



Про хід реформи системи охорони здоров'я України – позиція Профспілки

26 квітня 2017 року



**Мета засідання -
відпрацювати
консолідовану позицію
щодо реформи системи
охорони здоров'я**





Ми **повинні змусити**
реформаторів
повернутися **в правове поле,**

припинивши ігнорування

Конституції України,
законодавства України,

нехтування принципами
соціального діалогу,

правами та інтересами
як **населення України,**
так і **медичних працівників**



ЗАКОН УКРАЇНИ

Основи законодавства України про охорону здоров'я

(Відомості Верховної Ради України (ВВР). 1993. № 4.



Профспілка

поділяє

європейський вибір країни

виступає за

**реформування галузі, яке
забезпечить**

**конституційне право громадян
на якісну та доступну медичну допомогу,**

створить

гідні умови праці медичним працівникам

відновить

статус лікаря в суспільстві





**Профспілка
не може погодитися
з реформою,
в основу якої
покладається**



**дефіцит фінансових
можливостей бюджету,**

**а не науково обґрунтована
потреба суспільства в
отриманні доступних та
якісних медичних послуг**





Обсяг видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я

2012-2017 р.р.

в гривневому еквіваленті

зріс в 1,5 рази

падіння курсу національної валюти –
обсяги фінансування охорони здоров'я
(в перерахунку в доларах США)
скоротилися в 2,2 рази

з 7380,5 млн. \$ в 2012 р. до

3297,9 млн. \$ в 2017 р.







Кожна "чергова реформа" галузі супроводжується





оптимізацією

мережі закладів охорони здоров'я ,

скороченням персоналу,

зростанням інтенсивності праці,

збільшенням обсягу функціональних

обов'язків без відповідної оплати праці,

скасуванням

соціальних пільг та гарантій,

пов'язаних з професійною діяльністю

МЕМОРАНДУМ МВФ



розпочати середньострокову програму скорочення зайнятості у державному секторі і планує скоротити кількість працюючих у бюджетній сфері (за винятком військових) на **4 відсотки** до кінця **2017 р.**, і ще на **10 відсотків** до кінця **2019 року**.

МЕМОРАНДУМ МВФ

Реформа сфери охорони здоров'я

Ми запроваджуємо глибокі та всебічні реформи у галузі охорони здоров'я з метою підвищення ефективності видатків у цій сфері і покращенні показників здоров'я населення.

На першому етапі реформ ми запровадимо механізм фінансування сфери надання первинних медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».





В результаті цього з липня 2017 р. сфера надання первинних медичних послуг отримуватиме бюджетне фінансування з урахуванням кількості громадян, які зареєструються у конкретного лікаря у певному медичному закладі, або у приватній клініці.





Таке фінансування буде універсальним, а його розмір варіюватиметься з віком. Закупівля медичних послуг проводитиметься єдиним національним агентством із закупівель (Національною медичною службою), яку буде сформовано у першій половині 2017 р.





**Починаючи з 2018 р.,
Національна медична служба також
відповідатиме за фінансування спеціалізованої і
стаціонарної медичної допомоги, а також
займатиметься фінансуванням закупівель
амбулаторних ліків.**





З початку 2017 року ми почнемо формування близько 100 регіональних лікарняних округів на визначеній території у кожній області.

Таким чином, можна буде подолати дублювання при наданні медичних послуг, опираючись на взаємодоповнюваність. Це допоможе суттєво скоротити надлишковий потенціал в лікарняному сегменті і покращити якість послуг.

В 2017 році ми запровадимо програму відшкодування вартості амбулаторних ліків, поступово розширюючи перелік ліків.»





Звертаю увагу! ключовим є:

- Мета запровадження глибоких та всебічних реформ у галузі охорони здоров'я - підвищення ефективності видатків у цій сфері;
- Передбачені вище реформаторські заходи допоможуть суттєво скоротити надлишковий потенціал в лікарняному сегменті.



І все це має сприяти:

- покращенню показників здоров'я населення
- покращенню якості послуг





Після таких чітких вказівок МВФ та взятих на себе зобов'язань влади, можливо й недоцільно вести розмову:

«Яку модель охорони здоров'я ми будуємо?»





