

№ 85/26 від 16.01.2026

Міністру охорони здоров'я України
В. К. Ляшку

Уповноваженій з питань запобігання та
виявлення корупції МОЗ України

В.О. Луцик

Копія: Заступнику Голови Національного
агентства

з питань запобігання корупції

Д.О. Калмикову

Щодо врахування пропозицій ВАОТГ до підрозділу 2.15 «Охорона здоров'я» проекту Антикорупційної стратегії на 2026–2030 роки

Шановні колеги!

Всеукраїнська асоціація органів місцевого самоврядування «Асоціація об'єднаних територіальних громад» (ВАОТГ) у межах роботи Платформи «Охорона здоров'я» представляє інтереси понад 850 територіальних громад — власників значної частини мережі комунальних надавачів медичних послуг різних рівнів. В умовах децентралізації саме громади забезпечують організаційні умови доступності базових медичних послуг, несуть витрати на утримання й розвиток комунальних закладів охорони здоров'я та виконують визначені законом повноваження у сфері громадського здоров'я.

У зв'язку з цим зміст підрозділу 2.15 Антикорупційної стратегії має прямий вплив на спроможність місцевого рівня забезпечувати прозорість, якість і доступність медичної допомоги та зменшувати корупційні ризики й неформальні платежі.

Національне агентство з питань запобігання корупції листом **№ 210-06/1401-26 від 12.01.2026** повідомило, що з огляду на стислі строки підготовки проекту Антикорупційної стратегії не має можливості врахувати надані ВАОТГ пропозиції на етапі доопрацювання підрозділу 2.15 та запропонувало надіслати їх безпосередньо до МОЗ України для врахування в межах процедури погодження проекту Стратегії заінтересованими органами.

У зв'язку з цим надсилаємо узагальнений пакет пропозицій ВАОТГ та експертні обґрунтування щодо доопрацювання підрозділу 2.15 «Охорона здоров'я». Просимо розглянути їх та, за можливості, врахувати під час формування позиції МОЗ України і підготовки пропозицій до НАЗК.

Зазначені пропозиції спрямовані на посилення антикорупційної логіки підрозділу 2.15 через усунення системних передумов неформальних платежів, зокрема: підвищення прозорості фінансування і тарифоутворення, зменшення невизначеності щодо «кошика» гарантованих послуг, посилення первинної медичної допомоги та профілактики, удосконалення управління даними (включаючи гармонізацію державної медичної статистики та ЕСОЗ), а також нормативне уточнення й подальше приведення галузевого регулювання у відповідність до рамкових підходів щодо розмежування компетенції/повноважень між рівнями та органами публічного врядування на принципах субсидіарності.

ВАОТГ готова долучитися до подальшого опрацювання зазначених питань у робочому порядку та надати додаткові пояснення/пропозиції за запитом.

Додатки:

Додаток 1. Пояснювальна записка до пропозицій ВАОТГ щодо доопрацювання підрозділу 2.15 «Охорона здоров'я» проекту Антикорупційної стратегії на 2026–2030 роки та відповідного комплексного аналізу ключових проблем у сфері охорони здоров'я.

Додаток 2. Пропозиції щодо внесення змін до підрозділу 2.15 «Охорона здоров'я» проекту Антикорупційної стратегії на 2026–2030 роки.

**Виконавчий директор
Всеукраїнської Асоціації ОТГ**

Тарас ДОБРІВСЬКИЙ

Відповідальна особа
Свген 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: 85/26
Дата реєстрації: 16.01.2026
Сертифікат: 5E984D526F82F38F0400000055F6CC01EB605606
Дійсний з: 26.05.2025 15:16:28
Дійсний до: 26.05.2026 23:59:59
Підписувач: ДОБРІВСЬКИЙ ТАРАС ГРИГОРОВИЧ
Мітка часу: 16.01.2026 12:06:46

ДОДАТОК 1.

