуги (включаючи медичні вироби) здійснюється в порядку, встановленому договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеному з НСЗУ.

12. Тарифи, визначені цим Порядком, включають в себе ставку на оплату медичної послуги та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

13. Базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників, що використана для розрахунку тарифу, є 18 347,50 гривень на місяць.

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»

1. Обґрунтування необхідності прийняття акта

Існуюча на сьогодні система фінансування первинної ланки системи охорони здоров'я не є ефективною. Фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється за жорстким постатейним кошторисом на основі застарілих інфраструктурних нормативів, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо). Це позбавляє керівників закладів охорони здоров'я управлінської гнучкості та не сприяє мотивації до покращення результату.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII (далі – Закон № 2168-VIII) запроваджує фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, наданих пацієнтам, в рамках програми медичних гарантій Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ).

Новий принцип фінансування має запроваджуватись поступово для різних видів медичної допомоги.

Так, частиною другою Прикінцевих та перехідних положень Закону № 2168-VIII передбачено, що з 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Відповідно до статті 30 Закону «Про Державний бюджет України на 2018 рік» з 1 липня 2018 року видатки на надання первинної медичної допомоги здійснюються з державного бюджету за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Цією ж статтею Закону Кабінету Міністрів України надано право здійснювати перерозподіл видатків, передбачених за бюджетною програмою «Надання первинної медичної допомоги населенню» (код 2308020), для спрямування з 1 липня 2018 року медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам у частині видатків на надання первинної медичної допомоги бюджетам адміністративно-територіальних одиниць, комунальні заклади охорони

здоров'я яких не уклали договори про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги.

З метою виконання приписів Закону № 2168-VIII та затвердження порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік був розроблений проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» (далі – проект постанови).

2. Мета і шляхи її досягнення

Головною метою проекту постанови є врегулювання порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік.

Проект постанови затверджує тарифи за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою (ПМД), коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта, а також спеціальний коефіцієнт для медичного обслуговування в гірській місцевості.

Тариф за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, встановлюється у вигляді капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта, який подав надавачу медичних послуг, декларацію про вибір лікаря, який надає ПМД ("зелений список"), у розмірі 370 гривень на рік.

Додатково для державних та комунальних закладів охорони здоров'я встановлюється оплата за одного пацієнта, який проживає на території обслуговування відповідного закладу ("червоний список") відповідно до даних статистики у розмірі 240 гривень на рік. При цьому кількість таких пацієнтів буде щомісячно зменшувати пропорційно кількості пацієнтів, які подали декларації про вибір лікаря, який надає ПМД, всім надавачам медичних послуг.

Оскільки потреби в послугах охорони здоров'я суттєво відрізняються у різних вікових групах, капітаційна ставка коригуватиметься на віковий коефіцієнт, визначений для п'яти вікових груп пацієнтів із зеленого списку:

Вікова група пацієнтів	Значення вікового коефіцієнта
від 0 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

У разі, якщо медичне обслуговування пацієнта із зеленого списку здійснюється в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України «Про статус гірських населених пунктів в Україні», до тарифу додатково до коефіцієнтів, зазначених в пункті 7 цього Порядку, застосовується коригувальний коефіцієнт 1,25 (далі – гірський коефіцієнт). Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації про вибір лікаря, який надає ПМД.

Коригувальні коефіцієнти не застосовуються до тарифів за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, пацієнтам з червоного списку.

Базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників, що використана для розрахунку тарифу, є 18 347,50 гривень на місяць.

У зв'язку з особливостями бюджетного процесу і необхідності перерозподілення коштів між програмою оплати послуг ПМД та медичною субвенцією на ПМД пропонується, що у 2018 році договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з державними закладами охорони здоров'я і комунальними закладами охорони здоров'я будуть укладатись:

1) не пізніше 1 червня 2018 року на строк з 1 липня по 31 грудня 2018 року, або

2) не пізніше 1 вересня на строк з 1 жовтня по 31 грудня 2018 року.

При цьому договори про медичне обслуговування населення з комунальними закладами охорони здоров'я будуть укладатись тільки у випадку одночасного укладення такого договору з усіма комунальними закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання первинної медичної допомоги, які фінансуються з відповідного місцевого бюджету, адже після переходу на контрактну форму оплати відповідний місцевий бюджет більше не буде отримувати медичну субвенцію на ПМД.

3. Правові аспекти

Проект постанови був розроблений на виконання частини другої Прикінцевих та перехідних положень Закону № 2168-VIII, Бюджетного кодексу України.

4. Фінансово-економічне обґрунтування

На сьогодні кошти на фінансування надання первинної медичної допомоги вже передбачені в державному бюджеті України за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2308020 у розмірі **8 054 517,6 тис грн.**

Згідно з розрахунками обсяг фінансування, необхідний для забезпечення виконання у 2018 році бюджетної програми 2308020 «Надання первинної медичної допомоги населенню», з урахуваннями запланованої динаміки підписання договорів про медичне обслуговування населення та подання декларацій про вибір лікаря, який надає ПМД, складає 1 834 587 793 грн.

Відповідно, пропонується залишити 2 000 000 000 грн. в програмі 2308020, а решту 6 054 517 600 грн. перерозподілити на користь медичної субвенції за рішенням Кабінету Міністрів України.

Фінансово-економічне обґрунтування додається.

5. Позиція заінтересованих органів

Проект постанови потребує погодження з Мінфіном, Мінекономрозвитку, Державною аудиторською службою України, Державною казначейською службою України та Мінюстом.

6. Регіональний аспект

Проект постанови не стосується питань розвитку адміністративно-територіальних одиниць та не вирішує концептуальні проблеми розвитку регіонів, а тому не потребує погодження з місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування.

6¹. Запобігання дискримінації

Проект постанови не містить положень, які мають ознаки дискримінації.

7. Запобігання корупції

У проекті постанови відсутні правила і процедури, які можуть містити ризики вчинення корупційних правопорушень.

8. Громадське обговорення

Проект постанови підлягає розміщенню на офіційному веб-сайті Кабінету Міністрів України.

У разі необхідності Міністерство охорони здоров'я надаватиме зацікавленим сторонам відповідні консультації.

8¹. Розгляд Науковим комітетом Національної ради України з питань розвитку науки і технологій

Проект постанови не стосується питань розвитку науки і технологій.

9. Позиція соціальних партнерів

Проект постанови не стосується соціально-трудової сфери.

10. Оцінка регуляторного впливу

Проект постанови є регуляторним актом, аналіз регуляторного впливу додається.

10¹. Вплив реалізації акта на ринок праці

У проекті постанови відсутні правила і процедури, які можуть прямо впливати на ринок праці.

