

№01 від 06.12.2024

**Голові Національної Служби
Здоров'я України**

Гусак Наталії Борисівні

Шановна Наталіє Борисівно!

Рада громадського контролю при Національній службі здоров'я України звертається до Вас з подякою за швидкість в публікації Проекту Порядку реалізації Програми медичних гарантій на 2025 рік (далі – Проект ПМГ) та попереднє оприлюднення вимог до закупівлі пакетів послуг ПМГ. Цими діями НСЗУ підтверджує свою прозорість, відкритість та позицію завчасно інформувати надавачів та спільноту щодо змін та правил, які вступають в силу в наступні звітні періоди. Дякуємо за роботу в цьому напрямку та можливість комунікації!

Радою громадського контролю при НСЗУ спільно з активними надавачами медичних послуг та їх партнерами було розглянуто Проект Порядку реалізації Програми медичних гарантій на 2025 рік.

Просимо розглянути і врахувати Зауваження і коментарі, отримані від спільноти Радою громадського контролю при НСЗУ (*Додаток 1*) щодо Проекту ПМГ по деяким пунктам Порядку.

Просимо надати інформацію щодо врахування чи неврахування зауважень з зазначенням обґрунтування. Це дозволить побудувати прозорий діалог та створити цілісні, зрозумілі та прозорі умови співпраці надавачів з Національною службою здоров'я України протягом всього періоду.

З повагою та готовністю до активної співпраці,
Рада громадського контролю при НСЗУ

Додаток: на 6 арк.

**Голова
Ради громадського контролю при НСЗУ**



Олексій ГОЛОВІН

**Зауваження і коментарі, отримані від спільноти
Радою громадського контролю при НСЗУ**

1. Первинна медична допомога

Умови, викладені в проєкті ПМГ 2025, відносно надавачів первинної медичної допомоги викликають суттєві занепокоєння. Спостерігаються системні зміни, що направлені на скорочення об'ємів фінансування цього рівня медичної допомоги.

Зокрема, відмічаємо появу диференційних підходів до розрахунку фактичних виплат, коефіцієнтів їх гарантованого зменшення та порушенням рівності серед надавачів і принципів фінансування за капітаційною ставкою.

Поява розрахункової суми зменшення вартості наданих послуг та коригувального коефіцієнту вартості декларацій призведе до гарантованого зменшення виплат та фактичного зменшення розміру капітаційної ставки.

Ліквідація пакету №51 “Психіатрична допомога на первинці” та фактичне включення надання цих послуг до пакету “Первинної допомоги” без додаткових виплат за надані послуги.

Умови контрактування пакету №24 “Мобільний паліатив”, що фактично обмежують його контрактування закладами первинної медичної допомоги на другу половину 2025 року.

Сумма зменшення

1) Формулювання розрахункової формули

п.25, абзац 7 та п.26, абзац 3 містять різні формулювання умов застосування коригувального коефіцієнту звернень для групи надавачів вище 90 перцентилію.

Відмова, в існуючому формулюванні, від застосування коефіцієнту звернень в розрахунку суми зменшення для фактичної вартості медичних послуг призведе до суттєвого зменшення виплат у зазначеній групі надавачів (не більше 20% від повної вартості).

Передбачаємо, що формулювання умов застосування коригувального коефіцієнту звернень для групи надавачів вище 90 перцентилію в п.26, абзац 3 має бути відповідним п.25, абзац 7 - “коефіцієнт приймає значення 0”.

2) Коригувальний коефіцієнт вартості декларацій

Застосування коригувального коефіцієнту вартості декларацій 0,8 викликає занепокоєння, через малу обґрунтованість та відсутність селективності.

Коефіцієнт гарантовано призведе до наявності суми зменшення повної вартості у всіх вікових групах пацієнтів у 90% надавачів. Його застосування повністю нівелює збільшення капітаційної ставки для переважної більшості закладів, а, фактично, призведе до її зниження, відносно суми минулого року.

3) Застосування 90 перцентилію для диференціації об'єму виплат

Вибір коефіцієнту звернень пацієнтів до надавачів як диференційного критерію, що напряму впливає на розмір виплат за надані послуги, не обґрунтований наявними нормативно-правовими нормами.

Його застосування порушує рівність умов для надавачів, оскільки не базується на показниках якості послуг. Також, показник кількості послуг не має бути застосований при розрахунку вартості, що базується на капітаційній ставці.

