



ОФІЦІОЗ

Інформаційний бюлетень
"За медичні права"
№3, березень, 2018 р.

Медична реформа: проблемні питання та ризику в регіональному аспекті

Медична реформа, точніше – зміна моделі фінансування надання медичної допомоги, наприкінці минулого року отримала законодавче підґрунтя і почала впроваджуватися поки що переважно у вигляді регуляторних актів, семінарів, зустрічей і роз'яснень. Проте деякі зміни на регіональному рівні вже відбуваються. Про проблемні моменти поєднання медичної реформи та процесу децентралізації та утворення громад ми попросили розповісти Наталю Лісневську, координатора медичного напрямку в секторальній децентралізації Центрального офісу реформи при Міністерстві регіонального розвитку, будівництва і житлово-комунального господарства України (далі – Мінрегіон).

Особливості законодавчого забезпечення і фінансування

– Пані Наталя, зараз громади поставлені у стислі часові рамки. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», відомий також як закон про автономізацію, набрав чинності, затверджено положення про Національну службу здоров'я України (НСЗУ), успішно відбувся конкурс на призначення Голови НСЗУ. І вже Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України було оголошено, що з 1 квітня 2018 р. почнеться офіційна приписна компанія пацієнтів до лікарів первинної ланки (зараз вона відбувається лише у пілотному режимі), а з липня 2018 р. для тих громад, які будуть готові, фінансування медичної допомоги може проводитися безпосередньо від НСЗУ. Проте існує необхідна для цього умова – щоб усі медичні заклади первинної ланки у громаді були автономізовані. Якщо хоча б один заклад не буде автономізовано, то фінансування здійснюватиметься у вигляді медичної субвенції. У МОЗ України це пояснюють тим, що бюджети виділяються на громаду в цілому. Чи не викликає це занепокоєння у регіонах?

– Так, це викликає занепокоєння. Також занепокоєння викликає нерозуміння деталей і нюансів ситуації, яка складається, на місцях. Адже медична реформа прийнята не комплексним документом, а трьома законами України. Це:

- Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», відомий також як закон про автономізацію;

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII;

- Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 р. № 2206-viii (закон про сільську медицину).

Також вже набули чинності декілька підзаконних актів. У тому, що це окремі закони, є свої переваги і недоліки. Тому що кожен з цих законів може реалізовуватися автономно. І зараз, коли ми говоримо про регіони, ми повинні говорити перш за все про президентський закон про сільську медицину. І він цього року обов'язково буде реалізовуватися, тому що,

відповідно до цього закону, вже виділено 4 млрд грн., які згідно з субвенцією Мінрегіону вже розподілено по регіонах, і протягом року регіони повинні певним чином її використати для потреб, означених в законі.

Ще 1 млрд грн. субвенції Мінрегіону поки що не розподілено, усього буде 5 млрд грн. Це не медична субвенція, це видатки на інфраструктуру. Тобто президентський закон супроводжує субвенція 4 млрд грн., і на ці кошти передбачено і будівництво закладів охорони здоров'я первинного рівня, і їх оснащення, і придбання транспорту для сімейних лікарів. А ще є 1 млрд грн. незалежно від цього закону. І разом буде 5 млрд грн. Проте витрати на медичне обладнання в останньому мільярді включено не буде.

– Субвенція вже є на місцях, і регіони вже зобов'язані починати з нею працювати. Але паралельно з тим іде процес автономізації, створення НСЗУ, зміни моделі фінансування, і тут є певні побоювання. Наприклад, того, що НСЗУ може вчасно не запрацювати. А на первинній ланці все одно будуть будуватися амбулаторії, тому що підзаконні акти з цього приводу вже прийняті. Проект спільного наказу МОЗ та Мінрегіону «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» є на юстиванні сьогодні. І мережа буде формуватися, виділено гроші, є зобов'язання в регіонах створити цю мережу. У Мінрегіоні вже був презентований типовий проект амбулаторій для монопрактики – одного лікаря, і для двох лікарів із проживанням, і для групової практики. Це енергоефективні будинки для того, щоб переходити на європейський рівень. Питання в тому, що регіони можуть це все збудувати, запросити лікаря, а лікар буде залишатися на маленькій зарплаті внаслідок медичної субвенції за тарифною сіткою, якщо буде відстрочення запуску НСЗУ.

