

№ 1227/25 від 19.11.2025
На лист 28/35080/2-25 від 11.11.25

Заступнику Міністра з питань
цифрового розвитку, цифрових
трансформацій і цифровізації
Карчевич М.В.

*Щодо погодження проєкту постанови
Кабінету Міністрів України з питань
проведення скринінгів здоров'я
для пацієнтів віком від 40 років*

Шановна Маріє Володимирівно!

Всеукраїнська асоціація об'єднаних територіальних громад (ВАОТГ) розглянула надісланий Міністерством охорони здоров'я України проєкт постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання проведення скринінгів здоров'я для пацієнтів віком від 40 років, які мають підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань та цукрового діабету» та супровідні матеріали.

ВАОТГ як всеукраїнська асоціація органів місцевого самоврядування, що представляє інтереси більш як 850 громад, розглядає збереження здоров'я населення, раннє виявлення хронічних неінфекційних захворювань і зміцнення людського капіталу як один із ключових пріоритетів місцевого розвитку. У цьому контексті Асоціація підтримує стратегічну мету ініціативи щодо посилення профілактики та зменшення передчасної смертності й інвалідизації населення.

Розуміючи важливість завдань, визначених у проєкті постанови, а також обсяг уже проведеної роботи, ВАОТГ, попри відсутність належного залучення органів місцевого самоврядування на етапі підготовки документа, не вважає за доцільне блокувати його ухвалення.

З огляду на це повідомляємо, що **проєкт постанови погоджується ВАОТГ із зауваженнями**, стисло викладеними в цьому листі та детально розкритими у Додатку 1. Просимо врахувати ці зауваження під час подальшого доопрацювання проєкту та на наступних етапах реалізації ініціативи, зокрема після проведення додаткових консультацій із асоціаціями органів місцевого самоврядування та аналізу перших результатів впровадження програми.

Участь органів місцевого самоврядування у формуванні політики

Заявною інформацією, обговорення проєкту акта відбувалося переважно на рівні центральних органів влади та професійних медичних асоціацій, без системного залучення органів місцевого самоврядування та їх асоціацій, хоча саме громади відповідають за мережу закладів первинної медичної допомоги, їх ресурсне забезпечення та фактично нестимуть основну відповідальність перед населенням за результати реалізації програми. ВАОТГ відкрита до співпраці й готова брати участь у розробці та тестуванні рішень, однак формальна процедура погодження без попередніх

консультацій із громадами не дозволяє повноцінно оцінити вплив документа на місцевий рівень. Просимо надалі залучати асоціації органів місцевого самоврядування як повноцінних партнерів уже на етапі формування концепції подібних програм.

Основні узагальнені зауваження до механізму реалізації програми

Деталізований аналіз із посиланням на норми проєкту постанови, Порядок реалізації програми, Порядок використання коштів, фінансово-економічні розрахунки та інші матеріали наведено у Додатку 1. Узагальнено ВАОТГ звертає увагу на те, що запропоновані інфраструктурні та сервісні вимоги можуть фактично обмежити участь значної частини закладів первинної медичної допомоги в сільських та малих громадах і створити додаткове фінансове навантаження на місцеві бюджети.

Також занепокоєння викликають ризики дублювання послуг, уже передбачених Програмою медичних гарантій, і можливого подвійного фінансування; цифрова та територіальна нерівність доступу для осіб віком 40+; невизначеність цільової групи та періодичності скринінгу з точки зору ефективного використання бюджетних ресурсів; окремі положення щодо строків і порядку повернення невикористаних коштів, а також надмірна регламентація організації внутрішніх процесів закладів, що може обмежувати їхню автономію та гнучкість на місцевому рівні. Усі ці аспекти, на нашу думку, потребують доопрацювання.

Висновки та рекомендації ВАОТГ

Беручи до уваги викладене, ВАОТГ підтримує стратегічну мету держави щодо посилення профілактики, раннього виявлення серцево-судинних захворювань та цукрового діабету, зменшення передчасної смертності й збереження людського капіталу.

Асоціація вважає доцільним подальше доопрацювання механізмів реалізації програми з урахуванням зауважень і пропозицій, викладених у цьому листі та Додатку 1, зокрема в частині переорієнтації використання ресурсів на стимулювання доказових скринінгів на рівні первинної медичної допомоги, можливого пілотування децентралізованих моделей управління й фінансування ПМД на рівні регіонів і кластерів громад, а також посилення спроможності громад планувати і реалізовувати профілактичні програми на основі даних. Такі зміни, на нашу думку, мають формуватися за результатами додаткових консультацій з асоціаціями органів місцевого самоврядування й аналізу перших результатів впровадження програми.