11. Прогноз результатів

Прийняття та реалізація проекту постанови сприятиме:

- посиленню спроможності держави забезпечувати фінансовий захист для громадян, що звернулись за наданням ПМД;
- більш ефективному та справедливому розподілу публічних ресурсів у системі охорони здоров'я;
- скороченню прямих платежів громадян на оплату медичних послуг та лікарських засобів, зменшенню рівня неформальних платежів;
- підвищенню рівня якості надання медичних послуг, та їх доступності;
- підвищення мотивації медичних працівників.

В.о. Міністра охорони здоров'я України

«__» березня 2018 р.



Уляна СУПРУН

Фінансово-економічне обґрунтування

до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»

I. ВХІДНІ ДАНІ

Для виконання розрахунків були використані такі вхідні дані:

1. Розподіл постійного населення України за віком

Вікова група	Осіб	%
0-5 років	2 694 509	6%
6-17 років	4 921 097	12%
18-39 років	13 270 869	31%
40-64 років	14 660 896	35%
65 років і старші	6 867 534	16%
Всього	42 414 905	100%

2. Обсяг бюджетної програми

Код програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету	Код функціональної класифікації видатків та кредитування бюджету	Найменування згідно з відомчою і програмною класифікаціями видатків та кредитування державного бюджету	Разом
2308020	0763	Надання первинної медичної допомоги населенню	8 054 517,6

3. Розміри капітаційних ставок та вікові коефіцієнти

Капітаційна ставка	Зелений список	Червоний список
	370,00	240,00
Вікові коефіцієнти		
0-5 років	4,0	
6-17 років	2,2	
18-39 років	1,0	
40-64 років	1,2	
65 років і старші	2,0	

4. Кількість закладів, що надають первинну медичну допомогу – 1 232.

5. Прогноз щодо процесу підписання договорів про медичне обслуговування населення та підписання декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (ПМД)

5.1. Кількість закладів, що підпишуть договір із НСЗУ, станом на визначені дати:

Дата	Нових на дату	Всього
01.07.2018 (перша хвиля)	160	160
01.10.2018 (друга хвиля)	240	400
01.01.2019 (третя хвиля)	600	1000

5.2. Кількість пацієнтів, що обслуговуються в закладах охорони здоров'я, визначених вище. За відсутності актуальних даних (збір даних з регіонів триває) за основу бралося припущення про рівномірний розподіл пацієнтів між закладами первинки.

Дата	Нових на дату	Всього
01.07.2018 (перша хвиля)	5 508 429	5 508 429
01.10.2018 (друга хвиля)	8 262 644	13 771 073
01.01.2019 (третя хвиля)	20 656 610	34 427 683

5.3. Цільове значення обсягу зеленого списку (%) від загальної кількості пацієнтів закладів, що підписали договір із НСЗУ, станом на 31.12.2018.

Для закладів, що уклали договори з НСЗУ з	
01.07.2018	01.10.2018
70%	60%

5.4. Оцінка відносної інтенсивності підписання декларацій різними віковими групами за шкалою від 1 (мінімальна) до 5 (максимальна).

Вікові групи	2 кв.	3 кв.	4 кв.
0-5 років	5	4	5
6-17 років	5	4	5
18-39 років	2	1	2
40-64 років	1	2	3
65 років +	4	4	5

II. ОБСЯГ ФІНАНСУВАННЯ, НЕОБХІДНИЙ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ПМД У 2018 РОЦІ

Обсяг фінансування, необхідний для забезпечення виконання у 2018 році бюджетної програми 2308020 «Надання первинної медичної допомоги населенню», складає 1 834 587 793 грн.

Пропонується залишити 2 000 000 000 грн. в програмі 2308020, а решту 6 054 517 600 грн. перерозподілити на користь медичної субвенції за рішення Кабінету Міністрів України.

Перша хвиля	2018				2019			
	липень	серпень	вересень	жовтень	листопад	грудень	січень	лютий
Кількість закладів, що уклали договір з НСЗУ	160	160	160	160	160	160	160	160
Кількість населення в закладах, що уклали договір	5 508 429	5 508 429	5 508 429	5 508 429	5 508 429	5 508 429	5 508 429	5 508 429
Кількість декларацій (зелений список)	933 136	1 226 042	1 518 948	1 811 853	2 228 346	2 644 838	3 061 330	3 474 722
0-5 років	117 767	149 172	180 576	211 981	251 236	290 492	329 748	368 042
6-17 років	215 083	272 438	329 794	387 149	458 844	530 538	602 232	680 402
18-39 років	232 008	270 676	309 344	348 012	425 348	502 684	580 020	667 728
40-64 років	128 155	213 591	299 028	384 464	512 619	640 773	768 928	907 152
65 років і старші	240 124	320 165	400 206	480 247	580 299	680 350	780 402	880 454
Особи, що не уклали декларації (червоний список)	4 575 293	4 282 387	3 989 482	3 696 576	3 280 084	2 863 591	2 447 059	2 030 511
Друга хвиля								
Кількість закладів, що уклали договір з НСЗУ					240	240	240	240
Кількість населення в закладах, що уклали договір					8 262 644	8 262 644	8 262 644	8 262 644
Кількість декларацій (зелений список)					1 678 529	2 474 114	3 269 699	4 065 284
0-5 років					179 967	254 954	329 940	404 926
6-17 років					328 682	465 633	602 583	739 534
18-39 років					221 592	369 319	517 047	664 775
40-64 років					489 603	734 405	979 206	1 224 008
65 років і старші					458 685	649 804	840 923	1 032 041
Особи, що не уклали декларації (червоний список)					6 584 315	5 788 530	4 992 945	4 137 960
Третя хвиля (2019)								
Кількість закладів, що уклали договір з НСЗУ								600
Кількість населення в закладах, що уклали договір								20 656 610
Кількість декларацій (зелений список)								8 701 712
0-5 років								820 163
6-17 років								1 497 899
18-39 років								1 615 771
40-64 років								2 677 518
65 років і старші								2 090 361
Особи, що не уклали декларації (червоний список)								11 954 897
Фінансове забезпечення Договорів з НСЗУ								
Декларації (зелений список)	147 323 174	158 518 184	169 713 195	410 315 344	453 011 080	495 706 816	1 258 054 800	
0-5 років	55 817 317	72 870 440	89 923 564	204 701 524	271 638 807	338 576 090	886 067 673	
6-17 років	14 524 597	18 397 823	22 271 049	48 340 230	62 430 077	76 519 924	191 763 213	
18-39 років	14 589 791	18 480 402	22 371 013	48 557 206	62 710 295	76 863 385	192 623 946	
40-64 років	7 153 586	8 345 851	9 538 115	17 562 784	24 502 249	31 441 714	88 200 797	
65 років і старші	4 741 723	7 902 872	11 064 021	32 340 489	46 139 871	59 939 254	172 806 785	
Особи, що не уклали декларації (червоний список)	14 807 620	19 743 493	24 679 367	57 900 816	75 856 314	93 811 813	240 672 931	
ДЛЯ ВИКОНАННЯ ПРОГРАМИ КАПІТАЦІЇ У 2018	91 505 857	85 647 744	79 789 631	205 613 820	481 372 273	157 130 727	371 987 127	
Перерозподіл на користь субвенції у 2018	1 834 587 793							
ЗАГАЛОМ	6 219 929 807							
	8 054 517 600							

