

АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ

до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік»

I.Визначення проблеми

Незважаючи на успішний початок реалізації реформи фінансування первинної ланки системи охорони здоров'я починаючи з липня 2018 року, 56% комунальних закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, досі не уклали договори з Національною службою здоров'я України, а отже фінансування цих закладів 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 у більшості комунальних закладів

охорони здоров'я не дозволяє пацієнтам безкоштовно отримати гарантовану Конституцією України медичну допомогу.

Водночас 538 (44%) комунальних закладів охорони здоров'я первинної ланки станом на жовтень 2018 року перейшли на нову систему фінансування, уклавши договір з Національною службою здоров'я про медичне обслуговування населення на програмою медичних гарантій. Таким закладам щомісяця надходять кошти на їхні рахунки в установах банків напряму від Національної служби здоров'я. Автономізовані комунальні заклади охорони здоров'я, які працюють за новою системою фінансування, можуть самостійно розпоряджатися своїми коштами як суб'єкти господарювання – згідно з фінансовим планом. Відхід від кошторисного утримання до самостійного господарювання вже показав перші позитивні результати, адже керівники медзакладів вправі встановлювати за домовленістю із трудовим колективом підвищені заробітні плати лікарям та іншим працівникам, передбачати у колективному договорі систему мотивації персоналу, на власний розсуд здійснювати оптимізацію витрат та приймати інші управлінські рішення, необхідні конкретному закладу у конкретний час.

Український та 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».

Передбачається, що до кінця 2019 року на систему «гроші йдуть за пацієнтом» перейдуть усі 1229 комунальних заклади охорони здоров'я.

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.

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. На виконання зазначеного положення постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 407 було затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, дія якого закінчується 31 грудня 2018 року.

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 2019 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 2019 рік» (далі – проект постанови).

Затвердження порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік дозволить продовжити успішну реалізацію одного 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:

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

продовження реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом»;

забезпечення ефективного фінансування надавачів медичних послуг залежно від медичного обслуговування різних вікових груп населення;

продовження оплати 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 2019 рік . | Затвердження Порядку, який визначатиме особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 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 |

| | |
|--|---|
| | <p>про медичне обслуговування населення з НСЗУ, що передбачає надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД.</p> <p>Така альтернатива сприятиме продовженню функціонування ефективного механізму фінансування надання медичних послуг за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України.</p> <p>Дозволить:</p> <p>продовжити реалізацію принципу «гроші ходять за пацієнтом»;</p> <p>забезпечити ефективне фінансування надавачів медичних послуг залежно від медичного обслуговування різних вікових груп населення;</p> <p>продовжити оплату медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги за єдиним для всієї території України тарифом</p> <p>забезпечити цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;</p> <p>прискоренню реалізації медичної реформи.</p> <p>Відповідатиме:</p> <p>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.</p> |
|--|---|

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. | <p>Цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.</p> <p>Реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом».</p> <p>Задоволення реальних потреб населення в медичних послугах;</p> <p>Прискорення реалізації медичної реформи.</p> | <p>Додаткових витрат не передбачається, оскільки, кошти на фінансування надання первинної медичної допомоги вже передбачені в проекті державного бюджету України за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2308020 у розмірі 15314892,9 тис грн.</p> <p>У 2018 році кошти на фінансування надання первинної медичної допомоги, були передбачені в Законі України «Про Державний бюджеті України на 2018 рік» за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2308020 у розмірі 8 054 517,6 тис. грн.</p> <p>Згідно з розрахунками обсяг фінансування, необхідний для забезпечення виконання у 2019 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 15 314,9 млн. грн.</p> |

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 – 1 229.

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) | 149 | 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 |

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 надають первинну медичну допомогу

| 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> | - | - | 1141 | 88 | 1229 |
| Питома вага групи у загальній кількості, відсотків | - | - | 92,8 | 7,2 | 100 |

Прогнозується, що до кінця 2019 року буде укладено договори про медичне обслуговування населення із усіма 1229 суб'єктами господарювання - ліцензіатами з провадження господарської діяльності з медичної практики, які надають первинну медичну допомогу.

| 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 рахунок бюджетних коштів; | Прогнозуються витрати суб'єкта господарювання - ліцензіата з медичної практики |

| | | |
|--|--|--|
| | <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>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 – 25,13 грн.</p> <p>Для всіх с\г витрати у перший рік регулювання складатимуть – 17 364,83 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 2019 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 | | | |
|--------------|-----------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| | | 1 800 | 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 2019 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 | 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 2019 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 | | | |
|------------------------------------|-----------------|----------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| 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 **28.09.2018** по **31.10.2018**.

| 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: 1229.

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 у четвертому кварталі 2018 року, а також упродовж 2019 року буде укладено договори про медичне обслуговування населення із усіма 1229 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 25,13 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 2019 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» (затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410).