реформа "наполегливо пропонується" ззовні
та продукується
не українськими експертами,
організаторами охорони здоров'я,
науковцями або лікарями – практиками,
а міжнародними фінансовими інституціями !!!



За всі роки незалежності держави профспілки, роботодавці, науковці вперше не залучені МОЗом до робочих груп щодо розробки актів з реформування галузі.

Процедура погодження

з СПО об'єднань профспілок та роботодавців
або повністю ігнорується
урядовою стороною,
або використовується формально





Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини

зауваження:

- не можна без проходження процедури адаптації застосовувати нові клінічні протоколи медичної допомоги;
- тексти клінічних протоколів мають затверджуватися виключно державною (українською) мовою, з метою уникнення різного тлумачення медичної термінології під час її перекладу з іноземних мов, що дасть можливість медичним працівникам об'єктивно обґрунтувати правомірність своїх дій при здійсненні ними професійних обов'язків



оскаржуємо в судах незаконні рішення Уряду і МОЗ України





В лютому 2016 року наш позов щодо незаконності
положень Урядової постанови № 442 в частині реорганізації
ДержСЕС було задоволено

**визнано протиправним і скасований
абзац 2 пункту 1 постанови КМУ
«Про оптимізацію системи
центрального органів виконавчої влади»
№ 442 від 10.09.2014**



Рішення суду набуло чинності з моменту прийняття 08.02.2016 р. і залишено в силі Вищим адміністративним судом України (14.07.2016).

Але до цього часу рішення суду не виконано ні Кабміном, ні МОЗом!!!





втратили кадровий потенціал Служби

- із **53** тисяч працівників
на сьогодні
залишилося близько
15 тисяч осіб

(Служба укомплектована лише на 79%)