III. ПРОГНОЗ НА 2019-2021 РОКИ. СЕРЕДНЬОЗВАЖЕНА КАПІТАЦІЙНА СТАВКА

Відповідно до Проекту Основних напрямів бюджетної політики на 2018-2020 роки, затвердженого розпорядженням КМУ від 14.06.2017 №411, в рамках реформи фінансування системи охорони здоров'я передбачається здійснення оплати первинної медичної допомоги за єдиним національним тарифом. Згідно з пропозиціями МОЗ до підготовки проекту Основних напрямів бюджетної політики на 2018-2020 роки, розмір капітаційної ставки (КС) має поступово підвищуватися, досягаючи розміру 530 гривень у наступному році після року, в якому КС дорівнює 450 гривень.

Визначені значення базових КС можуть забезпечити фінансове підґрунтя для реформи первинної медичної допомоги, підвищення якості допомоги, підвищення мотивації медичних працівників. Це дозволить у 2018-2021 роках суттєво підвищити доходи закладів з надання первинної допомоги, а відтак – створити необхідні умови для збільшення їх фондів заробітної платні. Відповідно до міжнародного досвіду, достойна оплата праці лікаря є однією з основних складових зменшення неформальних платежів пацієнтів, а також є основним заходом для заохочення фахівців залишатися працювати в країні.

Для забезпечення узгодженості підходів до фінансових розрахунків, використовується середньозважена капітаційна ставка (КС), яка визначається як сума добутків базової ставки та вікових коефіцієнтів, зважених на частку відповідної вікової групи в загальному населенні. Таким чином, оскільки частки вікових груп використовуються як нормалізовані вагові коефіцієнти (їх сума дорівнює 1), то розрахунок середньозваженої КС відбувається за формулою:

$$\bar{x} = \sum_{i=1}^5 w'_i x_i$$

де

\bar{x} – середньозважена КС,

w'_i – нормалізований ваговий коефіцієнт для вікової групи i ,

x_i – добуток базової ставки та вікового коефіцієнта для вікової групи i .

Значення середньозважених КС наведені у Таблиці 2.

Таблиця 2. Розрахунок середньозважених КС, грн.

Рік	2018	2019	2020	2021

Базова КС	370,00	450,00	530,00	530,00
<i>Зважені добутки базової КС та вікових коефіцієнтів</i>				
0-5 років	94,02	114,35	134,68	134,68
6-17 років	94,44	114,86	135,28	135,28
18-39 років	115,77	140,80	165,83	165,83
40-64 років	153,47	186,65	219,84	219,84
65 років і старші	119,82	145,72	171,63	171,63
<i>Середньозважені КС</i>				
	577,52	702,38	827,25	827,25

IV. РОЗРАХУНОК ПРОГНОЗНОГО ДОХОДУ ПРАКТИКИ ПМД

З метою визначення потенційних обсягів доходів практик та обсягів коштів для фінансування оплати праці було здійснено моделювання, результати якого наведені нижче. Для завдань моделювання використовувалось припущення, що частка вікових груп у практиці відповідає розподілу таких вікових груп у загальному населенні України. Для моделювання використано припущення, що всі практики отримують фінансування виключно за зеленим списком.

Дані моделювання показують сукупний дохід практики, а також можливий обсяг фінансування на фонд оплати праці (ФОП). Для цілей моделювання пропонується вважати, що частка фонду оплати праці в загальному доході практики складатиме 40%.

1. Практика лікаря загальної практики - сімейної медицини

Лікар загальної практики - сімейної медицини (ЗПСМ) може надавати ПМД пацієнтам усіх вікових груп. Оптимальний розмір практики лікаря ЗПСМ складає 1,800 пацієнтів. За результатами моделювання у 2018 році щомісячний дохід практики лікаря ЗПСМ, з яким 1,800 пацієнтів підпишуть декларацію про вибір лікаря, який надає ПМД, складатиме 86 627,64 гривень.

Таблиця 3. Доходи практики лікаря ЗПСМ

Вікова група	К-сть пацієнтів	Дохід на місяць, грн			
		2018	2019	2020	2021
	1 800				

0-5 років	114	14 103,09	17 152,40	20 201,72	20 201,72
6-17 років	209	14 166,39	17 229,39	20 292,39	20 292,39
18-39 років	563	17 364,97	21 119,55	24 874,14	24 874,14
40-64 років	622	23 020,58	27 998,00	32 975,43	32 975,43
65 років і старші	291	17 972,37	21 858,29	25 744,20	25 744,20
Загальний дохід		86 627,39	105 357,64	124 087,88	124 087,88
Фонд оплати праці на місяць		34 650,96	42 143,06	49 635,15	49 635,15

2. Практика лікаря терапевта

Лікар терапевт може надавати ПМД тільки дорослому населенню (від 18 років). Оптимальний розмір практики лікаря-терапевта складає 2 000 пацієнтів. За результатами моделювання, у 2018 році щомісячний дохід практики лікаря терапевта, з яким 2 000 пацієнтів підпишуть декларацію про вибір лікаря, який надає ПМД, складатиме 79 032 гривень.

Таблиця 4. Доходи практики лікаря терапевта

Вікова група	К-сть пацієнтів	Дохід на місяць, грн			
		2018	2019	2020	2021
18-39 років	763	23 516,86	28 601,59	33 686,32	33 686,32
40-64 років	843	31 176,10	37 916,88	44 657,66	44 657,66
65 років і старші	395	24 339,46	29 602,04	34 864,62	34 864,62
Загальний дохід		79 032,42	96 120,51	113 208,60	113 208,60
Фонд оплати праці на місяць		31 612,9	38 448,2	45 283,4	45 283,4

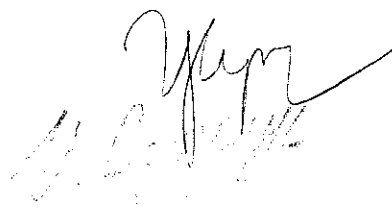
3. Практика лікаря педіатра

Лікар педіатр може надавати ПМД тільки дитячому населенню (до 18 років). Оптимальний розмір практики лікаря педіатра складає 900 пацієнтів. За результатами моделювання, у 2018 році щомісячний дохід

практики лікаря педіатра, з яким 900 пацієнтів підпишуть декларацію про вибір лікаря, який надає ПМД, складатиме 78 723 гривень.