Адже до НСЗУ необхідно набрати певну кількість співробітників, і це має відбуватися на умовах відкритого конкурсу – це тривалий процес, і можна не встигнути. Крім того, слід встигнути закупити комп'ютерну техніку і встановити програмне забезпечення для того, щоб починати обробляти декларації. Тобто дуже багато роботи залишено на 4 міс. І з урахуванням усіх бюрократичних процедур і дотриманням норм законодавства фізично можна просто не встигнути. Результати конкурсу на посаду голови НСЗУ можуть бути оскаржені, тендери можуть не відбутися – це ризики, які не залежать від усіх побажань і намагань учасників процесу.

Права і обов'язки місцевих громад у контексті реформи

І в регіонах дуже часто лунають запитання, що робити, коли ми набудуємо амбулаторій і не матимемо можливості запросити лікаря і забезпечити його роботу. Це велике питання, тому що, за даними Державної служби статистики України, брак лікарів первинної ланки становить на сьогодні 30-35%. А сільське населення нині становить 30% загальної кількості населення України. Тож можна зрозуміти, що частки приблизно однакові, і лікарі можуть залишитися у містах. Навіть при низьких зарплатах у містах їм легше працювати. І регіони дійсно бояться, що вони не зможуть вчасно долучити у громади лікарів первинної ланки.

У регіонах є велике питання щодо мережі, про що у проекті спільного наказу МОЗ та Мінрегіону записано, що спроможна мережа формується по рівню доступності за відстанями до 7 км. Людей трошки турбує доступність до 7 км, тому що вони не зовсім розуміють, як вони можуть діставатися до лікаря. Для багатьох людей піша доступність 7 км – неприпустима, а транспортна є не у всіх регіонах. Це питання лишається відкритим, і дуже багато говорять про збереження фельдшерів, що вони потрібні на селі. Фельдшер зараз може працювати лише у складі лікарської практики, і якщо не буде фінансування на практику, то не буде і фельдшера. І в разі наявного фінансування від НСЗУ чи ділитися грошима з фельдшером, чи ні – вирішуватиме лікар.

Також у регіонів є величезне питання з можливістю виїзду лікаря до пацієнта. З одного боку, нові нормативні документи говорять про те, що невідкладну медичну допомогу надає лікар первинної ланки, з іншого боку, за роз'ясненнями МОЗ України, лікар не повинен приїжджати на виклик до пацієнта. Це не є зобов'язанням сімейного лікаря. Отже, питання надання невідкладної медичної допомоги десь поміж діставанням пацієнта до лікаря і можливістю виїзду лікаря до пацієнта.

Також у субвенцію Мінрегіону закладена можливість закупівлі автомобілів для лікарів первинної ланки. Але постає питання утримання транспортних засобів, і чи схоче лікар витрачати на це гроші, які прийдуть йому від НСЗУ. Тож, необхідно вирішувати це питання – хто на себе буде брати відповідальність?

– У законі про фінансові гарантії є положення про те, що громада за бажанням може створювати систему місцевих стимулів.

– Так, громада це може, і може навіть розширити мережу, найняти педіатра, стоматолога, поставити апарат для ультразвукової діагностики – якщо це спроможна громада. Але мова йде про пряму співпрацю з НСЗУ. Адже не всі громади спроможні забезпечувати програму додаткових місцевих стимулів. І необхідно говорити про те, що медицина не повинна стати абсолютно комерційною галуззю. Це соціальний захист населення, і доступ до первинної медичної допомоги має бути забезпечено для 100% населення, і це вкрай важливо.