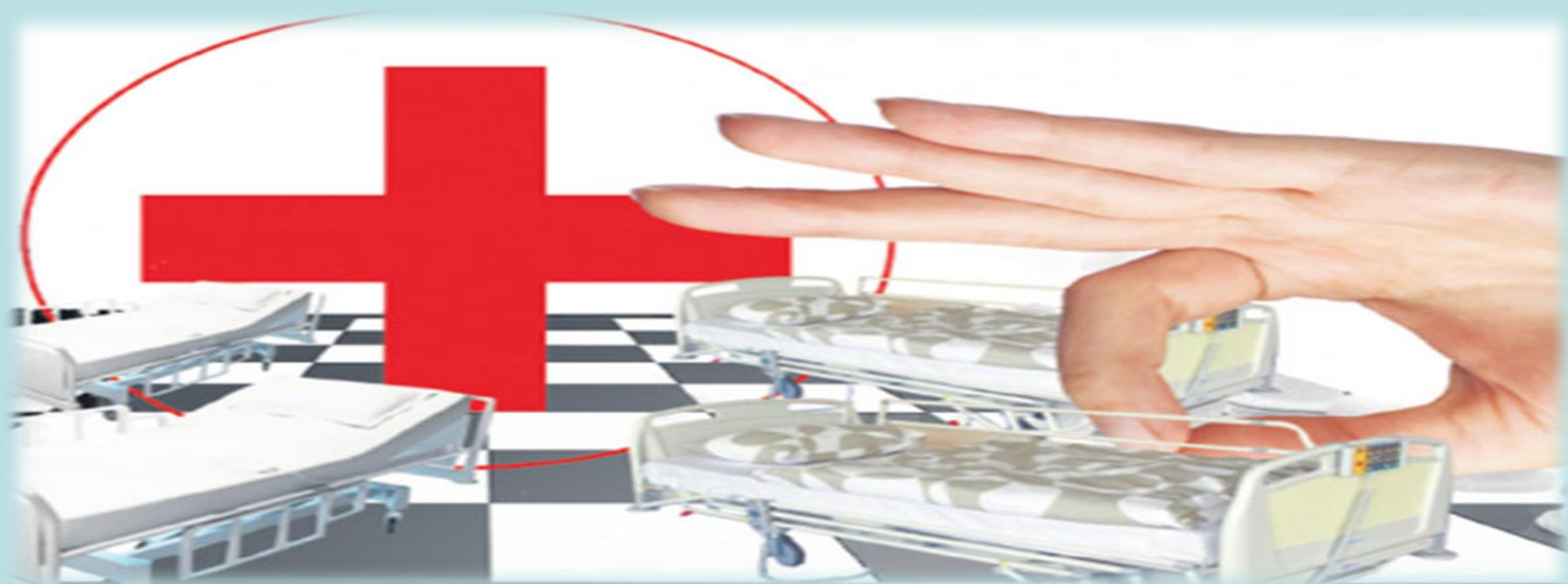


В лютому 2016 року наш позов щодо незаконності
положень Урядової постанови № 442 в частині реорганізації
ДержСЕС було задоволено

**визнано протиправним і скасований
абзац 2 пункту 1 постанови КМУ
«Про оптимізацію системи
центрального органів виконавчої влади»
№ 442 від 10.09.2014**



31 січня 2017 року в суді
скасовано Постанову КМУ № 1024 від 25.11.2015
щодо масштабного скорочення ліжкового фонду,
як протиправну !!!





Продовжуємо відстоювати у суді і незаконність скасування 33 Наказу МОЗ



**Намагаємося домогтися від МОЗу
розробки та затвердження
нових нормативів навантаження
на медичних працівників**



ми не маємо

належної підтримки в процесі реформування з боку Федерації профспілок України



**Не було належної реакції представника ФПУ
під час прийняття внесених з голосу
законопроектів щодо реформування охорони
здоров'я (16 березня та 05 квітня)**



ЗАКОНОПРОЕКТИ

- «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів»;

- «Про додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність в антитерористичній операції та забезпечують її проведення»;

-«Про внесення змін до статей 3, 8 та 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я»;

- «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу».



Президія Профспілки 23 березня схвалила висновки до законопроектів

04 квітня (провели акцію)

спрямували листи на адресу

керівництва Верховної Ради України,

голів профільних комітетів ВРУ,

керівників парламентських фракцій та

особисто до кожного народного депутата України (423)

з висновками до зазначених законопроектів



Проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327

легалізує у законодавстві поняття «державного гарантованого пакету медичних послуг».

встановлює обов'язок застрахованих осіб оплачувати за рахунок власних коштів чи забезпечувати оплату за рахунок коштів добровільного медичного страхування та інших джерел, тарифу співоплати у разі часткової оплати за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування медичних послуг та лікарських засобів, наданих такій особі.



пропонується –

державні фінансові гарантії забезпечення медичної
допомоги надавати **в обсягах,**
затверджених Кабінетом Міністрів України,
в межах бюджетних призначень на державне
солідарне медичне страхування



механізм

державного солідарного медичного страхування

суперечить

базовим принципам системи

**загальнообов'язкового державного соціального
страхування в Україні**



утворення **Національної служби здоров'я України**,
як головного розпорядника коштів та відповідального
виконавця програм медичної допомоги,
через механізм державного солідарного
медичного страхування,

призведе до

руйнації принципів управління
загальнообов'язковим державним соціальним
страхуванням та
запровадження непрозорих методів управління
коштами солідарного медичного страхування



**Всі ці новації
суперечать
Конституції України
рішенню Конституційного суду**



Негативні наслідки очікуємо від госпітальних округів.

Постанова № 932 також була прийнята Урядом в редакції, яка **не надходила на погодження**

ГОСПІТАЛЬНІ ОКРУГИ



60 хв
максимальний час доїзду до інтенсивного лікування



5 років

термін дії плану розвитку госпітального округу (винагорода медичній бригаді, що працює в окрузі, наданням пацієнтам, паропрофілактикою та іншими видами послуг)



ГОСПІТАЛЬНА РАДА

У складі округу працює спеціальна комісія з питань організації медичної допомоги.
Складається з представників кожного з міст обласного значення, району та ОТГ госпітального округу пропорційно до кількості їх населення.

ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

I рівня – 120 тис пацієнтів
II рівня – 200 тис пацієнтів





**під час зміни статусу лікарень –
їх репрофілювання
можна очікувати проблеми**



**Щоб мати вплив на ключові рішення в
госпітальних округах
(зокрема репрофілювання лікарень тощо)
нам потрібно спробувати увійти
до Госпітальних рад створення яких
передбачено у кожному окрузі
Примірним положенням про госпітальний округ**



**Для визначення ефективності медичної системи
ВООЗ започаткувала порівняльний метод**

**Ще донедавна у таких рейтингах можна було
зустріти **Україну – у 2010 році** посідала місце у
World Health Organization Ranking серед **79-е** із **190**
країн світу.**



Bloomberg

порівняння ефективності медичних систем вдалась американська агенція фінансово-економічної інформації Bloomberg (The Most Efficient Health Care – на підставі даних ВООЗ, ООН і Світового банку

три ключові показники ефективності системи охорони здоров'я тієї чи іншої країни:

- середня очікувана тривалість життя при народженні;
- державні витрати на охорону здоров'я у вигляді % від ВВП на душу населення;
- вартість медичних послуг у перерахунку на душу



Лідери:

	Гонконг	Сінгапур	Іспанія
тривалість життя	83,9	82,65	83,80
ВВП %	5,4	4,92	9,03
витрати на душу, дол.	2021	2752	2658



США - одна з найрозвиненіших країн світу, посідає лише **50-те місце в рейтингу Bloomberg** (у 2000 р. - 37-е).

Нині їх система охорони здоров'я, за оцінкою експертів, залишається **однією з найменш ефективних у світі** (витрати в середньому - 9403 дол. на людину, близько 17,1 % ВВП, тривалість життя – 78,9 років)





Яку ж реформу нам наполегливо пропонують?



нас повністю переводять на ринкові механізми функціонування



Автономізація закладів охорони здоров'я
(законопроект 2309а-д прийнято ВРУ 06.04.2017 року),
передбачає **зміну організаційно-правової форми**
закладів охорони здоров'я **із бюджетної установи на**
казенне чи комунальне некомерційне підприємство



існують ризики щодо забезпечення права медичних працівників на:

- **додаткову відпустку** (постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження списків виробництв, робіт, професій і посад, зайнятість працівників в яких дає право на щорічні додаткові відпустки за роботу із шкідливими і важкими умовами праці та за особливий характер праці» від 17.11.1997№1290);
- **скорочену тривалість робочого тижня** (постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Переліку виробництв, цехів, професій і посад із шкідливими умовами праці, робота в яких дає право на скорочену тривалість робочого тижня» від 21.02.2001 №163);



існують ризики щодо забезпечення права медичних працівників на:

- **підвищення посадових окладів** у зв'язку зі шкідливими та важкими умовами праці на 15, 25 та 60 відсотків (додатки 3,4,5 до наказу Мінпраці та Міністерства охорони здоров'я України «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» від 05.10.2005 № 308/519), надбавки за тривалість безперервної роботи працівників дільничної, швидкої та невідкладної служби, сімейної медицини;
- **надбавку за вислугу років** (постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я» від 29.12.2009 №1418) тощо.



Ризики прогнозуємо і для трудових відносин, які реформатори намагаються повністю лібералізувати

перетворюючи найманих працівників бюджетних установ в приватних підприємців

зводячи нанівець всю систему оплати праці, пільг та гарантій працівників охорони здоров'я

- запроваджуючи:

- додаткові функціональні обов'язки;
- розширення зони відповідальності;
- нічим не обґрунтований норматив навантаження - **2000** осіб



Відповідно до постанови КМУ від 30.12.2013 № 977

для первинної ланки передбачено:

- лікаря загальної практики - сімейного лікаря - **1500** осіб у міській місцевості, **1200** осіб у сільській місцевості;
- сестру медичну загальної практики - сімейної медицини (фельдшера) - **750** осіб у міській місцевості, **600** осіб у сільській місцевості;
- лікаря-терапевта дільничного - **1800** осіб;
- сестру медичну дільничну, лікаря-терапевта дільничного - **900** осіб;
- лікаря-педіатра дільничного - **800** осіб;
- сестру медичну дільничну, лікаря-педіатра дільничного - **400** осіб.