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до пропозицій Всеукраїнської асоціації об'єднаних територіальних громад (ВАОТГ) щодо доопрацювання підрозділу 2.15 «Охорона здоров'я» проекту Антикоруptionної стратегії на 2026–2030 роки та відповідного комплексного аналізу ключових проблем у сфері охорони здоров'я

1. Підстава та мета підготовки

Цю пояснювальну записку підготовлено Платформою «Охорона здоров'я» ВАОТГ (далі – Асоціація) з метою обґрунтування пропозицій до підрозділу 2.15 «Охорона здоров'я» проекту Антикоруptionної стратегії на 2026–2030 роки (далі – Стратегія) та матеріалів комплексного аналізу ключових проблем у сфері охорони здоров'я. Записка має слугувати додатком до офіційного звернення ВАОТГ до Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ) з проханням врахувати пропозиції Асоціації при формуванні позиції МОЗ та поданні узгоджених матеріалів до Національного агентства з питань запобігання корупції (НАЗК).

ВАОТГ – всеукраїнська асоціація органів місцевого самоврядування, що об'єднує понад 850 територіальних громад. Територіальні громади як власники значної частини комунальних закладів охорони здоров'я, а також як суб'єкти, які забезпечують організаційні умови доступності медичної допомоги та виконують визначені законом функції у сфері громадського здоров'я, є зацікавленими сторонами у формуванні антикорупційної політики у сфері охорони здоров'я. Водночас Асоціація звертає увагу на системний виклик – відсутність належної визначеності щодо розмежування повноважень і ресурсного забезпечення між рівнями публічного врядування у сфері охорони здоров'я, що створює «сіру зону» відповідальності та підсилює корупційні ризики.

Мета пропозицій ВАОТГ полягає не в дублюванні контрольних заходів, а в посиленні Стратегії такими рішеннями, які зменшують «структурні» та «економічні» передумови корупційних практик і неформальних платежів: зокрема, шляхом підвищення прозорості фінансування та тарифоутворення, зменшення невизначеності щодо переліку послуг, що гарантуються державою, посилення ролі первинної медичної допомоги та удосконалення управління даними.

2. Загальний підхід ВАОТГ: чому антикорупційні цілі потребують системних змін

ВАОТГ підтримує логіку підрозділу 2.15, спрямовану на підвищення прозорості послуг, мінімізацію неформальних платежів, добросовісність у закупівлях та підзвітність закладів. Водночас Асоціація вважає, що досягнення заявлених очікуваних стратегічних результатів буде ускладненим, якщо Стратегія спиратиметься переважно на моніторинг, контроль і санкції, не усуваючи причин, які створюють попит і пропозицію «позасистемних» платежів.

До ключових системних причин, які мають бути відображені у Стратегії та Пояснювальній записці, як окремі напрямки рішень, ВАОТГ відносить:

По-перше, **невизначеність і неповнота «кошика» послуг**, що покриваються Програмою медичних гарантій (ПМГ), а також відсутність прозорих механізмів співоплати/компенсації там, де це є необхідним і допустимим законодавством. За відсутності чіткого переліку «гарантованого» та «негарантованого» пацієнт опиняється в ситуації асиметрії інформації, що створює простір для маніпуляцій і неформальних платежів.

По-друге, **розриви в доступності базових медичних послуг і слабкість первинної медичної допомоги (ПМД)** як першої ланки профілактики й раннього виявлення. Коли в громаді немає належної доступності базових послуг або відсутні стимули для якісної профілактичної роботи ПМД, населення частіше звертається до спеціалізованої допомоги, зростає кількість необґрунтованих направлень і госпіталізацій, збільшується навантаження на «дороговартісну» спеціалізовану медичну допомогу, що в сукупності підвищує ризики неформальних платежів.

По-третє, **непрозоре або недостатньо обґрунтоване тарифоутворення** у стаціонарі та слабка публічність параметрів розрахунку тарифів на основі реальних витрат. За наявності системного розриву між собівартістю і тарифом (зокрема через неврахування витратних матеріалів, лікарських засобів, комунальних витрат, амортизації, ринкового рівня оплати праці) заклади та персонал опиняються у середовищі, де неформальні платежі стають «компенсаторним» механізмом.