Також громади і регіони турбуються тим, що якщо порохувати усе населення України, то грошей, закладених у бюджеті, на первинний рівень на 2018 р. фізично не вистачає на всіх. Адже субвенція Мінрегіону 5 млрд грн. на 2018 р. не йде на оплату медичних послуг. Вона спрямовуватиметься лише на розширення мережі медичних закладів, матеріальне забезпечення, закупівлю обладнання, створення інфраструктури.

На медичну допомогу у Державному бюджеті на 2018 р. передбачено 13,28 млрд грн. – на первинну ланку, на вторинну, третинну та екстрену медичну допомогу – 51,43 млрд грн., на

створення і функціонування НСЗУ – 211 млн грн., і якщо порохувати, то на всіх людей цього не вистачить.

Також існують великі виклики щодо того, що люди не пройдуть приписної кампанії до лікаря первинної ланки.

Може також виникнути ситуація, коли громада відкриває амбулаторію, запрошує лікаря на роботу, а половина громади хоче укласти декларації з цим лікарем, а інша половина – ні. І це їх право. Або велика кількість людей з іншої громади укладе декларації з цим лікарем раніше, а лікар не має права відмовити пацієнту в укладанні декларації, доки в нього не набрано 2 тис. пацієнтів.

Голови громад ставлять питання таким чином, що вони витрачають кошти на створення інфраструктури, а значна кількість населення не має лікаря, бо в нього обслуговується половина іншої громади, він має подвійне підпорядкування до місцевих органів влади та до НСЗУ і має право це робити. Як бути у такій ситуації?

Такі ризики є, вони лишаються відкритими і не врегульованими. Поставити лікаря перед умовою, що він зобов'язаний взяти саме пацієнтів із цієї громади – така вимога є проти-законною. Тому що в законі записано, що в нас вільний вибір лікаря. З точки зору медичної реформи загалом це є правильно, з точки зору реформи децентралізації – це порушення прав громад. Якщо голова громади в її межах щось створює і дає лікарю додаткові гарантії, тоді абсолютно незрозуміло, чому лікар заробляє гроші на сусідній громаді й не забезпечує медичною допомогою там, де він територіально знаходиться. Тобто є певні законодавчі колізії, які досі лишаються відкритими.

Особливості процесу закупівлі медичних послуг

Також під великим питанням взаємодія медичних практик із НСЗУ. Адже ніхто не відміняв Закон України «Про публічні закупівлі», а НСЗУ має закуповувати послугу у лікаря. Якщо помножити 370 грн. на 2 тис. пацієнтів – то ми виходимо на тендерну процедуру. Тож не зрозуміло, як лікар буде виходити на тендер і як можна створити конкуренцію. Має відбуватися тендерна процедура через Prozorro, НСЗУ має проводити тендерну процедуру. Як практики будуть конкурувати. якщо в них однакові умови – не зрозуміло.

Також проблема в тому, що пацієнту не заборонено сьогодні підписати декларацію з одним лікарем, а завтра перепідписати. І тоді не зрозуміло, в кого ж закупити медичні послуги.

На сьогодні ніде у законодавстві не написано, як це буде відбуватися, і це велика проблема, тому що поки громади будуть створювати свою лікарську мережу, пропонувати щось лікарю, надавати додаткові гарантії, щоб він приїхав, приймати його на роботу тощо, може прийти комерційна структура, укласти декларації і податися до НСЗУ на компенсацію. Таке цілком можливо. А в громаді буде запрошений лікар, а в нього не буде пацієнтів, і він поїде.

Ще одна можлива ситуація – громада будує за свої гроші амбулаторію, купує обладнання, транспорт, комп'ютерну техніку, потім туди приходять лікар, починає отримувати кошти від НСЗУ і лікувати людей із сусідньої громади.