Таблиця 5. Доходи практики лікаря педіатра

Вікова група	К-сть пацієнтів	Дохід на місяць, грн			
		2018	2019	2020	2021
0-5 років	318	39 273,37	47 764,91	56 256,45	56 256,45
6-17 років	582	39 449,65	47 979,31	56 508,96	56 508,96
Загальний дохід		78 723,03	95 744,22	112 765,41	112 765,41
Фонд оплати праці на місяць		31 489,21	38 297,69	45 106,16	45 106,16



АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ

до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»

I. Визначення проблеми

Наразі більшість українців живуть у страху стикнутись з вітчизняною системою охорони здоров'я. Попри сплату громадянами з власної кишені майже половини коштів на медичне обслуговування, додатково до загальнодержавних податків вони вимушені отримувати медичні послуги, що надаються на базі застарілої інфраструктури, без гарантій якості і поважного ставлення до прав та гідності пацієнтів.

Станом на сьогоднішній день існують такі проблеми фінансування медичного обслуговування населення:

відсутність прозорості системи закупівлі медичних послуг виходячи з реальних потреб населення;

відсутність прозорості та ефективної системи фінансування медичних послуг;

відсутність оплати за результат – за фактично надані медичні послуги пацієнтам;

відсутність контролю за ефективним витрачанням бюджетних коштів на медичне обслуговування;

відсутність плану закупівлі медичних послуг з врахування реальних потреби населення відповідної території в медичному обслуговуванні;

відсутність у пацієнтів можливості безоплатно отримати медичні послуги на всій території України.

Дисфункціональність, непрозорість, економічна неефективність витрачання бюджетних коштів в існуючій системі фінансування охорони здоров'я спричинена специфікою її організації.

В Україні кошти, які збираються через загальні податки та акумулюються в державному бюджеті, витрачаються не на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів конкретним пацієнтам у разі їх хвороби, а на підтримку існування наявної мережі закладів охорони здоров'я, незалежно від кількості та якості фактично наданих ними медичних послуг.

На сьогодні фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється за постатейним кошторисним принципом. Нормативи витрачання коштів чітко визначають структуру фінансування окремих типів закладів охорони здоров'я. Такий підхід має цілий ряд недоліків. По-

перше, у керівництва закладів не залишається управлінської гнучкості, щоб оптимізувати їх діяльність, скорочувати неефективні видатки та запроваджувати інноваційні ефективні організаційні практики. По-друге, у державних і комунальних закладів охорони здоров'я відсутні стимули для будь-якого покращення роботи закладу охорони здоров'я, оскільки сума фінансування не залежить від результатів діяльності закладу (ані від кількості наданих послуг, ані від їх якості), гроші з медичної субвенції надаються комунальному або державному закладу охорони здоров'я лише на оплату заробітної плати та утримання приміщення.

Таке використання коштів є вкрай неефективним, і багато громадян не може розраховувати на вчасне і якісне безоплатне лікування в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Як наслідок, населення платить за медичне обслуговування двічі: спочатку у вигляді регулярних податків, а потім – з власної кишені для купівлі лікарських засобів, оплати процедур або неофіційного гонорару лікарю. Майже 46 відсотків витрат на медичне обслуговування сплачується безпосередньо пацієнтами з власних кишень в момент отримання медичних послуг або придбання лікарських засобів. Таким чином, застаріла система фінансування не дозволяє пацієнтам безкоштовно отримати гарантовану Конституцією України медичну допомогу.

Міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також дослідження специфіки використовуваної сьогодні моделі системи охорони здоров'я України свідчать, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу* для громадян є перехід до фінансування медицини за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII (далі – Закон № 2168-VIII) запроваджує фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, наданих пацієнтам, в рамках програми медичних гарантій Національною службою здоров'я України.

Новий принцип фінансування має запроваджуватись поступово для різних видів медичної допомоги.

Так, частиною другою Прикінцевих та перехідних положень Закону № 2168-VIII передбачено, що з 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Відповідно до статті 30 Закону «Про Державний бюджет України на 2018 рік» з 1 липня 2018 року видатки на надання первинної медичної допомоги здійснюються з державного бюджету за програмою державних

гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Також, відповідно до статті 30 Закону «Про Державний бюджет України на 2018 рік» Кабінету Міністрів України надано право здійснювати перерозподіл видатків, передбачених за бюджетною програмою «Надання первинної медичної допомоги населенню» (код 2308020), для спрямування з 1 липня 2018 року медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам у частині видатків на надання первинної медичної допомоги бюджетам адміністративно-територіальних одиниць, комунальні заклади охорони здоров'я яких не уклали договори про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги.

З метою виконання приписів Закону № 2168-VIII та затвердження порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік був розроблений проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» (далі – проект постанови).

Затвердження порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік дозволить реалізувати один з найважливіших кроків у реформуванні охорони здоров'я в Україні шляхом переходу на новий механізм оплати надавачам медичних послуг за результат – тобто за надання медичних послуг населенню за рахунок коштів державного бюджету.

Основні групи на які проблема справляє вплив:

Групи (підгрупи)	Так	Ні
Громадяни	-	+
Держава	+	-
Суб'єкти господарювання (у тому числі суб'єкти малого підприємництва)	+	-

Врегулювання зазначених проблемних питань не може бути здійснено за допомогою:

ринкових механізмів, оскільки такі питання регулюються виключно

нормативно-правовими актами;

діючих регуляторних актів, оскільки чинним законодавством порушені питання не врегульовані.

II. Цілі державного регулювання

Основними цілями державного регулювання є:

створення ефективного механізму фінансування надання медичних послуг за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України;

реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом»;

забезпечити ефективне фінансування надавачів медичних послуг залежно від медичного обслуговування різних вікових груп населення;

запровадити оплату медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги за єдиним для всієї території України тарифом;

цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

прискорення реалізації медичної реформи.

III. Визначення та оцінка альтернативних способів досягнення цілей

1. Визначення альтернативних способів

Вид альтернативи	Опис альтернативи
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час.	Не забезпечує досягнення цілей державного регулювання, передбачених у розділі II аналізу.
Альтернатива 2. Розробка порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік.	Затвердження Порядку, який визначатиме особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, зокрема тарифи та коригувальні коефіцієнти. Дія цього Порядку поширюватиметься на всі заклади охорони здоров'я та фізичних осіб підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та які уклади договір

про медичне обслуговування населення з НСЗУ, що передбачає надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД.

Така альтернатива сприятиме створенню ефективного механізму фінансування надання медичних послуг за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України.

Дозволить:

реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом»;

забезпечити ефективне фінансування надавачів медичних послуг залежно від медичного обслуговування різних вікових груп населення;

запровадити оплату медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги за єдиним для всієї території України тарифом

забезпечити цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

прискоренню реалізації медичної реформи.