ВАОТГ готова делегувати своїх представників до відповідних робочих груп при МОЗ та НСЗУ для спільного доопрацювання рішень.

Додаток:

Додаток 1. Узагальнені зауваження та пропозиції ВАОТГ до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання проведення скринінгів здоров'я для пацієнтів віком від 40 років, які мають підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань та цукрового діабету».

**Виконавчий директор
Всеукраїнської Асоціації ОТГ**

Тарас ДОБРІВСЬКИЙ

Відповідальна особа

Євген Прилипко, експерт платформи «Охорона здоров'я» ВАОМС «Асоціація ОТГ»
+380683920736, prylypko@htf.org.ua



СЕД АСКОД - Всеукраїнська асоціація органів місцевого самоврядування «Асоціація об'єднаних територіальних громад»

№ документа: 1227/25

Дата реєстрації: 19.11.2025

Сертифікат: 5E984D526F82F38F0400000055F6CC01EB605606

Дійсний з: 26.05.2025 15:16:28

Дійсний до: 26.05.2026 23:59:59

Підписувач: ДОБРІВСЬКИЙ ТАРАС ГРИГОРОВИЧ

Мітка часу: 19.11.2025 11:47:48

ДОДАТОК 1 до Листа № 1227/25 від 19.11.2025

Узагальнені зауваження та пропозиції ВАОТГ до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання проведення скринінгів здоров'я для пацієнтів віком від 40 років, які мають підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань та цукрового діабету».

Всеукраїнська асоціація об'єднаних територіальних громад (ВАОТГ) розглянула надісланий Міністерством охорони здоров'я України проект постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання проведення скринінгів здоров'я для пацієнтів віком від 40 років, які мають підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань та цукрового діабету» та супровідні матеріали.

ВАОТГ як всеукраїнська асоціація органів місцевого самоврядування, що представляє інтереси більш як 850 громад, розглядає питання збереження здоров'я населення, раннього виявлення хронічних неінфекційних захворювань і зміцнення людського капіталу як один із ключових пріоритетів місцевого розвитку. Саме громади щодня стикаються з наслідками пізнього виявлення захворювань – втратою працездатності, зростанням видатків місцевих бюджетів, соціальними та економічними ризиками для домогосподарств.

У цьому контексті ВАОТГ у цілому підтримує стратегічну мету ініціативи – посилення профілактики та раннього виявлення серцево-судинних захворювань і цукрового діабету, зменшення передчасної смертності та інвалідизації населення. Організований, системний та справді доступний скринінг для дорослого населення є важливою передумовою сталого розвитку громад.

Розуміючи важливість завдань, визначених у проекті постанови, а також ту роботу, яка вже здійснена Міністерством охорони здоров'я України та фаховою спільнотою, ВАОТГ, попри відсутність належного залучення органів місцевого самоврядування на етапі підготовки документа, не вважає за доцільне блокувати ухвалення зазначеного нормативно-правового акта. З огляду на це повідомляємо, що **проект постанови погоджується ВАОТГ із зауваженнями**, викладеними в цьому листі.

На нашу думку, такі зауваження та пропозиції мають бути максимально враховані під час подальшого доопрацювання проекту постанови, а також на наступних етапах реалізації ініціативи – шляхом внесення відповідних змін до нормативно-правових актів за результатами додаткових консультацій із асоціаціями органів місцевого самоврядування та аналізу перших місяців впровадження програми на практиці.

Водночас за результатами опрацювання наданих матеріалів, а також з урахуванням численних сигналів і позицій фахової спільноти, органів місцевого самоврядування та керівників закладів первинної медичної допомоги, ВАОТГ вважає за необхідне звернути увагу на низку принципових питань щодо запропонованого механізму реалізації програми скринінгів.