По-четверте, **якість та цілісність даних** як основи фінансування, управління та контролю. Паралельне існування системи державної медичної статистики (із формами звітності) та ЕСОЗ без належної гармонізації створює подвійне навантаження, різночитання показників, знижує відповідальність за достовірність даних і відкриває можливості для маніпуляцій (у тому числі для отримання додаткового фінансування або приховування порушень).

По-п'яте, **неврегульованість розмежування повноважень, відповідальності та ресурсного забезпечення** між рівнями публічного врядування у сфері охорони здоров'я. За відсутності чітко визначених власних, делегованих і солідарних повноважень (із забезпеченням делегованих повноважень ресурсами відповідно до принципу субсидіарності) зберігається «сіра зона» відповідальності за мережу, інфраструктуру та організаційні умови доступності медичної допомоги. Це ускладнює узгодження підходів до тарифоутворення (зокрема щодо включення/невключення витрат на інфраструктуру, комунальні послуги та обладнання), створює підстави для перекладання витрат на місцеві бюджети без компенсації та підсилює ризики управлінських маніпуляцій і неформальних практик.

Саме тому ВАОТГ пропонує доповнити підрозділ 2.15 рішеннями, які роблять корупцію «невигідною» і «складною» не лише через санкції, а передусім через усунення причин, що породжують тіньові практики.

3. Пропозиції ВАОТГ до проблематики 2.15.1 та очікуваних стратегічних результатів

3.1. Уточнення формулювання проблеми 2.15.1

Формулювання проблеми 2.15.1 у проєкті («Недотримання медичними працівниками стандартів...») загалом відповідає суті, однак потребує посилення причинно-наслідкового зв'язку між:

- економічними умовами надання послуг (тарифи, забезпечення витратних матеріалів і лікарських засобів, умови оплати праці),
- організаційними умовами доступу та маршрутами пацієнтів (роль ПМД як «входу» в систему),
- поведінкою надавачів послуг (дотримання стандартів),
- оскільки недотримання стандартів часто є не лише поведінковою проблемою, а й наслідком системних дефіцитів ресурсів і стимулів.

3.2. Прозорість та доказовість тарифоутворення (доповнення до результатів 2.15.1.6 та новий результат)

ВАОТГ підтримує включення до переліку результатів пункту **2.15.1.6** (методика обрахунку тарифів стаціонару з урахуванням витратних матеріалів і лікарських засобів), але вважає необхідним розширити його зміст, щоби він мав практичну антикорупційну дію.

На підставі експертних пропозицій (зокрема, аналітичних матеріалів щодо прозорості тарифікації медичних послуг) ВАОТГ пропонує:

- **Закріпити вимогу публічності процесу обґрунтування тарифів ПМГ** із посиланням на застосовану методологію (зокрема ДСГ), джерела даних, логіку розрахунків і параметри референтного аналізу фактичних витрат. Така публічність має бути достатньою для розуміння: що саме включено в тариф, які витрати покриваються, а які – ні.
- **Розширити перелік витрат, що мають враховуватися у тарифах**, включаючи:
 - витрати на витратні матеріали та лікарські засоби відповідно до медико-технологічних документів;
 - комунальні витрати та інші обґрунтовані постійні витрати закладу;
 - амортизацію/оновлення обладнання й інфраструктури;
 - витрати на оплату праці з орієнтацією на ринковий рівень (зокрема для ключових категорій персоналу), як один із інструментів мінімізації стимулів до неформальних платежів.
- **Передбачити періодичність перегляду тарифів** на основі фактичних витрат (не рідше одного разу на рік) на групі референтних закладів, що відповідають стандартам надання медичної допомоги.

Окремо ВАОТГ пропонує включити додатковий очікуваний стратегічний результат (умовно – **2.15.1.7**), спрямований на публічність обґрунтування тарифів ПМГ відповідно до методології ДСГ та аналізу фактичних витрат. На думку Асоціації, саме цей елемент є ключовим для зменшення корупційних ризиків, пов'язаних із «заниженими тарифами» та перекладанням витрат на пацієнта.