Відповідатиме:

пункту 2 Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», яким передбачено, що з 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;

статті 30 Закону «Про Державний бюджет України на 2018 рік» з 1 липня 2018 року видатки на надання первинної медичної допомоги здійснюються з державного бюджету за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

2. Оцінка вибраних альтернативних способів досягнення цілей

Оцінка впливу на сферу інтересів держави

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні	Залишаються витрати на фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я без врахування реальної потреби населення в медичному обслуговуванні.
Альтернатива 2.	Цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом». Задоволення реальних потреб населення в медичних послугах; Прискорення реалізації медичної реформи.	Додаткових витрат не передбачається, оскільки, кошти на фінансування надання первинної медичної допомоги вже передбачені в державному бюджеті України за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2308020 у розмірі 8 054 517,6 тис грн. Згідно з розрахунками обсяг фінансування, необхідний для забезпечення виконання у 2018 році бюджетної програми 2308020 «Надання первинної медичної допомоги населенню», з урахуваннями запланованої динаміки підписання договорів про медичне обслуговування населення та подання декларацій про вибір лікаря, який надає ПМД, складає 1 834 587 793 грн.*

***ОБСЯГ ФІНАНСУВАННЯ, НЕОБХІДНИЙ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У 2018 РОЦІ**

Обсяг фінансування, необхідний для забезпечення виконання у 2018 році бюджетної програми 2308020 «Надання первинної медичної допомоги населенню», складає 1 834 587 793 грн.

Пропонується залишити 2 000 000 000 грн. в програмі 2308020, а решту 6 054 517 600 грн. перерозподілити на користь медичної субвенції за рішення Кабінету Міністрів України.

1. Розподіл постійного населення України за віком

Вікова група	Осіб	%
0-5 років	2 694 509	6%
6-17 років	4 921 097	12%
18-39 років	13 270 869	31%
40-64 років	14 660 896	35%
65 років і старші	6 867 534	16%
Всього	42 414 905	100%

2. Обсяг бюджетної програми

Код програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету	Код функціональної класифікації видатків та кредитування бюджету	Найменування згідно з відомою і програмною класифікаціями видатків та кредитування державного бюджету	Разом
2308020	0763	Надання первинної медичної допомоги населенню	8 054 517,6

3. Розміри капітальних ставок та вікові коефіцієнти

Капітальна ставка	Зелений список	Червоний список
Вікові коефіцієнти		
0-5 років	4,0	
6-17 років	2,2	
18-39 років	1,0	
40-64 років	1,2	
65 років і старші	2,0	
	370,00	240,00

4. Кількість закладів, що надають первинну медичну допомогу – 1 232.

5. Прогноз щодо процесу підписання договорів про медичне обслуговування населення та підписання декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (ПМД)

5.1. Кількість закладів, що підпишуть договір із НСЗУ, станом на визначені дати:

Дата	Нових на дату	Всього
01.07.2018 (перша хвиля)	160	160
01.10.2018 (друга хвиля)	240	400
01.01.2019 (третя хвиля)	600	1000

5.2. Кількість пацієнтів, що обслуговуються в закладах охорони здоров'я, визначених вище. За відсутності актуальних даних (збір даних з регіонів триває) за основу бралися припущення про рівномірний розподіл пацієнтів між закладами первинки.

Дата	Нових на дату	Всього
01.07.2018 (перша хвиля)	5 508 429	5 508 429
01.10.2018 (друга хвиля)	8 262 644	13 771 073
01.01.2019 (третя хвиля)	20 656 610	34 427 683

5.3. Цільове значення обсягу зеленого списку (%) від загальної кількості пацієнтів закладів, що підписали договір із НСЗУ, станом на 31.12.2018.

Для закладів, що уклали договори з НСЗУ з	
01.07.2018	01.10.2018

70% 60%

5.4. Оцінка відносної інтенсивності підписання декларацій різними віковими групами за шкалою від 1 (мінімальна) до 5 (максимальна).

Вікові групи	2 кв.	3 кв.	4 кв.
0-5 років	5	4	5
6-17 років	5	4	5
18-39 років	2	1	2
40-64 років	1	2	3
65 років +	4	4	5

Оцінка впливу на сферу інтересів громадян

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні.	Відсутні.
Альтернатива 2.	Підвищення якості та доступності первинної медичної допомоги.	Відсутні.

Оцінка впливу на сферу інтересів суб'єктів господарювання

- ліцензіатів з провадження господарської діяльності з медичної практики, які забезпечують надання первинної медичної допомоги.

Показник	Великі	Середні	Малі	Мікро	Разом
Кількість суб'єктів господарювання, що підпадають під дію регулювання та є ліцензіатами з медичної практики та надають первинну медичну допомогу, одиниць <i>станом на 01.01.2018</i>	-	-	1144	88	1232
Питома вага групи у загальній кількості, відсотків	-	-	92,8	7,2	100

Прогнозується, що в перший рік регулювання буде укладено договори про медичне обслуговування населення із 400 суб'єктами господарювання ліцензіатами з провадження господарської діяльності з медичної практики, які забезпечують надання первинної медичної допомоги

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні	Відсутні. Однак, залишатиметься питання недостатнього фінансування на надання медичних послуг.
Альтернатива 2.	Отримання можливості надавати медичні послуги населенню за	Прогнозуються витрати суб'єкта господарювання -

	<p>рахунок бюджетних коштів;</p> <p>Розширення конкуренції між надавачами медичних послуг;</p> <p>Покращення сервісу медичного обслуговування;</p> <p>Підвищення якості та доступності медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги;</p> <p>Отримання доходу від практики лікаря залежно від вікових груп пацієнтів*</p>	<p>ліцензіата з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання лише на ознайомитися з новими вимогами регулювання – 1 год.</p> <p>Прогнозні витрати на 1-го с/г складатимуть – 22,41 грн.</p> <p>Для всіх с/г витрати у перший рік регулювання складатимуть – 8 964,00 грн.</p>
--	--	--

*РОЗРАХУНОК ПРОГНОЗНОГО ДОХОДУ ПРАКТИКИ ПМД

З метою визначення потенційних обсягів доходів практик та обсягів коштів для фінансування оплати праці було здійснено моделювання, результати якого наведені нижче. Для завдань моделювання використовувалось припущення, що частка вікових груп у практиці відповідає розподілу таких вікових груп у загальному населенні України. Для моделювання використано припущення, що всі практики отримують фінансування виключно за зеленим списком.

Дані моделювання показують сукупний дохід практики, а також можливий обсяг фінансування на фонд оплати праці (ФОП). Для цілей моделювання пропонується вважати, що частка фонду оплати праці в загальному доході практики складатиме 40%.