1. Потреба в реальній участі органів місцевого самоврядування в розробці механізмів

За наявною інформацією, обговорення проекту акта відбувалося переважно в колі центральних органів влади та професійних медичних асоціацій. Водночас органи місцевого самоврядування та їх асоціації не були системно залучені до попереднього обговорення, незважаючи на те, що:

- саме громади відповідають за організацію мережі закладів первинної медичної допомоги, їх матеріальне забезпечення та доступність послуг;
- запропонований механізм безпосередньо впливатиме на навантаження на заклади ПМД, очікування населення, політичні та соціально-економічні наслідки для місцевих рад та голів громад;
- нормативно-правовий акт потребує погодження асоціацій органів місцевого самоврядування.

Вважаємо за важливе зафіксувати: ВАОТГ відкрита до співпраці й готова брати участь у розробці та тестуванні рішень, але формальна процедура погодження в односторонній строк без попередніх консультацій із громадами не дає можливості забезпечити повноцінну оцінку впливу документа на місцевий рівень.

З урахуванням важливості тематики та масштабності фінансування просимо надалі розглядати асоціації ОМС як повноцінних партнерів у розробці подібних програм і залучати їх на етапі формування концепції, а не лише на стадії формального погодження.

2. Загальні зауваження до запропонованого механізму реалізації програми

У процесі опрацювання документів та відкритих фахових дискусій виявлено низку системних ризиків, які можуть обмежити ефективність програми, її справедливості щодо громад та населення й створити додаткові управлінські та фінансові виклики.

2.1. Ризик формування «параліцезійних» вимог та дискримінації сільських і малих закладів

У проекті Порядку реалізації програми передбачено розширений перелік вимог до закладів, які зможуть проводити скринінги, зокрема:

- окремі вимоги до організації простору (зони очікування, окремий простір для вимірювання АТ тощо);
- акустична ізоляція приміщення консультацій;
- наявність кондиціонування;
- Wi-Fi у приміщеннях;
- LED-освітлення;
- елементи сервісної інфраструктури (електронна черга, окремі «зони комфорту» тощо).

Ці критерії:

- не є частиною чинних ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики;
- не пов'язані безпосередньо з клінічною якістю медичної послуги чи безпекою пацієнта;
- суттєво відрізняються від стандартних вимог до закладів ПМД, які вже мають чинну ліцензію та договори з НСЗУ.

За оцінками експертів, приведення інфраструктури багатьох закладів у відповідність до запропонованих вимог може вимагати додаткових витрат у розмірі орієнтовно 40–75 тис. грн на заклад, що в масштабах країни (десятки тисяч суб'єктів господарювання) означає потенційні непрямі витрати на рівні понад одного мільярда гривень. Ці витрати ляжуть на місцеві бюджети та власників закладів і не відображені у фінансово-економічних розрахунках до проекту постанови.

Для багатьох сільських та малих міських закладів виконання таких вимог у найближчій перспективі буде нереалістичним. Це створює ризик концентрації участі в програмі переважно у великих, краще забезпечених закладах, тоді як саме жителі віддалених, сільських, прифронтових територій найбільше потребують доступних профілактичних послуг.

З огляду на це пропонуємо:

- переглянути перелік обов'язкових вимог до закладів, зосередившись на дотриманні чинного законодавства у цих аспектах та дійсно критичних умовах для якості й безпеки медичної допомоги;

- передбачити окремі механізми підтримки для закладів у сільських та малих громадах (цільові субвенції, інвестиційні програми, поетапне впровадження вимог) замість фактичного їх «виключення» з програми через завищені стандарти сервісу.

2.2. Дублювання послуг, уже покритих Програмою медичних гарантій, і ризик подвійного фінансування

Перелік обстежень і дій, передбачених у скринінговій програмі (вимірювання артеріального тиску, маси тіла, індексу маси тіла, опитування щодо факторів ризику, призначення лабораторних досліджень, консультування тощо), значною мірою відповідає тим, що вже входять до пакета ПМД у межах Програми медичних гарантій та можуть здійснюватися сімейними лікарями без додаткової оплати з боку пацієнта.

Фактичне фінансування аналогічних послуг за рахунок окремого «чек-ап»-механізму створює ризик подвійного фінансування та викривлення цільового використання бюджетних коштів. Також це може призвести до плутанини в ЕСОЗ, коли одна й та сама послуга буде врахована в різних фінансових потоках.

З позиції громад, які відповідають за організацію мережі ПМД, важливо, щоб нові програми не підривали сталість і логіку фінансування первинної допомоги, а навпаки – посилювали її роль.