Це не заборонено, і це – одне з питань голів громад. Так, це цільова субвенція, голова громади не може її використати на щось інше, він згоден і хоче, щоб у громаді був лікар і надавалася якісна медична допомога. Але лікар може сидіти тут і обслуговувати людей із сусідньої громади, яка не будувала цієї амбулаторії. Можливо, навіть не провела там автономізацію. Отримують медичну субвенцію, а лікуватися їздять до сусідньої

громади. Це насправді величезні питання, це виклики, які на сьогодні існують у громадах і які потребують вирішення.

– Якщо медичні заклади вже автономізуються, а НСЗУ ще не запрацює, а вже немає захищених статей бюджету, немає казначейського рахунку, є рахунки у комерційних банках. Чи буде в цьому разі можливість отримувати хоча б медичну субвенцію?

– На мій погляд, ні. Це неможливо.

– Які ще є проблемні питання?

– Існують питання щодо вторинного рівня медичної допомоги. Іноді лікарня вторинного рівня, яка має зберегтися, потрапляє при розподілі в певну громаду. Голова громади питає: «Чому я з бюджету своєї громади маю утримувати цю лікарню, якщо у ній будуть лікуватися усі громади?». Поки регіони отримують субвенцію – існують міжбюджетні трансферти. Перерозподіл коштів з їх допомогою можливий, хоча не всі на це погоджуються. Коли міжбюджетні трансферти припинять існувати, а ми говоримо про те, що вторинка наступного року теж фінансуватиметься через НСЗУ, чому громада має гарантувати утримання районної лікарні другого рівня, лікарі в якій будуть отримувати гроші з НСЗУ і лікувати в тому числі й представників інших громад. Голова громади просто не буде цього робити, і він не зобов'язаний це робити.

Також у тарифі, який компенсується з НСЗУ на лікарську практику, є комунальні витрати. Проте там не написано, що лікар зобов'язаний лишитися в районній чи в іншій лікарні. Він має право відкрити приватний кабінет і приймати там пацієнтів, отримати ліцензію. І лікарі вторинного рівня також мають на це право. І акушер-гінеколог може відкрити кабінет, і вони можуть вдвох чи втрох відкрити кабінет, поставити обладнання, це буде невеличка якась будівля, і їм це буде дешевше. І тоді будуть питання платоспроможності стаціонарів, питання утримання «стін». Адже якщо кошти будуть приходити на вторинний рівень виключно за послугу, їх може не вистачити на утримання закладів охорони здоров'я вторинного рівня.

Багатьом лікарям стаціонар не потрібен. Але є певні хірургічні нозології, при яких без стаціонару й операційної не можна. І одних хірургів не вистачить на те, щоб утримати комунальну районну лікарню. Це велике питання, люди хвилюються.

Тому що ми маємо приклад Туреччини, коли дійсно лікарі створили приватну практику, приватні кабінети, вони навіть операційну орендують на один день на тиждень. І їм це вигідніше. А людям це трохи дорожче. Вони в черзі стоять, як зараз в Європі.

Інформування населення не на належному рівні

Також у людей є певні звички, виховані системою Семашка. Вона працювала багато років. І люди не можуть переключитися за один день. Тож має бути якісна інформаційно-соціальна кампанія. Необхідно закликає людей дбати про своє здоров'я і доносити інформацію, що сімейний лікар – це не лікар екстреної служби. Тому люди повинні навчитися вчасно приходити і вчасно обстежуватися. У нас немає культури вчасного обстеження. Дуже мало людей розуміють, що їм необхідно зробити вчасно флюорографію, зробити вчасно вакцинацію або вчасно від неї відмовитися за певними показаннями. Просто пройти обстеження сімейного лікаря раз чи два на рік для того, щоб знати про стан свого здоров'я. В нас до лікаря звертаються зазвичай тоді, коли не можуть встати. Правильне

ставлення до свого здоров'я треба прищеплювати, бо інакше сімейна медицина не зможе працювати. Функція сімейного лікаря – не подолання екстрених випадків, а служба екстреної медичної допомоги не впорається з таким великим викликом. І людям необхідно роз'яснювати, показувати, вчити і допомагати.