1. Практика лікаря загальної практики - сімейного лікаря

Лікар загальної практики - сімейний лікар (ЗПСЛ) може надавати ПМД пацієнтам усіх вікових груп. Оптимальний розмір практики лікаря ЗПСЛ складає 1 800 пацієнтів. За результатами моделювання у 2018 році щомісячний дохід практики лікаря ЗПСЛ, якого виберуть в Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі – ПМД) 1 800 пацієнтів, складатиме 86 627,64 гривень.

Таблиця 3. Доходи практики лікаря ЗПСЛ

Вікова група	К-сть пацієнтів	Дохід на місяць, грн			
		2018	2019	2020	2021
0-5 років	114	14 103,09	17 152,40	20 201,72	20 201,72

6-17 років	209	14 166,39	17 229,39	20 292,39	20 292,39
18-39 років	563	17 364,97	21 119,55	24 874,14	24 874,14
40-64 років	622	23 020,58	27 998,00	32 975,43	32 975,43
65 років і старші	291	17 972,37	21 858,29	25 744,20	25 744,20
Загальний дохід		86 627,39	105 357,64	124 087,88	124 087,88
Фонд оплати праці на місяць		34 650,96	42 143,06	49 635,15	49 635,15

2. Практика лікаря-терапевта

Лікар-терапевт може надавати ПМД тільки дорослому населенню (від 18 років). Оптимальний розмір практики лікаря-терапевта складає 2 000 пацієнтів. За результатами моделювання у 2018 році щомісячний дохід практики лікаря-терапевта, якого виберуть в Декларації про вибір лікаря, який надає ПМД 2 000, складатиме 79 032,42 гривень.

Таблиця 4. Доходи практики лікаря терапевта

Вікова група	К-сть пацієнтів	Дохід на місяць, грн				
		2 000	2018	2019	2020	2021
18-39 років	763		23 516,86	28 601,59	33 686,32	33 686,32
40-64 років	843		31 176,10	37 916,88	44 657,66	44 657,66
65 років і старші	395		24 339,46	29 602,04	34 864,62	34 864,62
Загальний дохід			79 032,42	96 120,51	113 208,60	113 208,60
Фонд оплати праці на місяць			31 612,9	38 448,2	45 283,4	45 283,4

3. Практика лікаря-педіатра

Лікар-педіатр може надавати ПМД тільки дітям (до 18 років). Оптимальний розмір практики лікаря педіатра складає 900 пацієнтів. За результатами моделювання, у 2018 році щомісячний дохід практики лікаря педіатра, якого виберуть в Декларації про вибір лікаря, який надає

ПМД 900 пацієнтів підпишуть декларацію про вибір лікаря, який надає ПМД, складатиме 78 723,03 гривень.

Таблиця 5. Доходи практики лікаря педіатра

Вікова група	К-сть пацієнтів	Дохід на місяць, грн			
		2018	2019	2020	2021
	900				
0-5 років	318	39 273,37	47 764,91	56 256,45	56 256,45
6-17 років	582	39 449,65	47 979,31	56 508,96	56 508,96
Загальний дохід		78 723,03	95 744,22	112 765,41	112 765,41
Фонд оплати праці на місяць		31 489,21	38 297,69	45 106,16	45 106,16

ТЕСТ

малого підприємництва (М-Тест)

1. Консультації з представниками мікро - та малого підприємництва щодо оцінки впливу регулювання.

Консультації щодо визначення впливу запропонованого регулювання для суб'єктів малого підприємництва та визначення переліку процедур, виконання яких необхідно для здійснення регулювання, проведено розробником 08.02.2018 по 06.03.2018.

Порядковий номер	Вид консультацій	Кількість учасників консультацій	Основні результати консультацій
1.	Телефонні консультації із суб'єктами господарювання ліцензіатами з медичної практики	18	Регулювання сприймається. Отримано інформацію щодо переліку процедур, які необхідно виконати суб'єкту господарювання - ліцензіату з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання: ознайомитися з новими вимогами регулювання – 1 год.

2. Вимірювання впливу регулювання на суб'єктів малого підприємництва.

кількість суб'єктів малого(мікро) підприємництва, на яких поширюється регулювання: 1232.

питома вага суб'єктів малого підприємництва у загальній кількості суб'єктів господарювання, на яких проблема справляє вплив 100 %.

3. Розрахунок витрат суб'єкта малого підприємництва на виконання вимог регулювання.

Прогнозується, що в перший рік регулювання буде укладено договори про медичне обслуговування населення із 400 суб'єктами господарювання ліцензіатами з провадження господарської діяльності з медичної практики, які надають первинну медичну допомогу.

У розрахунку вартості 1 години роботи використано вартість 1 години роботи, яка відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2018 рік», з 1 січня 2018 року становить – 22,41 гривні. Джерело отримання інформації: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2246-19/print>.

Джерело отримання інформації про кількість ліцензіатів з медичної практики (надавачів первинної медичної допомоги) – веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України (moz.gov.ua).

Первинна інформація про вимоги регулювання може бути отримана за результатами пошуку постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України (moz.gov.ua).

Інформація про кількість часу, який витрачається суб'єктами на отримання зазначеної інформації є оціночною, та отримана за результатами проведених консультацій (наведено у таблиці розділу 1).

Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на укладання договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснено в рамках Аналізу регуляторного впливу до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі питання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій».

4. Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання вимог регулювання

№ з/п	Найменування оцінки	У перший рік (стартовий рік впровадження регулювання)	Періодичні (за наступний рік)	Витрати за п'ять років
Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання				
1.	Придбання необхідного обладнання (пристроїв, машин, механізмів)	--	--	--
2.	Процедури перевірки та/або постановки на	--	--	--

	відповідний облік у визначеному органі державної влади чи місцевого самоврядування			
3.	Процедури експлуатації обладнання (експлуатаційні витрати - витратні матеріали)	--	--	--
4.	Процедури обслуговування обладнання (технічне обслуговування)	--	--	--
5.	Інші процедури:	--	--	--
6.	Разом, гривень <i>Формула:</i> <i>(сума рядків 1 + 2 + 3 + 4 + 5)</i>	--	--	--
7.	Кількість суб'єктів господарювання, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць.	--	--	--
8.	Сумарно, гривень <i>Формула:</i> <i>відповідний стовпчик "разом" X</i> <i>кількість суб'єктів малого</i> <i>підприємництва, що повинні виконати</i> <i>вимоги регулювання (рядок 6 X рядок 7)</i>	--	--	--

Оцінка вартості адміністративних процедур суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання				
9.	Процедури отримання первинної інформації про вимоги регулювання <i>Формула:</i> <i>витрати часу на отримання інформації про регулювання X</i> <i>вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість форм</i>	1 год. (час, який витрачається с/г на пошук нормативно-правового акту в мережі Інтернет та ознайомлення з ним; за результатами консультацій) X 22.41 грн. = 22,41 грн.	0,00 (припущено, що суб'єкт повинен виконувати вимоги регулювання лише в перший рік; за результатами консультацій)	0,00 (припущено, що суб'єкт повинен виконувати вимоги регулювання лише в перший рік; за результатами консультацій)
10.	Процедури організації виконання вимог регулювання	0,00	0,00	0,00
11.	Процедури офіційного звітування.	0,00	0,00	0,00
12.	Процедури щодо забезпечення	0,00	0,00	0,00

	процесу перевірок			
13.	Інші процедури: Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на укладання договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснено в рамках Аналізу регуляторного впливу до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі питання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій».			
14.	Разом, гривень	22,41 грн.	X	0,00 грн
15.	Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць.	400	X	
16.	Сумарно, гривень	8 964,00 грн.	X	X

Не передбачається розроблення коригуючих та пом'якшувальних заходів.