Пропонуємо розглянути такі підходи:

- інтегрувати програму скринінгів у чинний пакет ПМД, використовуючи інструменти стимулювання профілактичної роботи (додаткові виплати за досягнення індикаторів скринінгу, моделі «капітація + гонорар за профілактику»);
- чітко визначити, що не можуть оплачуватися повторно за програмою «чек-апів» ті обстеження, які вже було проведено в межах декларації ПМД у поточному періоді та внесено до ЕСОЗ;
- фокусуватися не на створенні окремого «каналу» послуг, а на підсиленні вже існуючої інфраструктури первинної ланки.

2.3. Цифрова і територіальна нерівність доступу населення

Запропонований механізм прив'язує доступ до програми до наявності в особи смартфона, встановленого додатку «Дія» та банківського рахунку у визначеному банку. Такий підхід:

- об'єктивно обмежує участь значної частки осіб віком 40+, які не користуються смартфонами або не мають «Дії»;
- створює нерівність між тими, хто живе у містах, та мешканцями сільських і віддалених територій, де цифрова інфраструктура та цифрові навички є суттєво нижчими;
- ставить під питання реальну, а не номінальну, рівність доступу до програми.

Для громад це означає, що найбільш уразливі групи – люди старшого віку, особи з низьким рівнем цифрової грамотності, мешканці сільських територій – ризикують залишитися поза межами «турботи», декларованої програмою.

Пропонуємо:

- передбачити альтернативні канали доступу до програми (через сімейного лікаря, ЦНАП, заклад ПМД, органи соцзахисту), які не вимагатимуть обов'язкового використання смартфона та «Дії»;
- не прив'язувати реалізацію права на скринінг до використання сервісів конкретних фінансових установ;
- розглядати цифрові інструменти як один із зручних каналів, а не як єдину умову участі.

2.4. Вікові критерії, таргетування та бюджетна ефективність

Формулювання цільової групи як «особи віком від 40 років» без верхньої межі віку, без чітко визначеної періодичності участі та без врахування рівня індивідуального ризику створює невизначеність щодо реальної кількості потенційних учасників програми та очікуваного впливу на показники здоров'я населення.

За наявних бюджетних обмежень важливо, щоб програма була максимально адресною та спрямованою на ті групи, де профілактика дає найбільший ефект.

Пропонуємо розглянути можливість:

- більш чіткого визначення цільової групи (наприклад, певний віковий діапазон або особи з підвищеним ризиком серцево-судинних чи ендокринних захворювань);
- встановлення обґрунтованої періодичності проходження скринінгу (наприклад, раз на два-три роки) з урахуванням клінічних рекомендацій;
- використання даних ЕСОЗ і реєстрів для пріоритизації пацієнтів із найвищим ризиком.

2.5. Часові рамки та справедливість реалізації права на скринінг

Передбачене повернення невикористаних коштів наприкінці бюджетного року та одночасне надання права на участь у програмі протягом року, в тому числі в його останні місяці, створює ризик ситуацій, коли особи, що досягають 40-річного віку у листопаді–грудні, фактично не встигають скористатися наданим правом через обмежений час, черги, святкові дні тощо.

З точки зору справедливості для громадян і громад, це може сприйматися як формальне, а не реальне, право.

Пропонуємо розглянути можливість:

- продовження терміну використання коштів, нарахованих у IV кварталі, до кінця I кварталу наступного року; або
- прив'язки реалізації права до моменту фактичного звернення, а не лише до календарного року.

2.6. Повернення невикористаних коштів і відповідність бюджетному законодавству

Механізм повернення невикористаних коштів, передбачений проектом, потребує додаткового узгодження з нормами Бюджетного кодексу України та принципом єдності каси. Для громад важливо розуміти, що кошти, які не були використані за призначенням, будуть повернуті до державного бюджету прозоро і з можливістю подальшого спрямування на потреби охорони здоров'я, а не «зависатимуть» на рахунках окремих розпорядників без зрозумілої процедури.

Пропонуємо уточнити у проекті постанови порядок повернення та подальшого використання невикористаних сум, забезпечивши повну відповідність бюджетному законодавству та прозорість для громад і пацієнтів.

2.7. Автономія закладів охорони здоров'я та надмірна регламентація організації процесів

Проектом передбачається низка вимог до організації внутрішніх процесів у закладах (наявність «координатора пацієнта», чат-підтримки, певного формату зворотного зв'язку, електронної черги тощо), які виходять за межі медичної складової послуги й можуть суперечити принципам автономії закладів охорони здоров'я.