на обслуговування одного сімейного лікаря в Європі
у середньому припадає **1687** осіб

Великобританії -1745

Найбільше працюють сімейні лікарі **Туреччини**: у них в
середньому **3687** пацієнтів

найменше – у лікарів **Люксембурга** – 500



Неврегульованим залишається і питання забезпечення обсягами роботи середнього і молодшого медичного персоналу

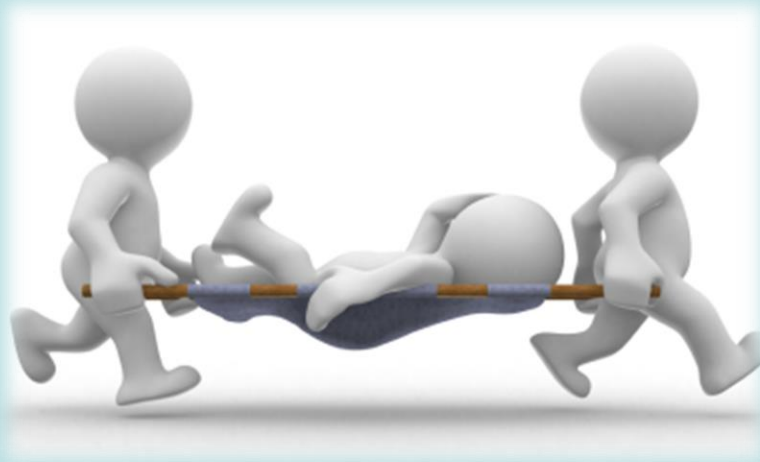
обов'язки сімейного лікаря, за редакцією Порядку 2013 року, містять 18 пунктів, за пропозицією 2017 року – вже 20, деякі позиції збігаються

лікар має підписати 2000 договорів з пацієнтами. На спілкування з одним пацієнтом і роз'яснення всіх умов і особливостей договору потрібно витрати мінімум 15 хв., 15 хв множимо на 2000 пацієнтів отримуємо 30 000 хв. або 500 год., що дорівнює 62,5 робочих днів. Це тільки час на підписання договорів, а коли надавати допомогу?



«подарували» лікарям можливість відмовитися від обслуговування пацієнтів вдома, замінивши виклик розмовою по телефону та майбутнім візитом пацієнта до лікаря, залишивши останньому повну відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів.

Ініціатива з відміни викликів стане шоком для пацієнтів (особливо літніх людей та батьків)





математичний розрахунок

Без урахування вихідних, відпусток, можливої хвороби, відвідування курсів чи конференцій сімейний лікар має 200 робочих днів і 2 тис. пацієнтів,

тобто він повинен щодня прийняти 10 осіб, щоб побачити кожного раз на рік.

Але ж візитів набагато більше!



Що можна обговорити за 12 хв. прийому одного пацієнта?



новий Порядок надання первинної медичної допомоги, на нараді 08-09 лютого 2017 року:

«Реформа системи охорони здоров'я в 2017 році: первинна медична допомога, комунікація для населення, комунікація для медичної громади»

не містять, зокрема:

- вичерпного конкретизованого переліку прав та обов'язків сторін;**
- зобов'язань пацієнта щодо належного виконання призначень лікаря;**
- стимулів до спонукання пацієнта щодо вчасного звернення до лікаря та виконання ним рекомендованих профілактичних заходів по збереженню свого здоров'я;**
- санкцій до пацієнта, який порушує режим профілактики і лікування;**



- обсягів медичних послуг, які лікар має надати пацієнту, розрахованих на підставі ринкової вартості таких послуг в конкретному регіоні;
- випадків, за яких лікар має право відмовити пацієнту в укладенні договору про надання послуг або розірвати укладений договір.





Щодо забезпечення трудових прав наших членів Профспілки в частині оплати праці, пільг та гарантій.

давайте разом з сімейними лікарями зрозуміємо, що можна зробити за **210 грн.** на 1 хворого, а це **не більше 8 дол. на рік** та **менше 18 грн. на місяць**, і як їх ефективно розкласти, і чи буде лікар мати можливість надати і якісну допомогу, і отримати гідну зарплату.



