

Що таке договір із НСЗУ і навіщо він потрібен?

Який Порядок укладення договору з Національною службою здоров'я України (НСЗУ)? За що НСЗУ платить згідно з договором? Чи існує чіткий перелік медичних послуг? Коли НСЗУ має право відмовитися від договору? Які підстави передбачають його розірвання НСЗУ в односторонньому порядку?



На питаннях взаємодії НСЗУ із закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) й особливостях укладення договорів про медичне обслуговування зупинилася **Ірина Жигінас**, заступник директора юридичного департаменту НСЗУ, у доповіді під час Legal Medical Forum (26 квітня 2019 р., Перемога-Space, м. Київ).

Це спеціалізований захід для керівників лікувальних закладів всіх форм власності, штатних юристів медичних закладів, лікарів, адвокатів

та юристів, присвячений юридичним питанням у сфері медицини, організований Оленою Бабиц, адвокатом, керівником Адвокатського бюро Олени Бабиц, відомим експертом у галузі медичного права.

Історія питання

«У жовтні 2017 р. в Україні трапилося диво — понад 226 народних обранців повірили новій команді Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України і зробили, як на мене, правильний вибір. Вони проголосували за Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Закон № 2168). Він набув чинності у 2018 р. і дав поштовх змінам, які відбуваються зараз у сфері охорони здоров'я. Я маю на увазі державні фінансові гарантії, програму медичних гарантій, НСЗУ, підвищення статусу первинної медичної допомоги (ПМД), появу договорів, — розпочала виступ І. Жигінас. — Крім ст. 49, існує ще ст. 95 Конституції України, про яку часто забувають. Відповідно до неї «всі витрати держави на суспільні потреби здійснюються у межах коштів, передбачених на це у Державному бюджеті». А він, на жаль, завжди був, є і буде обмеженим. Тож існувала потреба у механізмах, які б забезпечували дотримання ст. 49, але при цьому не давали можливості обіцяти те, що держава ніколи не зможе виконати. Рішенням став Закон № 2168, де введено поняття «державні фінансові гарантії». Наразі держава гарантує оплату з бюджету в повному обсязі медичних послуг, але тільки тих, які внесені до Програми медичних гарантій».

Програма медичних гарантій, над проектом якої зараз працює НСЗУ, затверджуватиметься Верховною Радою у складі Закону про Державний бюджет України на відповідний рік, міститиме чіткий перелік послуг, про які йдеться у ст. 4 Закону № 2168, і тарифи. Найімовірніше, вона стане частиною якогось із додатків Закону про Державний бюджет, аби унеможливити швидко зміну тарифів на медичні послуги. Проте можливість їх змінювати таки передбачена: тарифи зафіксують у Законі про Державний бюджет, але МОЗ України матиме право затверджувати коригувальні коефіцієнти (Наказом МОЗ України, в обов'язковому порядку погодженим із Міністерством фінансів). Під час перехідного періоду вони затверджуються Кабінетом Міністрів України (КМУ), а з 2020 р. таке право з'явиться у МОЗ.

Які функції здійснює НСЗУ?

НСЗУ — центральний орган виконавчої влади, розпорядник бюджетних коштів, що реалізує державну політику у сфері дер-

жавних фінансових гарантій (тобто виконує вимоги, поставлені КМУ та МОЗ України). НСЗУ не формує цієї політики, не має права видавати нормативно-правові акти, а може лише вносити пропозиції. Саме НСЗУ здійснює моніторинг, аналізує та прогнозує потреби населення у медичних послугах, є замовником медичних послуг та відповідає за стратегічні їх закупівлі за Програмою медичних гарантій.

«НСЗУ дає відповіді на три основних запитання: за що платити (потреби населення), кому (вибір провайдера) і як (система оплати)? Кожне із них є доволі складним і передбачає розгорнуту відповідь, яка може стати темою окремого семінару», — уточнила І. Жигінас.

На основі чого оплачується надання ПМД?

Закон № 2168 передбачив вільний вибір лікаря ПМД і надав особливий статус ПМД. Саме з первинки розпочалася реформа системи фінансування охорони здоров'я. Фактично це «точка входу» пацієнта до безкоштовних медичних послуг, як і в розвинених країнах, де відсутня можливість отримати безкоштовну допомогу вузько-профільного спеціаліста без направлення з первинного рівня.