3.3. «Кошик послуг» ПМГ і прозорі механізми співоплати/компенсації

ВАОТГ вважає, що підрозділ 2.15 має містити стратегічний результат, який фіксує потребу у:

- **чіткому визначенні переліку послуг/складових послуг, що покриваються ПМГ повністю або частково**, та правил їх безоплатності для пацієнта;
- **визначенні переліку послуг, що не покриваються ПМГ**, із недопущенням підміни гарантованих послуг «платними»;
- **запровадженні прозорих механізмів співоплати/компенсації** (там, де це є необхідним і допустимим законодавством), із чіткими запобіжниками від неформальних платежів.

У Пояснювальній записці доцільно окремо підкреслити, що невизначеність «кошика послуг» є одним із базових чинників неформальних платежів і конфліктів між пацієнтом, лікарем та закладом.

3.4. Роль мережі та доступності базових послуг; посилення ПМД як інструмент зниження корупційних ризиків

ВАОТГ пропонує відобразити в підрозділі 2.15 системний взаємозв'язок між доступністю базових послуг, ефективністю ПМД та рівнем неформальних платежів.

Зокрема, доцільно зафіксувати стратегічну логіку: **зменшення навантаження на спеціалізовану допомогу через посилення первинної** є шляхом оптимізації витрат державного бюджету та зменшення тиску на дороговартісну спеціалізовану медичну допомогу. У свою чергу, менше навантаження та «черг/дефіцитів» у спеціалізованій ланці зменшує стимули до «прискорення» доступу через неформальні платежі.

Відповідно, ВАОТГ пропонує:

- передбачити в Стратегії необхідність посилення ПМД як основи профілактики, раннього виявлення та маршрутизації;
- відобразити потребу у **змішаній моделі фінансування ПМД** із мотиваційною складовою за досягнення показників (індикаторів) профілактики, раннього виявлення та контролю хронічних захворювань;
- зафіксувати необхідність регулярного перегляду (перерахунку) капітаційної ставки ПМД на основі аналізу фактичних витрат референтних закладів ПМД, визначених відповідно до затверджених критеріїв **Належної практики первинної медичної допомоги** та таких, що відповідають вимогам і очікуванням щодо якості й доступності ПМД;

- у Пояснювальній записці окремо зазначити, що прогалини в мережі та маршрутах пацієнтів спричиняють надлишкові необґрунтовані госпіталізації в референтні заклади, що впливає на витрати й собівартість послуг та створює додаткові корупційні ризики.

4. Гармонізація системи державної медичної статистики та ЕСОЗ як антикорупційний пріоритет

ВАОТГ пропонує включити до підрозділу 2.15 (як окремий стратегічний результат або як складову існуючих результатів щодо цифрових інструментів верифікації та достовірності даних) напрям, пов'язаний із гармонізацією медичної статистики та ЕСОЗ.

Станом на сьогодні система державної медичної статистики (із формами звітності, паперовими/електронними поданнями) співіснує паралельно з ЕСОЗ. Ці системи не гармонізовані за структурою, метою, логікою групування даних і показниками. У результаті заклади охорони здоров'я та медичні працівники ведуть паралельну звітність, яка часто не співпадає між собою.

Це:

- створює подвійне навантаження на надавачів медичних послуг;
- знижує загальну якість даних, оскільки «розмивається» відповідальність за достовірність;
- формує середовище, де можливі маніпуляції різними наборами показників (у тому числі з метою отримання додаткового фінансування або приховування порушень);
- ускладнює формування єдиної, верифікованої та стандартизованої бази даних для управлінських рішень на рівні громади/регіону/держави.

ВАОТГ вважає доцільним передбачити у Стратегії підготовку та затвердження базового рамкового документу: **Концепції розбудови державної медичної статистики в Україні на період до 2030 року** з подальшою розробкою стратегії/операційного плану реалізації (включаючи перегляд статистичних форм, ліквідацію дублюючих форм, які можуть формуватися з даних ЦБД ЕСОЗ після необхідних змін до структури полів та порядку внесення електронних медичних записів).