Сумарні витрати за альтернативами	Сума витрат, гривень
Альтернатива 1.	
Витрати держави	--
Витрати с/г малого підприємництва	--
Альтернатива 2.	
Витрати держави	--
Витрати с/г малого підприємництва	8 964,00 грн.

IV. Вибір найбільш оптимального альтернативного способу досягнення цілей

Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми)	Бал результативності (за чотирибальною системою оцінки)	Коментарі щодо присвоєння відповідного бала
--	---	---

Альтернатива 1.	1	Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного регулювання. Залишаються проблеми зазначені у Розділі 1 Аналізу.
Альтернатива 2.	4	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки сприятиме створенню досконалого регулювання у сфері надання первинної медичної допомоги, яка надаватиметься за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України; реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом»; оплату медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги за єдиним тарифом для всієї території України із застосування вікових коригувальних коефіцієнтів; задоволенню реальних потреб населення в медичних послугах; цільовому використанню державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. прискоренню реалізації медичної реформи.

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу*
Альтернатива 1.	Для держави: Відсутні Для громадян: Відсутні. Для суб'єктів господарювання: Відсутні	Для держави: Залишаються витрати на фінансування державних та комунальних ЗОЗ без врахування реальної потреби населення в медичному обслуговуванні. Для громадян: Відсутні Для суб'єктів господарювання: Відсутні. Однак, залишатиметься питання недостатнього фінансування на надання медичних послуг.	Дана альтернатива не забезпечує потреби у розв'язанні проблеми та досягненні встановлених цілей.
Альтернатива 2.	Для держави: Цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Реалізація принципу «гроші ходять за	Для держави: Додаткових витрат не прогнозується, оскільки витрати на закупівлю медичних послуг закладені в Державному бюджеті України на 2018 рік за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2308020 «Надання первинної медичної допомоги населенню». Для громадян: Відсутні Для суб'єктів господарювання:	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки сприятиме створенню досконалого регулювання у сфері надання первинної медичної допомоги, яка надаватиметься

	<p>пацієнтом».</p> <p>Задоволення реальних потреб населення в медичних послугах;</p> <p>Прискорення реалізації медичної реформи.</p> <p>Для громадян: Підвищення якості та доступності первинної медичної допомоги.</p> <p>Для суб'єктів господарювання: Отримання можливості надавати медичні послуги населенню за рахунок бюджетних коштів;</p> <p>Розширення конкуренції між надавачами медичних послуг;</p> <p>Покращення сервісу медичного обслуговування;</p> <p>Підвищення якості та доступності медичних послуг.</p>	<p>Витрати суб'єкта господарювання - ліцензіату з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання:</p> <p>ознайомитися з новими вимогами регулювання – 1 год.</p> <p>Прогнозні витрати на 1-го с/г складатимуть – 22,41 грн.</p> <p>Для всіх с/г витрати у перший рік регулювання складатимуть – 8 964,00 грн.</p>	<p>за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України;</p>
--	--	--	---

Рейтинг	Аргументи щодо переваги обраної альтернативи/причини відмови від альтернативи	Оцінка ризику зовнішніх чинників на дію запропонованого регуляторного акта
Альтернатива 1.	<p>Переваги відсутні. Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного регулювання. Залишаються проблеми зазначені у Розділі 1 Аналізу.</p>	Відсутні.
Альтернатива 2.	<p>Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки сприятиме досконалому регулюванню у сфері надання первинної медичної допомоги, яка надаватиметься за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України;</p>	<p>Ризики зовнішніх чинників на дію запропонованого регуляторного акта, відсутні.</p>

	<p>розширення переліку суб'єктів, що зможуть надавати такий вид допомоги;</p> <p>реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом».</p> <p>задоволенню реальних потреб населення в медичних послугах;</p> <p>цільовому використанню державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.</p>	
--	--	--

V. Механізм та заходи, які забезпечать розв'язання визначеної проблеми

Механізми, які забезпечать розв'язання проблеми:

запровадити розподіл пацієнтів на неперсоніфікований перелік: кількість пацієнтів, які станом на 1 січня 2018 року постійно проживали на території обслуговування відповідного державного або комунального закладу охорони здоров'я (червоний список), та персоніфікований перелік: кількість пацієнтів, які подали Декларацій про вибір лікаря, який надає ПМД (зелений список) для оплати медичних послуг, пов'язаних з ПМД залежно від вікових груп пацієнтів;

затвердити тарифи за надання медичних послуг, пов'язаних ПМД, коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта, а також спеціальний коефіцієнт для медичного обслуговування в гірській місцевості:

✓ тариф за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, встановлюватиметься у вигляді капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта, який подав надавачу медичних послуг, декларацію про вибір лікаря, який надає ПМД ("зелений список"), у розмірі 370 гривень на рік.

✓ додатково для державних та комунальних закладів охорони здоров'я встановлюється оплата за одного пацієнта, який проживає на території обслуговування відповідного закладу ("червоний список") відповідно до даних статистики у розмірі 240 гривень на рік. При цьому кількість таких пацієнтів буде щомісячно зменшувати пропорційно кількості пацієнтів, які подали декларації про вибір лікаря, який надає ПМД, всім надавачам медичних послуг.

запровадити коригування капітаційної ставки залежно від вікового коефіцієнту (визначатиметься для п'яти вікових груп пацієнтів із зеленого списку, оскільки потреби в послугах, пов'язаних з ПМД, суттєво відрізняються у різних вікових групах):

Вікова група пацієнтів	Значення вікового коефіцієнта
від 0 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

передбачити, що коригувальні коефіцієнти не застосовуватимуться до тарифів за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, пацієнтам з червоного списку, оскільки список є неперсоніфікований і вік пацієнтів невідомий;

встановити, що базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників, що буде використана для розрахунку тарифу, є 18 347,50 гривень на місяць;

передбачити, що у зв'язку з особливостями бюджетного процесу і необхідністю перерозподілу коштів між програмою оплати послуг ПМД та медичною субвенцією на ПМД у 2018 році договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з державними закладами охорони здоров'я і комунальним закладам охорони здоров'я будуть укладатись:

1) не пізніше 1 червня 2018 року на строк з 1 липня по 31 грудня 2018 року, або

2) не пізніше 1 вересня на строк з 1 жовтня по 31 грудня 2018 року.

