

7. Пункт 5 частини 1 статті 8 Проекту викласти у такій редакції:

«5) встановлення вартості медичних послуг та лікарських засобів, включених до Переліку медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України та розмірів коригувальних коефіцієнтів».

8. Частиною 3 статті 8 Проекту передбачено створення при Національній службі здоров'я України Ради пацієнтського контролю з метою забезпечення відповідності її діяльності інтересам пацієнтів. Персональний склад Ради пацієнтського контролю затверджується Кабінетом Міністрів України.

Натомість, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики» при центральних органах виконавчої влади передбачено утворення громадських рад, склад яких затверджується такими органами самостійно.

Крім того, відповідно до статті 30 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності» профспілки мають право на участь у діяльності експертних, консультативних та наглядових рад при органах охорони здоров'я, про що також має бути застережено у Проекті.

9. Частиною 1 статті 9 Проекту визначені вимоги до осіб, які можуть бути призначені на посаду Голови та заступників Голови центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів (нааявність бездоганної ділової репутації, повної вищої освіти та досвід роботи на керівних посадах не менш як п'ять років).

Вважаємо, що термін «бездоганна ділова репутація», за відсутності закріплення у законодавстві відповідного визначення носить суб'єктивний характер та може мати досить широке тлумачення.

Крім того, на нашу думку, враховуючи обсяг медичної субвенції, якою згідно Фінансово-економічного обґрунтування до Проекту, розпоряджатиметься Національна служба здоров'я України (більше 55 млрд. грн. лише у 2017 році), мають бути встановлені більш жорсткі вимоги до фахового спрямування вищої освіти кандидатів на здобуття посади та досвіду їх роботи, що відповідає положенням частини 3 статті 22 Кодексу законів про працю України.

10. Частиною 5, 7 та положення частини 8, якими передбачено сплату тарифу співоплати, а також частини 9 статті 12 Проекту – вилучити відповідно до положень абзацу 4 частини 1 постанови Верховної Ради України від 08 червня 2017 року № 2093-VIII.

11. Пункт 9 Прикінцевих та перехідних положень Проекту викласти у такій редакції:

«Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, не включених до Переліку медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України та місцеві програми громадського здоров'я».

Також на думку Профспілки, запропонована в абзаці 17 підпункту 1 пункту 10 Прикінцевих та перехідних положень Проекту редакція статті 142 Основ (щодо системи стандартів у сфері охорони здоров'я), спотворює чинну систему стандартизації медичної допомоги і потребують додаткового опрацювання.

Зокрема, не підтримується пропозиція затверджувати клінічні настанови шляхом затвердження текстів українською мовою без проведення адаптації текстів документів, які визначають вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних або реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність, що розроблені іноземними органами, підприємствами, установами і організаціями, відповідними іноземними чи міжнародними асоціаціями у сфері охорони здоров'я, а тим більше шляхом затвердження посилання на джерело опублікування чи розміщення англійською мовою у базі даних або на веб-сторінці таких документів.

Така пропозиція суперечить міжнародній практиці (Рекомендація № R (97) 17 Комітету Міністрів Ради Європи державам-членам з розробки та впровадження систем удосконалення якості в охороні здоров'я), згідно положень якої адаптація має здійснюватися до організаційних та правових засад кожної конкретної національної системи охорони здоров'я.

На нашу думку, розробка медичних стандартів може здійснюватися, зокрема, на основі та з використанням запозичених (іноземних, міжнародних тощо) клінічних настанов, розроблених на основі доказової медицини, проте їх обов'язкове застосування в Україні можливе виключно після проведення офіційного адаптованого перекладу та затвердження його центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Не підтримується Профспілкою і запропонований порядок застосування нових клінічних настанов (неадапованих) за умови отримання попередньої інформованої згоди пацієнта у письмовій формі.

За відсутності спеціальних знань та умінь пацієнт не здатен оцінити зміст діагностичних, лікувальних, профілактичних або реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність.