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 повірки 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</i> <i>інформації про регулювання X</i> <i>вартість часу суб'єкта малого</i> <i>підприємництва (заробітна</i> <i>плата) X оціночна кількість</i> <i>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 25.13 грн. = 25,13 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 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | | | |
|-----|--|-----------------------|------|----------|
| | звітування. | | | |
| 12. | Процедури щодо забезпечення процесу перевірок | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 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 | 25,13 грн. | X | 0,00 грн |
| 15. | Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць. | 691 | X | |
| 16. | Сумарно, гривень | 17 364,83 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 | 17364,83 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: продовженню досконалого регулювання у сфері надання первинної медичної допомоги, яка надаватиметься за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України; продовженню реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом»; оплати 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 | Для держави: Додаткових витрат не прогнозується, оскільки витрати на закупівлю медичних послуг закладені в проєкті Державного бюджету України на 2019 рік за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2308020 «Надання первинної медичної допомоги | Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки сприятиме продовженню досконалого регулювання у сфері надання первинної |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>принципу «гроші ходять за 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>населенню».</p> <p>Для громадян: Відсутні</p> <p>Для суб'єктів господарювання: 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 – 25,13 грн.</p> <p>Для всіх с/г витрати у перший рік регулювання складатимуть – 17 364,83 грн.</p> | <p>медичної допомоги, яка надаватиметься 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. | Переваги відсутні. Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного регулювання. Залишаються проблеми зазначені у Розділі 1 Аналізу. | Відсутні. |
| Альтернатива 2. | 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 | Ризики зовнішніх чинників на дію запропонованого регуляторного акта відсутні. |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>відновлення здоров'я населення України;</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 2019 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 спеціальні коефіцієнти для медичного обслуговування в гірській місцевості та за пацієнтів, декларації з якими укладено понад встановлений оптимальний обсяг практики ПМД:

✓ 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 до 30 червня 2019 року встановлюється оплата за одного пацієнта, який проживає на території обслуговування відповідного закладу ("червоний список") відповідно до даних статистики у розмірі 120 гривень на рік. При цьому кількість таких пацієнтів буде щомісячно зменшуватися 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;

передбачити, що базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників, що буде використана для розрахунку тарифу, є 22 925,00 гривень на місяць;

передбачити, що у зв'язку з особливостями бюджетного процесу і необхідністю здійснити оплату закладам охорони здоров'я у січні 2019 року, у четвертому кварталі 2018 року договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з комунальними закладами охорони здоров'я укладаються до 26 грудня 2018 року, а з 1 січня 2019 року договори укладаються протягом всього 2019 року;

державні та комунальні заклади охорони здоров'я, які не уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, фінансуються за рахунок інших бюджетних програм у встановленому законом порядку, та з інших джерел, не заборонених законодавством.

З метою забезпечення надання лікарями первинної ланки системи охорони здоров'я якісних медичних послуг, недопущення укладення лікарями декларацій з пацієнтами, яким вони не зможуть надати якісну медичну допомогу через надмірну кількість пацієнтів, вводяться понижувальні коефіцієнти за декларації, укладені понад встановлені ліміти. Значення коефіцієнтів залежать від відсотка декларацій, укладених понад ліміт. Нижче подано таблицю понижувальних коефіцієнтів для терапевтичної практики, де оптимальний обсяг практики ПМД (ООП) складає 2000 пацієнтів (декларацій).

| Декларації | | | | Коефіцієнт |
|---------------------------|--------------|----------------------|------|------------|
| Рівень перевищення ліміту | | Кількість декларацій | | |
| від | до | | | |
| 110% ООП + 1 декларація | 120% | 2201 | 2400 | 0,8 |
| 120% ООП + 1 декларація | 130% | 2401 | 2600 | 0,6 |
| 130% ООП + 1 декларація | 140% | 2601 | 2800 | 0,4 |
| 140% ООП + 1 декларація | 150% | 2801 | 3000 | 0,2 |
| 150% ООП + 1 декларація | всі наступні | 3001 | | 0,0 |

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

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:

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 2019 рік.

Термін набрання чинності регуляторним актом – з дня офіційного опублікування і діятиме до 31 грудня 2019 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 1229 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 – **25,13 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 - 1229;

7. Кількість поданих пацієнтами декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу до надавача медичних послуг, зареєстрованих в електронній системі охорони здоров'я - 29 749 848 осіб, що становитиме близько 77 відсотків від наявного населення України,

зафіксованого у даних Державної служби статистики України станом на 01 січня 2018 року;

8. Сума сплачених надавачам медичних послуг коштів з Державного бюджету України за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій - 15 314,9 млн. грн.;

9. 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.

ІХ. 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 нерегульованих 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**

Уляна СУПРУН