Тобто на сьогодні у більшості населення є розуміння, що лікар повинен прийти тоді, коли людині дуже погано. І немає розуміння, що до лікаря необхідно йти спостерігатися.

Звичайно, потрібно розвинути службу громадського здоров'я, яка почала створюватися. Звичайно, люди мають прийти до культури дбання про своє здоров'я. Але на це потрібен час і про це треба говорити.

Також є велике питання інформаційного забезпечення пріписної кампанії. Ми говоримо по телевізору, по центральних каналах. Є дуже багато даних в інтернеті. Але знову, повертаючись до офіційних статистичних даних, 40% населення України не охоплено інтернетом. Смартфони є не у всіх, особливо в селі. І це стосується зазвичай населення старшого віку, яке не користується ні смартфоном, ні комп'ютером. Тому потрібна розгалужена інформаційна кампанія в місцевій пресі. Люди похилого віку в сільській місцевості навіть не дивляться центральні канали і не читають центральну пресу. Це має бути якась районна місцева газета, місцевий телеканал, який нормально ловить. Тому що в деяких регіонах досі є 3-5 телеканалів, і половина з них – регіональні. І треба це роз'яснення дати на регіональні канали, дати в місцеву пресу і не один раз, а системно, для того, щоб кожна бабуся про це прочитала і обговорила з сусідкою на лавочці, і щоб вони зрозуміли, що треба щось зробити.

Ще одна пропозиція – зробити в районах якийсь інформаційний центр, куди можна прийти, і там якась спрямують. Тому що старше населення сільської місцевості буде інформаційно втрачено. І треба робити інформаційний наголос для них так, як їм зрозуміло. Інтернет для них не зрозумілий. Картинка в телевізорі, коли виступає міністр, для них не зовсім зрозуміла. Достатньо зрозуміло – районна газета, яка сидить і роз'яснює. Детальне індивідуальне роз'яснення. Ми не можемо цього уникнути, і цим необхідно зайнятися.

Має бути акцент на специфіку регіонів. Також ми говоримо про навантаження на лікаря 1,5-2 тис. людей, але не враховано багато факторів. Нині враховано віковий фактор та гірський фактор. Проте повинен бути врахований і коефіцієнт внутрішньої міграції – це курортні населені пункти у Південних регіонах влітку та в Карпатах взимку. Дуже багато людей їдуть відпочивати у приватний сектор, і цей приватний сектор може суттєво перевантажити лікарів первинки, і про це треба говорити.

Також у зв'язку із військовими діями на Сході України психологічний стан великої кількості людей є напруженим, і сімейні лікарі можуть з цим не впоратися. У країні є підвищений ризик розвитку психічних розладів, у тому числі наркологічних. Причому збільшення їх кількості може носити характер спалахів, що супроводжуватиметься побутовим насильством. І це також буде понаднормовим навантаженням на лікаря первинної ланки.

І регіони про це говорять, тому що вони з цим стикаються на місці. Тож є проблеми, про які не говорять, але вони нікуди не діваються, і навіть найдосконаліші закони не зможуть запрацювати внаслідок певних соціальних викликів, недостатньої інформації, неправильного орієнтування.

Тож Уряд України має зробити певні висновки і принаймні роз'яснити ситуацію на місцях.

**Олександр Устінюв,
видавництво «МОПІОН»**

ВИМОГИ ЄС У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У системі громадського здоров'я прогрес у сфері гармонізації українського законодавства з європейським становить лише 4%. Про це говориться у Звіті про виконання Угоди про асоціацію між Україною та ЄС у 2017 році, який презентували громадськості 23 лютого.