договори про медичне обслуговування населення з комунальними закладами охорони здоров'я будуть укладатись тільки у випадку одночасного укладення такого договору з усіма комунальними закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання первинної медичної допомоги, які фінансуються з відповідного місцевого бюджету, адже після переходу на контрактну форму оплати відповідний місцевий бюджет більше не буде отримувати медичну субвенцію на ПМД.

Також, розв'язання визначених в розділі I Аналізу регуляторного впливу проблем забезпечать такі заходи:

1. Організаційні заходи для впровадження регулювання:

Для впровадження цього регуляторного акта необхідно забезпечити інформування громадськості та ліцензіатів з медичної практики про вимоги регуляторного акта шляхом його оприлюднення у засобах масової інформації та розміщенні на Урядовому порталі.

2. Заходи, які необхідно здійснити суб'єктам господарювання – ліцензіатам з медичної практики:

1) ознайомитися з вимогами регулювання (пошук та опрацювання регуляторного акту в мережі Інтернет).

VI. Оцінка виконання вимог регуляторного акта залежно від ресурсів, якими розпоряджаються органи виконавчої влади чи органи місцевого самоврядування, фізичні та юридичні особи, які повинні впроваджувати або виконувати ці вимоги

Реалізація регуляторного акта не потребуватиме додаткових бюджетних витрат і ресурсів на адміністрування регулювання органами виконавчої влади чи органами місцевого самоврядування.

Державне регулювання не передбачає утворення нового державного органу (або нового структурного підрозділу діючого органу).

Розрахунок витрат на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва (Додаток 2 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта) не проводився, оскільки вплив на них відсутній.

Проведено розрахунок витрат суб'єктів малого (мікро) підприємництва в межах даного аналізу.

VII. Обґрунтування запропонованого строку дії регуляторного акта

Строк дії регуляторного акта встановлюється на один рік, це пов'язано з особливостями реалізації бюджетної програми, яка передбачає оплату медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, за рахунок коштів, передбачених в Державному бюджеті України на 2018 рік.

Термін набрання чинності регуляторним актом – з дня офіційного опублікування і діятиме до 31 грудня 2018 року включно.

VIII. Визначення показників результативності дії регуляторного акта

Прогнозними значеннями показників результативності регуляторного акта є:

1. Розмір надходжень до державного та місцевих бюджетів і державних цільових фондів, пов'язаних із дією акта – не передбачаються.

2. Кількість суб'єктів господарювання – ліцензіатів з медичної практики, на яких поширюватиметься дія акта – прогнозується 400 с/г.

3. Розмір коштів і час, які витрачаються суб'єктами господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – низький.

4. Розмір коштів, які витратимуться суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – **22,41 грн.**

5. Кількість часу, який витратиметься суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – 1 година.

6. Кількість укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на рівні первинної медичної допомоги;

7. Кількість поданих пацієнтами декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу до надавача медичних послуг, зареєстрованих в електронній системі охорони здоров'я;

8. Кількість пацієнтів із персоніфікованого переліку пацієнтів, які проживають в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України «Про статус гірських населених пунктів в Україні» та які подали надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає ПМД;

9. Сума сплачених надавачам медичних послуг коштів з Державного бюджету України за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

10. Рівень поінформованості суб'єктів господарювання і фізичних осіб – високий. Проект акта та відповідний аналіз регуляторного впливу оприлюднено на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України.

IX. Визначення заходів, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності дії регуляторного акта

Відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься шляхом проведення базового, повторного та періодичного відстеження статистичних показників результативності акта, визначених під час проведення аналізу впливу регуляторного акта.

Базове відстеження результативності цього регуляторного акта здійснюватиметься після набрання ним чинності, оскільки для цього використовуватимуться виключно статистичні показники.

Повторне відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься через рік з дня набрання чинності цим регуляторним актом, але не пізніше двох років після набрання ним чинності. За результатами даного відстеження відбудеться порівняння показників

базового та повторного відстеження.

Періодичне відстеження результативності буде здійснюватися один раз на кожні три роки починаючи з дня закінчення заходів з повторного відстеження результативності цього акта.

Вид даних, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності – статистичні.

У разі надходження пропозицій та зауважень щодо вирішення неврегульованих або проблемних питань буде розглядатись необхідність внесення відповідних змін.

Відстеження результативності регуляторного акта буде здійснювати Міністерство охорони здоров'я України протягом усього терміну його дії.

Строк виконання заходів 30 робочих днів.

В.о. Міністра охорони здоров'я України



У. Супрун

[ГОЛОВНА](#)

[ПРО МІНІСТЕРСТВО](#)

[ГРОМАДЯНАМ](#)

[МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКАМ](#)

[Головна](#) [Документи](#) [Громадське обговорення](#)

Проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій меди...

ГРОМАДСЬКЕ ОБГОВОРЕННЯ

НАКАЗИ МОЗ

ГРОМАДСЬКЕ ОБГОВОРЕННЯ



ГРОМАДСЬКА РАДА МОЗ ▼



ГРОМАДСЬКА ЕКСПЕРТИЗА



ДОКУМЕНТИ З ПИТАНЬ
ЕКОНОМІКИ ТА ФІНАНСІВ

НАЦІОНАЛЬНА РАДА З ПИТАНЬ
ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ▼
ВІЛ/СНІД

ДОКУМЕНТИ

Проект [ПОДІЛИТИСЬ](#)

постанови [f](#) [t](#) [G+](#) [in](#)

Кабінету

Міністрів

України

«Про

затвердження

Порядку

реалізації

державних

гарантій

медичного

обслуговування

населення

за

програмою

медичних

гарантій

для

первинної

медичної

допомоги

ПОВІДОМЛЕННЯ

про оприлюднення проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»

Міністерство охорони здоров'я України пропонує для публічного обговорення проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» (далі – проект постанови).

Проект постанови розроблено на виконання частини другої Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Проект постанови, пояснювальна записка та аналіз регуляторного впливу до нього оприлюднені шляхом розміщення на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України в мережі Інтернет www.moz.gov.ua.

Пропозиції та зауваження до проекту постанови просимо надсилати до Міністерства охорони здоров'я України протягом місяця у письмовому та/або електронному вигляді за адресою: вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, Управління координації центрів реформ (e-mail: orabina71@gmail.com, medreforms@gmail.com).

Консультант: Орабіна Тетяна Миколаївна (044) 253-33-31.

Начальник Управління
координації центрів реформ



Т. Орабіна