На думку ВАОТГ, держава повинна встановлювати вимоги до результатів та безпеки медичної допомоги, а конкретні організаційні моделі сервісу мають визначатися самим закладом з урахуванням його ресурсів, контексту громади та очікувань пацієнтів. Надмірна деталізація на рівні постанови КМУ може обмежувати гнучкість і заважати пошуку більш ефективних локальних рішень.

3. Альтернативний підхід, який ВАОТГ пропонує розглянути

Беручи до уваги викладене, ВАОТГ пропонує не відмовлятися від ідеї посилення скринінгів та профілактики, а змінити логіку використання запланованих ресурсів, орієнтуючись на:

1. Посилення ролі первинної медичної допомоги як бази для скринінгу.

- Спрямувати кошти на мотивацію закладів ПМД до виконання доказових профілактичних заходів (моделі капітаційної оплати з доплатами за досягнення цільових показників скринінгу, гонорар за профілактичні послуги тощо).
- Запровадити прозорі індикатори для громад і закладів (частка населення, охоплена скринінгом, контроль факторів ризику, динаміка госпіталізацій через ускладнення).

2. **Пілотування децентралізованих моделей управління і фінансування ПМД на рівні регіонів/громад.**

- Відібрати декілька регіонів/кластерів громад, готових системно працювати із скринінгами, та надати їм можливість тестувати моделі, у яких громади, заклади ПМД та НСЗУ спільно планують профілактичні програми й несуть відповідальність за результати.
- Використати потенціал чинних міжнародних програм у сфері розвитку первинної допомоги та управління на рівні громад, щоб не створювати паралельні системи, а інтегрувати нові інструменти у вже наявні ініціативи.

3. **Зміцнення спроможності громад в управлінні ПМД та профілактичними програмами.**

- Частину ресурсів спрямувати на навчання команд ОМС і керівників закладів ПМД (управління скринінговими програмами, аналіз даних, робота з ризик-групами, комунікація з населенням).
- Розвивати системи збору й аналізу даних на рівні громад (реєстри, електронні дашборди, інструменти для локального планування), щоб профілактика ґрунтувалася на реальній структурі захворюваності й потреб населення.

На нашу думку, саме такий підхід – децентралізований, побудований на первинній ланці та спроможності громад – дозволить досягти значно більшого і стійкого впливу на здоров'я населення, ніж реалізація одноразової централізованої програми з потенційними ризиками нерівності та неефективного використання коштів.

4. **Висновки та пропозиції ВАОТГ**

1. ВАОТГ **підтримує стратегічну мету** держави щодо посилення профілактики, раннього виявлення серцево-судинних захворювань та цукрового діабету, зменшення передчасної смертності та збереження людського капіталу.
2. Водночас Асоціація вважає, що **запропонований у проєкті постанови механізм реалізації програми скринінгів потребує суттєвого доопрацювання**, оскільки:
 - створює ризики дискримінації сільських і малих закладів та громад через завищені інфраструктурні вимоги;
 - дублює послуги, уже передбачені пакетом ПМД, і може призвести до подвійного фінансування;
 - обмежує доступ значної частини населення через цифрові та територіальні бар'єри;
 - містить невизначеність щодо цільової групи, періодичності скринінгу та використання бюджетних коштів;
 - надмірно регламентує організаційні аспекти роботи закладів, не залишаючи простору для локальних рішень.
3. ВАОТГ пропонує **переформатувати програму** в бік:
 - стимулювання доказових скринінгів на рівні первинної ланки;
 - пілотування децентралізованих моделей управління та фінансування ПМД на рівні регіонів/кластерів/групи громад (субкластерів);
 - посилення спроможності громад планувати і реалізовувати профілактичні програми.
4. З огляду на викладене, ВАОТГ **підтримує необхідність посилення профілактики та раннього виявлення хронічних неінфекційних захворювань, однак вважає доцільним доопрацювання проєкту постанови** з урахуванням зазначених зауважень і пропозицій. Асоціація готова делегувати своїх представників до робочих груп МОЗ та НСЗУ для спільної розробки збалансованих рішень, які враховуватимуть як клінічні, так і управлінські, фінансові та місцеві аспекти.

Відповідальна особа
Євген Прилипко, експерт платформи «Охорона здоров'я» ВАОМС «Асоціація ОТГ»
+380683920736, prylypko@htf.org.ua