Підписуючи декларацію з певним лікарем, пацієнт ніби сигналізує НСЗУ: «Заплатіть за моє медичне обслуговування саме в цей заклад. Тут працює мій лікар». Щоб здійснити оплату за конкретного пацієнта, НСЗУ має бачити в електронній системі, що декларацію укладено.

«Зараз поширеним є питання «Як НСЗУ фінансуватиме так званий червоний список?». Відповідь — ніяк, червоного списку більше не існує. Є зелений список — пацієнти, які вибрали свого лікаря і мають право на безоплатні медичні послуги. Якщо ж пацієнт не підписав декларації і не бажає цього робити, це означає лише одне: він хоче обслуговуватися поза системою безоплатних медичних послуг», — зробила висновок спікер.

Перелік безоплатних послуг на первинці визначений Наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги».

З ким укладає договори НСЗУ

Договір — це інструмент, який є результатом процедури закупівлі медичної послуги з боку НСЗУ. Договором присвячена ст. 8 Закону № 2168.

НСЗУ укладає два види договорів:

- про медичне обслуговування населення (із ЗОЗ і фізичними особами — підприємцями — ФОП);
- про реімбурсацію (з аптеками).

Договір про медичне обслуговування населення визначає, як держава в особі НСЗУ сплачуватиме провайдеру за послуги, безоплатно надані ним пацієнту. Пацієнт є третьою стороною у цьому договорі (в частині отримання медичних послуг). Згідно з договором про реімбурсацію НСЗУ відшкодовує кошти аптечному закладу за лікарські засоби, безоплатно відпущені ним пацієнту за наявності рецепта від лікаря ПМД. Тобто аптека за власні кошти закуповує, відпускає хворому ліки безоплатно, а НСЗУ потім відшкодовує їхню вартість.

Договір про медичне обслуговування населення може укладатися із ЗОЗ усіх форм власності та ФОП, які одержали ліцензію на медичну практику. Порядок укладення і Типова форма такого договору визначені Постановою КМУ від 25.04.2018 р. № 410. Вимоги до надавачів медичних послуг наведені у Постанові КМУ від 28.03.2018 р. № 391.



Ключовими вимогами до надавачів медичних послуг є:

- автономізація (якщо це комунальні чи державні ЗОЗ);
- чинна ліцензія на медичну практику (навіть після процесу реорганізації ЗОЗ у комунальне некомерційне підприємство він зобов'язаний протягом 3 міс одержати нову ліцензію; якщо не встигне, договір не укладається);
- наявність комп'ютерів та підключення до eHealth;
- належне матеріально-технічне оснащення (відповідно до Наказу МОЗ України від 21.01.2019 р. № 148, яким затверджено таблиць оснащення для ЗОЗ первинного рівня).

Усі договори з НСЗУ укладаються виключно в системі eHealth. У разі відсутності в ЗОЗ комп'ютера зробити це неможливо, виписки немає.

Як відбувається процес укладення договору

Процес укладення договору з НСЗУ передбачає 7 кроків:

1. Розміщення оголошення про укладення договорів на сайті НСЗУ (його можуть дублювати на інших джерелах, але НСЗУ гарантує достовірність і відповідність встановленим вимогам лише того тексту, що опублікований на офіційному сайті; вказується, які медичні послуги замовляються, до якого числа подавати заяви, вимоги до заяви, які документи слід додати тощо. Актуальна інформація представлена на сайті НСЗУ в розділі «Про укладення договорів»).

2. Подання заяви про укладення договору (немає встановленої форми цієї заяви, це електронні поля в електронному кабінеті у профілі ЗОЗ, які необхідно заповнити) та (за потреби) сканів документів з електронним цифровим підписом (ЕЦП) керівника ЗОЗ, ФОП або уповноваженої особи.

«З 1 січня 2021 р. неможливо буде укласти договір з НСЗУ без звіту про технічне обстеження будівлі стосовно її відповідності вимогам доступу до приміщень осіб з інвалідністю та маломобільних груп населення. Поки що ні в НСЗУ, ні в ЗОЗ, які з нами співпрацюють, немає такого досвіду. Однак припускаю, що думати про це варто вже зараз, адже незрозуміло, скільки часу знадобиться для отримання такого звіту», — зробила важливу ремарку пані Ірина.

