

АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ

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

I. Визначення проблеми

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

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

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

відсутність прозорої та ефективної системи фінансування медичних послуг;

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

відсутність контролю за ефективним витрачанням бюджетних коштів на медичне обслуговування;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Основні групи на які проблема справляє вплив:

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

Врегулювання зазначених проблемних питань не може бути здійснено за допомогою:

ринкових механізмів, оскільки такі питання регулюються виключно нормативно-правовими актами;

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

II. Цілі державного регулювання

Основними цілями державного регулювання є:

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

реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом»;

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

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

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

прискорення реалізації медичної реформи.

III. Визначення та оцінка альтернативних способів досягнення цілей

1. Визначення альтернативних способів

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

	<p>надання медичних послуг за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України.</p> <p>Дозволить:</p> <p>реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом»;</p> <p>забезпечити ефективне фінансування надавачів медичних послуг залежно від медичного обслуговування різних вікових груп населення;</p> <p>запровадити 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> <p>статті 30 Закону «Про Державний бюджет України на 2018 рік» з 1 липня 2018 року видатки на надання первинної медичної допомоги здійснюються з державного бюджету за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.</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.	Цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом». Задоволення реальних потреб населення в медичних послугах; Прискорення реалізації медичної реформи.	Додаткових витрат не передбачається, оскільки, кошти на фінансування надання первинної медичної допомоги вже передбачені в державному бюджеті України за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2308020 у розмірі 8 054 517,6 тис грн. Згідно з розрахунками обсяг фінансування, необхідний для забезпечення виконання у 2018 році бюджетної програми 2308020 «Надання первинної медичної допомоги населенню», з урахуваннями запланованої динаміки підписання договорів про медичне обслуговування населення та подання декларацій про вибір лікаря, який надає ПМД, складає 1 834 587 793 грн.*

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

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

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

1. Розподіл постійного населення України за віком

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

2. Обсяг бюджетної програми

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

3. Розміри капітаційних ставок та вікові коефіцієнти

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Оцінка впливу на сферу інтересів громадян

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

Оцінка впливу на сферу інтересів суб'єктів господарювання

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

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

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

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

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

***РОЗРАХУНОК ПРОГНОЗНОГО ДОХОДУ ПРАКТИКИ ПМД**

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

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

1. Практика лікаря загальної практики - сімейного лікаря

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

Таблиця 3. Доходи практики лікаря ЗПСЛ

Вікова група	К-сть пацієнтів	Дохід на місяць, грн			
		2018	2019	2020	2021
0-5 років	114	14 103,09	17 152,40	20 201,72	20 201,72
6-17 років	209	14 166,39	17 229,39	20 292,39	20 292,39

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

2. Практика лікаря-терапевта

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

Таблиця 4. Доходи практики лікаря терапевта

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

3. Практика лікаря-педіатра

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

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

Таблиця 5. Доходи практики лікаря педіатра

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

мало́го підприє́мництва (М-Тест)

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

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

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

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

кількість суб'єктів малого(мікро) підприємства, на яких

поширюється регулювання: 1232.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.	Процедури 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 Формула: (сума рядків 1 + 2 + 3 + 4 + 5)	--	--	--
7.	Кількість суб'єктів господарювання, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць.	--	--	--
8.	Сумарно, гривень Формула: відповідний стовпчик "разом" X кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання (рядок 6 X рядок 7)	--	--	--

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

12.	Процедури щодо забезпечення 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	22,41 грн.	X	0,00 грн
15.	Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць.	400	X	
16.	Сумарно, гривень	8 964,00 грн.	X	X

Не передбачається розроблення коригуючих та пом'якшувальних заходів.

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

IV. Вибір найбільш оптимального альтернативного способу досягнення цілей

Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми)	Бал результативності (за чотирибальною системою оцінки)	Коментарі щодо присвоєння відповідного бала
Альтернатива 1.	1	Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей

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

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

	<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>- ліцензіату з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання:</p> <p>ознайомитися з новими вимогами регулювання – 1 год.</p> <p>Прогнозні витрати на 1-го с/г складатимуть – 22,41 грн.</p> <p>Для всіх с/г витрати у перший рік регулювання складатимуть – 8 964,00 грн.</p>	<p>за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України;</p>
--	---	--	---

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

	<p>допомоги;</p> <p>реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом».</p> <p>задоволенню реальних потреб населення в медичних послугах;</p> <p>цільовому використанню державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.</p>	
--	---	--

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

Механізми, які забезпечать розв'язання проблеми:

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

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

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

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

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

Вікова група пацієнтів	Значення вікового коефіцієнта
від 0 до 5 років	4
від 6 до 17 років	2,2
від 18 до 39 років	1
від 40 до 64 років	1,2
понад 65 років	2

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

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

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

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

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

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

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

1. Організаційні заходи для впровадження регулювання:

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. Обґрунтування запропонованого строку дії регуляторного акта

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

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

VIII. Визначення показників результативності дії регуляторного акта

Прогнозними значеннями показників результативності регуляторного акта є:

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

2. Кількість суб'єктів господарювання – ліцензіатів з медичної

практики, на яких поширюватиметься дія акта – прогнозується 400 с/г.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 не врегульованих або проблемних питань буде розглядатись необхідність внесення відповідних змін.

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

Строк виконання заходів 30 робочих днів.

В.о. Міністра охорони здоров'я України

У. Супрун