Крім того, передбачена абзацом 25 підпункту 1 пункту 10 Прикінцевих та перехідних положень Проекту редакція частини 3 статті 351 Основ (щодо надання первинної медичної допомоги безпосередньо лікарем з надання первинної медичної допомоги) у взаємозв'язку з положеннями підпункту 3 пункту 10 Прикінцевих та перехідних положень Проекту створює юридичну невизначеність щодо права лікарів загальної практики – сімейних лікарів та інших медичних працівників, які працюють під керівництвом таких лікарів, а також лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів дільничних та інших медичних працівників, які працюють під керівництвом лікарів-терапевтів дільничних і лікарів-педіатрів дільничних починаючи з 1 січня 2018 року надавати первинну медичну допомогу.

III. Профспілка також вважає за доцільне звернути увагу на наступне.

Як зазначено у фінансово-економічному обґрунтуванні 6.06.2017 (далі – Обґрунтування) Проекту, при поточному мінімальному фінансуванні первинної медичної допомоги (далі – ПМД), суб'єкт надання ПМД, який обслуговує 2000 пацієнтів, отримує загальний дохід практики в обсязі 35 000 грн. на місяць (з розрахунку 210 грн. на одного пацієнта).

За наведеними обрахунками витрат, пов'язаних з виконанням галузевих вимог надання ПМД, сума витрат на діагностичні лабораторні тести, витратні матеріали та матеріально-технічне оснащення становитиме 9 081 грн. на місяць.

При цьому, на оплату праці, а також інші поточні видатки залишатиметься 25 919 грн. на місяць.

Водночас, об'єктивність таких розрахунків викликає великий сумнів.

По-перше, незрозуміло причину та підстави збільшення нормативу навантаження на сімейного лікаря, який працює з однією медичною сестрою до 2000 жителів.

На сьогоднішній день в Україні діє норматив 1500 жителів у місті та 1200 – у сільській місцевості на одного лікаря та двох медичних сестер (постанова Кабінету Міністрів України від 30.12.2013 №977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу» та наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»).

Орієнтування на економічну вигоду і доцільність за рахунок інтенсифікації праці медичних працівників є необґрунтованим та переслідує єдину мету – економію бюджетних коштів.

Більше того, у разі обслуговування 1000 мешканців (навіть з об'єктивних причин) економічна вигода, наведена у розрахунках, нівелюється.

Згідно з відгуками сімейних лікарів виконати запропонований розрахунковий норматив з неухильним додержанням вимог клінічних протоколів фізично неможливо, оскільки на лікаря з надання первинної медичної допомоги покладено надзвичайно велике коло обов'язків (надання прикріпленому населенню ПМД, у тому числі невідкладної медичної допомоги; організація надання долікарської допомоги, зокрема у підпорядкованих фельдшерсько-акушерських (фельдшерських) пунктах, здійснення диспансеризації; взаємодія з дошкільними навчальними закладами та навчальними закладами, розташованими на дільниці обслуговування з питань проведення профілактичних медичних оглядів, щеплень та виконання лікувально-оздоровчих заходів, проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів; надання паліативної допомоги, проведення санітарно-просвітницької роботи тощо).

По-друге, у місячний обрахунок вартості надання послуг закладені видатки на матеріально-технічне оснащення (2712 грн.), комп'ютерну техніку (113 грн.), витратні матеріали для регулярних візитів до лікаря (2957 грн.), лабораторні тести (3279 грн.), які не містять належних економічних розрахунків.

Наприклад, викликає сумнів обґрунтованість розрахунку видатків на комп'ютерну техніку (придбання, обслуговування, доступ до Інтернету, забезпечення безпеки та охоронності персональних даних пацієнтів, амортизація) у розмірі 133 грн., на лабораторні тести, зважаючи на те, що вони мають повністю забезпечувати оплату гематологічних досліджень (загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, швидкість осідання еритроцитів), біохімічні та імунологічні дослідження сироватки крові, аналіз сечі, дослідження калу – 3279 грн.

До того ж суб'єкт надання ПМД, у якого відсутня власна лабораторія, має укласти відповідний господарський договір на проведення лабораторних досліджень з оснащеною належним чином установою.

Натомість, для закладів охорони здоров'я, які мають акредитовані лабораторії, в Обґрунтуванні взагалі відсутній розрахунок витрат на їх утримання та функціонування, зокрема, на оплату праці відповідного медичного персоналу.

З огляду на викладене, Профспілка вважає, що наведений в Обґрунтуванні розрахунок вартості надання послуг ПМД орієнтований виключно на фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Водночас, він неприйнятний для казенних та комунальних некомерційних підприємств (центрів ПМСД, поліклінік та амбулаторій).