3. Розгляд заяви в НСЗУ — до 30 днів.

4.1. Пропозиція про виправлення недоліків — до 3 днів.

4.2. Подання виправленої заяви — до 2 робочих днів.

4.3. Повідомлення про намір укласти договір (у ньому обов'язково зазначаються ті медичні послуги, які НСЗУ планує закупити в потенційного провайдера).

5. Надсилання проекту договору до НСЗУ — 5 днів.

6. Підписання ЕЦП проекту договору зі сторони НСЗУ (після цього заявник перетворюється на надавача медичних послуг).

7. Підписання ЕЦП проекту договору зі сторони ЗОЗ — до 30 днів.

Істотні умови договору

До цього договору встановлені особливі істотні умови, що наведені у ст. 8 Закону № 2168:

- перелік та обсяг послуг;
- умови, порядок та строки оплати тарифу (тарифи для ПМД затверджені Постановою КМУ від 18.12.2018 р. № 1117, з 2020 р. в рамках Програми медичних гарантій це вказуватиметься у Законі про Державний бюджет);

- фактична адреса надання медичних послуг (якщо у надавача змінюється хоча б одна з адрес місць надання послуг, потрібно підписувати додаткову угоду із НСЗУ до цього договору, де буде змінюватися адреса);
- права та обов'язки сторін (особлива увага приділяється веденню інформації в eHealth — надавач зобов'язаний вносити її коректно й вчасно, за порушення передбачені санкції);
- строк дії договору (зазвичай 31 грудня поточного року; у заявника є право на етапі подання заяви до НСЗУ вказати дати за бажанням, чим скористалися переважно приватні заклади);
- звітність надавачів;
- відповідальність сторін.

Типова форма договору така: тіло договору, що не може бути змінено (заповнюються поля, де пробіли), до нього може додаватися один із додатків (ПМД — додаток № 1, вторинна медична допомога (амбулаторна, стаціонарна) — додаток № 2).

«У четвертій хвилі підписання договорів зафіксовані прецеденти із приватними ЗОЗ, які надсилали до НСЗУ листи й відмовлялися від підписання з нами договору вже після проходження процедури, посилаючись на невизначеність обсягу безоплатних послуг. Однак насправді вони чітко зазначені у Наказі МОЗ України № 504, у Додатку № 1 (17 послуг ПМД та перелік лабораторних та інструментальних досліджень)», — заперечила І. Жигінас.

Тарифи та коригувальні коефіцієнти

Капітаційна ставка на людину становить 370 грн./рік. До неї застосовуються вікові коефіцієнти:

- 0–5 років — 4;
- 6–14 років — 2,2;
- 18–39 років — 1;
- 40–64 роки — 1,2;
- >65 років — 2.

Так званий гірський коефіцієнт становить 1,25. Очікується, що приблизно такі ж розцінки закладатимуться і на наступний рік.

Понижувальні коефіцієнти за перевищення ліміту декларацій представлені в таблиці.

Таблиця. Понижувальні коефіцієнти за перевищення ліміту декларацій

Рівень перевищення ліміту	Коефіцієнт
Від 110% ООП + 1 декларація до 120% ООП включно	0,8
Від 120% ООП + 1 декларація до 130% ООП включно	0,6
Від 130% ООП + 1 декларація до 140% ООП включно	0,4
Від 140% ООП + 1 декларація до 150% ООП включно	0,2
Від 150% ООП + 1 декларація і всі наступні	0,0

ООП — оптимальний обсяг практики.

«Якщо застосовується понижувальний коефіцієнт (навіть у разі перевищення рекомендованої кількості на 1 декларацію), до якого тарифу вже не застосовується віковий коефіцієнт», — пояснила спікер.

Для чого потрібні та як формуються звіти

Щоб отримати огляту від НСЗУ за надані послуги, ЗОЗ потрібно мати чинну ліцензію на медичну практику й подати до НСЗУ звіт. Форма звіту не затверджена законодавством. Вранці першого числа щомісяця система eHealth робить зріз даних, узагальнює інформацію про кількість декларацій на кожного лікаря, самостійно формує звіт із розподілом на вікові групи і надсилає ЗОЗ на e-mail. НСЗУ не має доступу до звітів і не формує їх.