Число 90 перцентиллю має бути прозорим і доведеним до кожного медичного закладу у звітний період. Рейтингування надавачів має відбуватись у відкритому доступі щомісяця для розуміння як впливати на можливість отримувати повну оплату.

2. Екстрена медична допомога

Викликає занепокоєння умова контрактування закладів на 1 гривню, при наявності окремих показників залишків коштів на поточних рахунках.

Даний принцип порушує рівність надавачів та є втручанням в операційну діяльність автономізованих медичних закладів. Якщо заклад виконав умови контрактування та не має претензій до об'єму та якості наданих медичних послуг, його фінансовий стан не має бути причиною для окремого порядку контрактування.

3. Стационарна допомога загального напрямку

Окреме занепокоєння викликає застосування коефіцієнту концентрації випадків.

За фактично наданий об'єм послуг за чинними контрактами, що ґрунтуються на рівних умовах та вимогах до матеріального забезпечення та якості, різні заклади будуть отримувати різний розмір виплат.

Окремо зазначаємо, що диференціація виплат проводиться в сторону зменшення. Тобто концентрація випадків не стимулюється підвищенням коефіцієнту, а нівелюється його зменшенням.

Застосування подібної норми автоматично зменшить рівень виплат для переважної більшості закладів в мережі, зберігши минулорічний порядок розміру виплат лише для надкластерних закладів.

Цю норму можна вважати як таку, що істотно порушує принцип конкурентної рівності закладів.

4. Проведення досліджень з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної томографії)

Вважаємо обмеження кількості медичних послуг, відповідно до пропозиції, але не більше 500 таких медичних послуг на рік для одного надавача недостатньо обґрунтованим, через малу кількість надавачів в країні, що мають технічну можливість з надання послуги.

5. Реабілітаційна допомога

1) Застосування норми рівності між кількістю фізичних терапевтів чи ерготерапевтів та асистентів вочевидь призведе до зниження кількості асистентів в закладах, а, як наслідок, й реабілітаційної спроможності. Останні три роки в країні спостерігається відносний дефіцит терапевтів, щодо попиту на цих фахівців при розбудові системи реабілітаційної допомоги. Вважаємо наявність ризиків по зменшенню загальної спроможності надавачів через цю норму, що не є послідовним, враховуючи велике соціальне значення реабілітаційної допомоги сьогодні.

2) Необхідне врахування ставок при навантаженні, а не посад. В проекті Постанови при розрахунку співвідношення персоналу рахуються фізичні особи. Не зрозуміло як бути у разі, коли, наприклад, у закладі працює 1 фізична особа фізичний

терапевт на 1,0 ставки і 2 фізичні особи асистента фізичного терапевта по 0,5 ст. Співвідношення по кількості займаних посад 1:1 (1,0 ст до 1,0 ст), а по фізичних особах 1:2.

3) Врахування граничної реабілітаційної спроможності через навантаження на спеціалістів не по пацієнтам, а по кількості відпрацьованого з ними часу. Наприклад, 1. пацієнт в рамках циклу за 1 день може пройти 1 реабілітаційну сесію з кінезіотерапії тривалістю 30 хв (що дозволяється постановою Кабінету Міністрів України №1268) та 1 заняття з логопедом тривалістю 30 хв. Разом це 1 година реабілітації, а кожен спеціаліст витратив по 30 хв. свого часу. Проводити реабілітаційні сесії тривалістю 60 хв. всім без виключення пацієнтам вважається недоцільним з боку медичної спільноти. Наприклад, діти від 3 років не витримують такого навантаження (30 хв. кінезіотерапії та 30 хв. заняття з логопедом їм достатньо). Крім цього черга на амбулаторний реабілітаційний цикл відповідно збільшиться вдвічі (з 2-3 до 4-6 місяців).

4) Надати можливість логопедам або терапевтам мови та мовлення самостійно вести електронні медичні записи по пацієнтам. Для цього потрібно додати посаду в Електронній системі охорони здоров'я і у відповідності до цих даних розраховувати реабілітаційну спроможність, тому що ці лікарі розраховані в Проекті Постанови з коефіцієнтом x5.

6. Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що надається в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами

Вважаємо доцільним відкрити рівні умови до контракування пакету кластерним та надкластерним закладам.

7. Амбулаторна медична допомога

Вважаємо доцільним оприлюднити таблицю співставлення кодів АСНІ та алгоритму їх зарахування до конкретних сервісів та класів для можливості контролювати в середині закладу об'єм та вартість надання медичної допомоги для уникнення занижуючих перерахунків по кожному з класів, що впливає на кінцевий розмір глобальної ставки та річну суму договору.