Зокрема, у документі зазначається, що з підписанням Угоди про асоціацію Україна взяла на себе зобов'язання стосовно зміцнення системи охорони здоров'я та її потенціалу. Уряд стверджує: Україна виконала низку вимог щодо поступового наближення вітчизняних законодавства та практики до принципів Acquis ЄС (правова система, яка включає акти законодавства ЄС, прийняті у рамках Європейського співтовариства, але не обмежується ними, — ред.). А саме:

– з метою імплементації відповідних положень Acquis ЄС у сфері трансплантації тканин, клітин й органів та поширення людських тканин і клітин на розгляді ВРУ перебуває проект Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо охорони здоров'я та трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині» (реєстраційний №2386а-1);

– з метою виконання зобов'язань у сфері боротьби з інфекційними захворюваннями працює державна установа «Центр громадського здоров'я», на яку покладено функції координації та впровадження заходів з питань епідеміологічного нагляду та контролю. У 2017 році тривав процес приєднання до Центру громадського здоров'я державних установ, у тому числі лабораторних центрів, для забезпечення виконання ним основних функцій у сфері громадського здоров'я. Також продовжується робота щодо напрацювання Дорожньої карти з імплементації положень Глобального порядку денного з безпеки здоров'я;

– оскільки Угодою про асоціацію передбачено імплементацію положень директив, пов'язаних з виробництвом, рекламою, реалізацією та контролем тютюну, то на розгляді ВРУ перебуває проект Закону України №2820 «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну», положення якого спрямовані на імплементацію Директиви 2003/33/ЄС, що передбачено Угодою про асоціацію, та Директиви 2014/40/ЄС, яка скасовує згадану в Угоді про асоціацію Директиву 2001/37/ЄС;

– у 2017 році розроблено проект Закону «Про приєднання України до Протоколу про ліквідацію незаконної торгівлі тютюновими виробами». Законопроект внесений у вересні 2017 року на розгляд Президента України.

Крім того, Угода про асоціацію містить зобов'язання щодо якості та безпечності крові людини і її компонентів. Відповідна робота, як зазначається у Звіті, наразі проводиться із затримкою. Зокрема, другий рік розробляються такі проекти:

– стратегії розвитку національної системи крові, яка має бути затверджена відповідним рішенням Уряду;

– зміни до Закону України «Про донорство крові та її компонентів» у частині визначення повноважень, відповідальності та рівнів звітності, створення належних умов для ведення господарської діяльності. Його прийняття дасть змогу створити

ефективну систему контролю за дотриманням вимог законодавства у сфері донорства крові та її компонентів, безпечності крові;

– стратегії розвитку національної системи крові, яка має бути затверджена відповідним рішенням Уряду;

– відомчих актів МОЗ у цій сфері.

У Звіті також визначаються ключові завдання на 2018 рік у галузі гармонізації українського законодавства з європейським. А саме:

– забезпечення прийняття законопроекту «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо охорони здоров'я та трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині» (реєстраційний №2386а-1);

– розроблення проекту Постанови КМУ про створення Національного організаційно-методичного центру трансплантації;

– затвердження Положення про Національну систему трансплантації;

– завершення формування організаційної структури Центру громадського здоров'я та забезпечення його повноцінного функціонування;

– завершення роботи над Дорожньою картою з імплементації положень Глобального порядку денного з безпеки здоров'я;

– забезпечення прийняття законопроекту «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну» (реєстраційний №2820);

– забезпечення доопрацювання та в подальшому прийняття законопроекту «Про приєднання України до Протоколу про ліквідацію незаконної торгівлі тютюновими виробами»;

– забезпечення розробки та прийняття змін до Закону України «Про донорство крові та її компонентів»;

– забезпечення розробки та прийняття нормативно-правових і відомчих актів з метою імплементації законодавства щодо донорства крові та її компонентів відповідно до європейського законодавства.

Варто зазначити: згаданий у Звіті Закон щодо фінансових гарантій, якими передбачена реформа фінансування медичної галузі, не був направлений на експертизу до міжнародних інституцій. Проте Головне юридичне управління ВРУ, аналізуючи відповідний проект, серед іншого зазначило, що він містить суттєві ризики для пацієнтів, зокрема «пацієнти опиняться в нерівних умовах при отриманні медичних послуг через їх сумнівну якість та можливу відсутність кваліфікованих медиків».

**За матеріалами
«Урядового порталу»**