Звіт відображає обсяг медичних послуг, які підлягають оплаті за звітний період. Звітний період — це 1 міс. Звіт із ПМД — кількість декларацій у розрізі вікових груп станом на перше число. Оплата відбувається протягом 10 днів з моменту одержання НСЗУ звіту, якщо на нього не було заперечення (на це НСЗУ виділено 10 днів).

Коли НСЗУ виявляє невідповідність між даними у системі eHealth і показниками у надісланому звіті, вона висловлює заперечення і повертає звіт. Після того як дані звіту перевірені, на нього накладається ЕЦП, він затверджується головою НСЗУ і за його підписом подається на оплату.

Підстави для односторонньої відмови НСЗУ від підписання договору

Важливо, що провайдер медичних послуг не може в односторонньому порядку відмовитися від договору; це заборонено. У НСЗУ таке право є, але тільки за чітким переліком підстав і ви-

значеною процедурою. Відмовитися від договору «з сьогодні на завтра» не вийде.

У договорі зазначено, що НСЗУ повинна за 14 календарних днів повідомити провайдера про намір відмовитися від договору з посиланням на конкретну підставу. Одна із найчастіших підстав — анулювання/закінчення строку дії ліцензії ЗОЗ.

«Але це право, а не обов'язок НСЗУ. Зараз, коли НСЗУ бачить, що завершився термін дії ліцензії, вона не розриває договори, а призупиняє оплату і не оплачує послуги, надані в ті дні, коли ліцензії не було», — повідомила І. Жигінас.

Підстави для одностороннього розірвання договору НСЗУ

Їх декілька:

- анулювання ліцензії;
- невідповідність провайдера вимогам до надавача, передбаченим Постановою КМУ № 391;
- ≥3 порушення Галузевих стандартів (цей пункт означає, що якщо протягом строку дії договору до НСЗУ потрапляє три негативні висновки клініко-експертної комісії МОЗ України, НСЗУ має право ініціювати розірвання договору; поки що подібних прецедентів не зареєстровано);
- допущення до надання послуг осіб, які не мають ліцензії;
- невнесення інформації до eHealth (наприклад про звільнення лікаря потрібно повідомляти не пізніше наступного дня);
- недостовірні відомості в eHealth (за словами доповідача, саме дисципліна й культура коректного внесення даних у eHealth перебуватимуть у зоні особливої уваги НСЗУ у 2019–2020 рр.);
- вимагання коштів від пацієнтів (тільки підтверджений факт, за наявності обвинувального вироку суду на лікаря, який вимагав кошти).

Важливо, що скарга пацієнта не є підставою для розірвання договору. Вона тільки стимулює НСЗУ ретельніше перевірити ЗОЗ, приділити йому особливу увагу.

«Зараз партнерами НСЗУ є понад 1300 ЗОЗ. За надані медичні послуги на первинному рівні вже сплачено приблизно 9 млн грн. На мою думку, і договір, і механізм співпраці з надавачами медичних послуг та НСЗУ ще неодноразово змінюватимуться, доповнюватимуться і безперервно вдосконалюватимуться. Припускаю, що навіть через 10 років не вдасться створити «ідеального контракту», — резюмувала спікер. — НСЗУ працює відкрито й прозоро. На офіційному сайті ми намагаємося презентувати максимально повну й об'єктивну інформацію щодо оплати, а також ту, що може вплинути на якість надання медичної допомоги в Україні. Якщо потрібно буде публікувати знеособлені результати моніторингу й перевірок, ми це зробимо. Якщо потрібно буде надавати дані про кількість скарг на конкретний заклад, ми це зробимо. Пацієнт повинен мати право вибору, можливість зайти на сайт НСЗУ — і зрозуміти, хто є хто серед провайдерів».

Доповідь І. Жигінас викликала зацікавленість аудиторії та жваве обговорення.