8. Підрахунок за пролікований випадок наразі дуже ускладнений через додавання коефіцієнтів. Наприклад, коефіцієнт концентрації стаціонарних послуг.

В надкластерних лікарнях це 1. А в кластерних 0.85. Хоча, з початком реформи надкластерні заклади рідко беруть на себе важких пацієнтів, а операції здійснюють технічно не сильно важчі ніж в кластерних закладах. Тому витрати в обох типах закладів приблизно однакові.

9. В Постанові приділений 1 абзац щодо оплати експертних команд, хоча МСЕКи скасовують, а їх робота по суті переходить лікарні. Вказується сума 147000 грн. Команд повинно бути 2. Незрозуміло це сума на 1 команду, чи на 2. Тому що вимог по персоналу до пакету чимало, навантаження зростає, лікарі надаватимуть менші послуг за іншими пакетами, тому потрібно щоб цей пакет добре оплачувався, щоб уникнути звільнень спеціалістів.

10. Не заплановано пакет інтернів на 2025 рік. Виплату запропоновано здійснювати лікарням. Лікарні не мають цих додаткових коштів. Частина інтернів живе за

кошти які отримувала завдяки пакету. Невідомо чи зможуть працювати інтерни далі, за умови неможливості виплачування їм заробітної плати лікарями.

11. На 2025 рік вимоги такі, що потрібно надавати надавати не лише діагностику, яку надають деякі приватні заклади медицини, а й консультації. Це означає що тільки ЗОЗ зможуть отримати цей пакет. Проте не завжди якість надання діагностики відповідного рівню як в приватних закладах і інколи немає технічної можливості робити складні аналізи, а також різниця у вартості, в приватних закладах вона дешевша.

12. В проекті постанови зазначено, що: *«НСЗУ в межах програми медичних гарантій укладає договори про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій, крім медичних послуг, які надаються в рамках випадків, включених до Переліку випадків, за яких заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 5 липня 2024 р. № 781, та медичних послуг, фінансування яких здійснюється за рахунок коштів інших програм державного бюджету, а також інших джерел, не заборонених законодавством.»* (п.6)

Вказаним пунктом передбачено обмеження фінансування певного виду медичних послуг.

Крім того, в пункті 7 Постанови зазначено:

«НСЗУ не оплачує надавачу медичні послуги, які передбачені главою 8 розділу II цього Порядку та надані протягом одного дня, у випадку якщо цього дня пацієнта було госпіталізовано до такого надавача, окрім наданих медичних послуг пацієнтам, які були доставлені бригадою екстреної медичної допомоги або третіми особами (надання таких медичних послуг оплачується в рамках надання стаціонарної допомоги)

НСЗУ оплачує медичні послуги в рамках епізоду типу "профілактика" з метою профілактичних оглядів пацієнтів відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, що передбачені у главі 8 розділу II цього Порядку, не більше ніж один раз на рік для одного пацієнта.

НСЗУ оплачує медичні послуги при гострих захворюваннях, передбачених главою 8 розділу II цього Порядку, в рамках епізоду типу "лікування" виключно у разі завершення даного епізоду.»

Слід зазначити, що умовами контракування НСЗУ у 2023 і 2024 роках не було визначено конкретних вимог і зобов'язань щодо консультування та лікування.

Також не було передбачено структурованих вимог щодо порогової кількості та переліку спеціальностей, за якими мають надаватися послуги.

Разом з тим, пункт II Постанови містить наступні положення:

«НСЗУ не укладає договори про надання медичних послуг, які віднесені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 8 розділу II цього Порядку (згідно із специфікацією таких медичних послуг), із надавачами медичних послуг, які за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я не надавали медичні послуги за сервісом "Консультування та лікування», що включені до пакету медичних послуг "Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах", складають менше ніж 15% в загальній структурі послуг, передбачених тією ж главою.»

Обмеження кола надавачів жорсткими, нічим необґрунтованими вимогами з зазначенням конкретного і досить високого відсотка вже наданого обсягу послуг в конкретний період 2024 року виглядає як їх дискримінація та штучна селекція. Оскільки на момент надання цих послуг надавачі не були обізнані про необхідність подолання 15-відсоткового порогу. Введення такої вимоги постфактум значно погіршує становище сумлінних надавачів послуг порівняно з умовами контактування за попередні роки, де така вимога була відсутня і про її застосування в не було і не могло бути відомо.