Середній сукупний дохід сімейних лікарів

(з урахуванням витрат на утримання практики) в різних країнах значно коливається:

від 10,7-13,7 тис. євро в Литві та Болгарії,

до 133 -150 тис. євро у Великобританії і Люксембурзі





Сьогоднішня тотальна несправедливість у встановлені заробітних плат, а з 1 січня ще й суцільна зрівнялівка жене наших лікарів шукати кращої долі. Це виглядає страшно, коли зарплати 450 депутатів ВРУ рівняються зарплатам більше ніж 6 тисяч лікарів.





ініціювати підготовку змін до Закону України
«Про Державний бюджет України на 2017 рік» щодо
збільшення обсягу медичної субвенції для покриття
видатків фонду оплати праці.

За нашим моніторингом - не вистачає **3,9** млрд.грн.





На початку лютого в деяких областях **почала утворюватися заборгованість**, яка зменшилася у квітні.

Так, якщо за січень 2017 року було **заборговано** зарплату у трьох областях у сумі **18,6 млн.** гривень (Закарпатська, Запорізька, Кіровоградська),

то станом на **12.04.2017** вона частково скоротилася до **11,56 млн. грн.** у трьох областях (Закарпатська - 2 059,8 тис. грн., Львівська - 2 543,3 тис. грн., Тернопільська – 6 957,0 тис. грн.).

Найбільше заборговано працівникам Тернопільської області.

Крім того, у двох районах Івано-Франківської області мають місце порушення ст. 115 КЗпП щодо розмірів виплати авансу, зокрема, за квітень працівникам закладів охорони здоров'я Косівського та Коломийського районів виплачено від 5 до 15 відсотків місячного заробітку, а працівникам Рогатинського району аванс взагалі не виплачено.



29 березня із Заявою про критичне недофінансування ФОП ми звернулися до Президента України, Верховної Ради України та Кабінету Міністрів України, а **04 квітня** до кожного народного депутата України (423).





Запропонована реформа первинки потребує нормативного врегулювання наступних питань:

- Яким чином формуватиметься заробітна плата працівників, які працюють на умовах трудового договору у суб'єкта ПМД, який перебуває у державній (комунальній) власності:

на підставі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери, чи виходячи з кількості укладених лікарем договорів з пацієнтами?

У разі, якщо основним критерієм в оплаті праці буде кількість укладених договорів, лікарі, які щойно влаштувалися на роботу до суб'єкта ПМД, зазнаватимуть дискримінації в оплаті праці.



- У який спосіб забезпечуватиметься належний рівень оплати праці в умовах хронічного недофінансування галузі.

- Нова модель фінансування ПМД не передбачає надання суб'єктам ПМД іншого (додаткового) фінансування, крім розрахованого на основі капітаційної ставки.

А тому не зрозуміло, чи передбачає така модель встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи медичним працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу (постанова Уряду №977), за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я (постанова Уряду №1418), за тривалість безперервної роботи, інших видів надбавок (наказ Мінпраці №308/519).

- Здійснюватиметься оплата праці медичних сестер та фельдшерів у сільській місцевості; чи матиме середній медичний персонал право укладати договори про надання ПМД.



Незважаючи на те, що Кабмін проявляє повну бездіяльність щодо вирішення колективного трудового спору між Профспілкою та Кабінетом Міністрів України, зареєстрованого півроку тому (29.09.2016 року), ми продовжуємо наполягати на вимозі щодо розробки та затвердженні Державної програми правового та соціально-економічного захисту працівників охорони здоров'я в умовах реформування галузі.

І пропонуємо для широкого обговорення свій проект такої Програми,

просимо всіх долучитися до обговорення та надати свої пропозиції у найкоротший термін.



Не можна розпочинати все із чистої сторінки, необхідно поступово переходити від централізованої системи до децентралізованої моделі, яка працює за іншими принципами. А будь-який правильний шлях починається з правильного першого кроку, який має бути співзвучним із головним принципом медицини «Не нашкодь!»



Наші письмові звернення не чують.

**Мабуть нам треба ініціювати іншу - більш "активну",
тактику ведення соціального діалогу**

(аж до акції протесту).





ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

ЗАПРОШУЮ ДО ОБГОВОРЕННЯ