Чи буде збережено субвенцію на перехідний період для ЗОЗ вторинного рівня? Чи тільки ті заклади, які підпишуть договір із НСЗУ, отримуватимуть кошти за пролікований випадок? Якщо не буде доплат, половина ЗОЗ вторинного рівня просто не матиме змоги працювати...

Це питання до МОЗ України, яке формує державну політику. Наскільки мені відомо, на 2020 р. не закладено жодної субвенції. Усі кошти Державного бюджету розподілятимуться у Програмі медичних гарантій на всі види медичної допомоги. Так, плани дуже амбітні. І зараз триває активна підготовка, щоб втілити їх у життя з 1 січня 2020 р. Це позиція МОЗ України вже озвучена офіційно.

Зараз ліцензії на медичну практику надаються безстроково, кілька років відсутній бланк ліцензії, ліцензійний реєстр. Як НСЗУ перевіряє чинність ліцензії?

Щомісяця, перш як здійснити оплату, НСЗУ робить офіційний запит в орган ліцензування МОЗ і уточнює у них інформацію (коли



у ЗОЗ були перерви у дії ліцензії, коли її поновили, у кого вона відсутня тощо). Уточнені дані надаються в офіційних листах. На жаль, інших можливостей перевірити інформацію у НСЗУ на сьогодні немає.

Я представник приватної медицини з міста Івано-Франківська. Уявімо ситуацію: пацієнт уклав декларацію з терапевтом приватного медичного центру, а під час першого візиту за направленням лікаря скористався послугами ультразвукової діагностики, електрокардіографії та виконав лабораторні дослідження. У середньому ринкова вартість цих послуг у нашому місті становить 1500 грн. При цьому НСЗУ, по-перше, сплатить за цього пацієнта лише 37 грн./міс. По-друге, пацієнт у будь-який момент може розірвати декларацію. По-третє, до надавача послуг висувається аж 27 вимог. Не кажучи про те, що пацієнт може звертатися до центру через місяць, через 2 і через 3 міс й щоразу отримувати пакет послуг за 1500 грн. Яким чином приватному закладу забезпечити себе від ризиків?

Приватна медицина — це, перш за все, бізнес. Це не державний і не комунальний ЗОЗ. Коли підприємець відкриває бізнес, він розраховує не на державу, а на свій розум, свої здібності як менеджера. Держава може лише підтримати або запропонувати: «Хочеш? Тобі вигідно? Приєднуйся!».

До того ж, не за всі категорії пацієнтів оплата становить 370 грн./рік. Наприклад, на дитину віком до 5 років вона становить майже 1500 грн./рік. При цьому декларації укладають і пацієнти, які не обов'язково звернуться до медичного центру за допомогою. Заклад відвідає лише частина з них. А за іншу частину НСЗУ заплатить, хоча фактично послуги їм не надаватимуться. Здорові люди, які взагалі не відвідують сімейних лікарів, теж укладають декларації, якісь заклади щомісяця одержують за них кошти від НСЗУ. Вони, умовно кажучи, страхують заклад на той випадок, коли хтось із хворих звертатиметься три і більше разів на рік.

Нагадаю, що співпраця з НСЗУ — не зобов'язання. Приватний заклад не мусить підписувати договір із НСЗУ.

Питання стосовно режиму роботи лікаря. Якщо сімейний лікар став ФОП, набрав необхідну кількість декларацій, але хоче працювати половину дня, чи не загрожує це затримками із прийомом пацієнтів, записом на тиждень вперед? Як діяти у такому випадку?

У 2018 р. до договору з НСЗУ додавали перелік лікарів з уточненням, на які ставки вони працюють. Але у процесі діяльності ми зрозуміли, що відстежувати цю інформацію не в змозі, все контролювати «зверху» нереально.

Позиція НСЗУ така: якщо лікар здатний за 4–5 год робочого часу якісно обслуговувати всіх пацієнтів, для чого обмежувати його в такому праві? Якщо ж на лікаря починають скаржитися, мовляв, потрібно по 2 тиж чекати на запис, тоді вже не йде мова про якісне надання медичної допомоги. Є розумна межа. Коли на ЗОЗ систематично надходять скарги, ми ставимо питання провайдеру медичних послуг про врегулювання ситуації.

*Ольга Радучич,
фот. Сергія Бека*