Крім того, сама структура послуг і перелік спеціальностей, наведені у таблиці не співпадають з переліком спеціальностей лікарів, які були передбачені умовами 2023-2024 років.

«НСЗУ не укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності чи фізичними особами - підприємцями, які надають медичні послуги виключно за одним пакетом медичних послуг, передбачених пакетами медичних послуг, наведеними у главі 8 або 9, або 25 розділу II цього Порядку.»

Вищевказані обмеження надавачів в контрахуванні на 2025 рік також не мають під собою логічного обґрунтування, оскільки кожен пакет є відокремленим та закриває конкретні потреби в медичних послугах

Більше того, наявність кількох пакетів підвищує ризики повторної оплати послуг або мультиплікування послуг крос-пакетно, що призводить до не ефективного використання бюджетних коштів.

Яскравим прикладом монополізації становища конкретними медичними закладами та дискримінації прав малого та середнього бізнесу є пункт 63 Постанови:

«63. За пакетом послуг "Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах" НСЗУ не укладає договори з надавачами медичних послуг, які не надавали відповідних послуг за таким пакетом у 2024 році, крім закладів охорони здоров'я Національної академії медичних наук України, Національної академії наук України, Державного управління справами, Міністерства охорони здоров'я України, інших закладів охорони здоров'я державної форми власності та закладів охорони здоров'я, які за договором протягом 2024 року надавали медичні послуги за пакетом "Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії».

Вказаний пункт безпідставно виключає можливість укладання договору з НСЗУ тими закладами охорони здоров'я, які не надавали відповідних послуг за таким пакетом у 2024 році. При цьому конкретні заклади державної форми власності таку можливість зберігають. Звертає на себе увагу той факт, що таку привілею отримали навіть не всі державні заклади, а лише конкретні.

При цьому в пояснювальній записці до проекту Постанови зазначено, що *«Проект постанови не містить положень, які мають ознаки дискримінації. Громадська антидискримінаційна експертиза не проводилась».*

З урахуванням наведеного, наочно постають високі корупційні ризики під час розподілу державних коштів виключно поміж дуже обмеженого кола закладів охорони здоров'я, перелік яких щороку безпідставно обмежується, і при цьому відсутня можливість будь-якого прогнозування критеріїв такого обмеження на момент виконання договору з НСЗУ добросовісними надавачами для контактування на наступний рік.

13. Що стосується переліку послуг, зазначених для тарифікації в п.64, то Таблиця змішує поняття спеціальності і стани, що штучно мультиплікує "послуги", частина з яких не передбачені амбулаторним рівнем.

« 1. Коефіцієнти залежно від сервісу та класу послуги становлять:

Сервіс «Консультавання та лікування»:

Класи	КК
геріатрія	1,29
Аудіологія	1,29
терапія з використанням фізичних та інших агентів	1,29
метаболичні ураження кісток	1,29
медицина залежності	1,29
спостереження за дітьми з різними вадами розвитку та орфанными захворюваннями	2,55
пластична та реконструктивна хірургія	2,2
гепатобіліарна хірургія	2,2
стани, пов'язані з ураженнями молочної залози	1,53
хірургія черепа, обличчя та щелепно-лицьової зони	2,2
кардіоторакальна хірургія	2,2
лікування опіків	1,53
Анестезіологія	1,53
педіатрична хірургія	2,2
мультидисциплінарні консилиуми	7,15

Вказані у наведеній вище таблиці послуги входять до складу інших спеціальностей або є високоспеціалізованим, чий рівень виходить за рамки амбулаторної допомоги. Пластична і гепатобіліарна хірургія взагалі передбачені іншими пакетами послуг.

Також звертає на себе увагу другий підпункт щодо тарифікації послуг за надання цілодобової допомоги при ургентних станах, якщо пацієнт покинув заклад:

«2. Коефіцієнт за медичні послуги з надання цілодобової спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам при ургентних станах (невідкладні) відповідно до групи захворювання під час перебування їх в приймальному відділенні/відділенні екстреної та невідкладної допомоги/травмпункті в кластерних або надкластерних закладах охорони здоров'я у випадку переведення в інший заклад, або надання допомоги без подальшої госпіталізації становить:

Пацієнт, самостійно покинув заклад	E0000	1,21»
------------------------------------	-------	-------

Якщо заклад отримує кошти за те, що пацієнт самостійно покинув заклад, - це створює ризики створення таких штучних умов з боку ЗОЗ.