Крім того, у запропонованій моделі фінансування взагалі відсутні фельдшерсько-акушерські (фельдшерські) пункти.

По-третє, надання медичних послуг ПМД такими закладами здійснюватиметься виходячи з подушового нормативу, який у 2017 році становитиме в середньому 210 грн. на пацієнта на рік, і який враховуватиме оплату праці лише сімейного лікаря і однієї медичної сестри, в той час, як згідно діючих нормативів разом з сімейним лікарем мають працювати дві медичні сестри загальної практики-сімейної медицини. Також у наведених розрахунках взагалі не згадуються нарахування на заробітну плату (22 % Єдиного соціального внеску).

Умови оплати праці медичних працівників первинної ланки регулюються зокрема: Конституцією України, Кодексом законів про працю України, Законом України «Про оплату праці», постановами Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», від 30.12.2013 № 977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу», від 29.12.2009 р. № 1418 «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним і фармацевтичним працівникам державних і комунальних закладів охорони здоров'я», від 11.05.2011 № 524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» та спільним наказом Мінсоцполітики України та МОЗ України від 5.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення».

Згідно умов посадові оклади медичних працівників встановлюються за Єдиною тарифною сіткою, їм виплачуються надбавки за тривалість безперервної роботи, за вислугу років, за обсяг та якість виконаної роботи, нараховують допомогу на оздоровлення та компенсації для працівників, яких направлено на курси підвищення кваліфікації за основним місцем роботи та за сумісництвом.

Залишається незрозумілим і те, чи поширюватимуться норми перелічених нормативних актів на всіх суб'єктів ПМД (незалежно від форми власності та організаційно-правової форми діяльності) та чи буде збережено умови оплати праці лікарям та медичним сестрам з сімейної медицини в умовах автономізації закладів охорони здоров'я та розширення прав їх керівників (зокрема, надання їм права самостійно вирішувати питання оплати праці).

По-четверте, у запропонованих розрахунках не визначені видатки на:

– утримання і обслуговування приміщень, сплату комунальних послуг, енергоносіїв, утримання лабораторій, транспортних засобів, адміністративно-господарське обслуговування (включаючи оплату праці працівників відповідних служб);

– забезпечення надання працівникам пільг та гарантій, передбачених трудовим законодавством (оплата часу щорічних відпусток, виплата допомоги на оздоровлення, оплата періодів тимчасової втрати працездатності, перебування на курсах підвищення кваліфікації тощо).

Виходячи з викладеного, на думку Профспілки, Обґрунтування містить елементи маніпулювання та популізму з метою створення враження про значне покращення фінансування первинної медичної допомоги, та, відповідно – суттєве підвищення заробітної плати медичних працівників первинної ланки (яке, втім, досягається за рахунок інтенсифікації праці та черговою оптимізацією витрат), внаслідок чого у суспільстві штучно формується переконання про високу заробітну плату сімейного лікаря (на рівні 35 тис. грн. в місяць), і як наслідок – зумовлює завищену вимогливість до нього з боку пацієнтів.

В Обґрунтуванні також вказано, що прогнозовані обсяги витрат на охорону здоров'я щорічно збільшуватимуться протягом 2017-2021 рр. (з 180 269 до 334 185 млн. грн.).

Вважаємо, що до такого розрахунку безпідставно включені витрати приватних осіб, оскільки згідно з частиною 2 статті 12 Основ державна політика охорони здоров'я має забезпечуватися бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу.

Профспілка констатує, що як і раніше, пріоритетним завданням під час реформування галузі залишається відміна скорочення фінансування охорони здоров'я.

Незважаючи на те, що обсяг видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я за період 2012-2017 років у гривневому еквіваленті зріс в 1,5 рази, стрімке падіння курсу національної валюти протягом 2014-2016 років призвело до того, що обсяги фінансування охорони здоров'я в перерахунку на іноземну валюту скоротилися з 7 380,5 млн. доларів США у 2012 році до 3 297,9 млн. доларів США у 2017 році, тобто в 2,2 рази.

Просимо врахувати зазначені зауваження Профспілки під час доопрацювання Проекту до другого читання.

З повагою

**Заступник Голови Профспілки
І.М. ШВЕЦЬ**