З огляду на міжнародні підходи, модернізація медичної статистики має відповідати основним принципам офіційної статистики, схваленим Генеральною Асамблеєю ООН, та Кодексу норм європейської статистики, що підвищить довіру до даних і зменшить простір для корупційних практик, пов'язаних із «домальовуванням» показників.

5. Закупівлі, облік ресурсів і прозорість використання майна: пропозиції до 2.15.2

ВАОТГ підтримує блок 2.15.2 щодо закупівель, розподілу лікарських засобів, медичних виробів та обладнання. Водночас Асоціація вважає важливим, щоб очікувані результати цього блоку були пов'язані не лише із процедурною прозорістю закупівель, а й із достовірним обліком та аналізом використання ресурсів у контексті наданих послуг.

У цьому зв'язку ВАОТГ підтримує такі підходи, закладені у проєкті результатів 2.15.2 (зокрема щодо обліку, аналізу послуг та ресурсів, національного дашборду, електронного обліку використаних лікарських засобів), і пропонує в Пояснювальній записці додатково підкреслити:

- необхідність пов'язувати дані про закупівлі та облік майна з даними про обсяг і структуру наданих послуг для запобігання маніпуляціям статистикою та «списанням» ресурсів;
- роль навчання керівників закладів не лише з доброчесності, а й з управління витратами/собівартістю, обліку та управління даними як практичного інструменту антикорупційної політики.

6. Підзвітність і контроль у закладах охорони здоров'я; роль власника та спроможність громад

ВАОТГ підтримує блок 2.15.4 щодо KPI керівників, внутрішнього аудиту та інструментів доброчесності. Разом із тим Асоціація вважає за необхідне посилити в Стратегії та Посвянювальній записці роль власника (територіальної громади) та її інституційної спроможності виконувати функції управління та контролю.

6.1. Нормативне розмежування повноважень і ресурсне забезпечення як передумова зниження корупційних ризиків

Окремим системним чинником корупційних ризиків є відсутність чіткого нормативного розмежування повноважень, відповідальності та ресурсного забезпечення між рівнями публічного врядування у сфері охорони здоров'я (між представницькими органами місцевого самоврядування та територіальними органами виконавчої влади) на принципах субсидіарності, зокрема — обов'язкового забезпечення делегованих повноважень відповідними ресурсами.

Нагальна потреба прийняття Закону України «Про засади розмежування повноважень між рівнями та органами публічного врядування» (який, зокрема, містить положення щодо сфери охорони здоров'я) має бути відображена як одна з базових умов досягнення результатів Стратегії; водночас важливо підкреслити, що прийняття цього Закону є також окремим (простроченим) індикатором у межах виконання Ukraine Facility. При цьому зазначений Закон має встановлювати насамперед рамки та термінологію, у тому числі види повноважень (власні, делеговані та солідарні) та описувати компетенції рівнів публічного врядування.

Натомість практичне розмежування повноважень між органами (представницькими органами місцевого самоврядування та територіальними органами виконавчої влади) за рівнями — регіональним (область), субрегіональним (район) та базовим (громада) — має здійснюватися шляхом системного аналізу й подальшого приведення у відповідність галузевого законодавства профільним міністерством (у цьому випадку — Міністерством охорони здоров'я України) після ухвалення базового Закону.

На сьогодні в різних актах галузевого законодавства повноваження, зобов'язання та підзвітність у сфері охорони здоров'я часто сформульовані загально або «через кому» (без чіткого розподілу між рівнями та органами публічного врядування), що зберігає «сіру зону» щодо мережі, інфраструктури, обладнання, комунальних послуг та організаційних умов доступності, створює підстави для перекладання витрат без компенсації, різночитань у підзвітності й контролі та підсилює стимули до неформальних практик. Окремо підкреслюємо: без такого врегулювання неможливо стабільно узгодити принципи тарифоутворення (зокрема щодо включення/невключення витрат на інфраструктуру, обладнання та комунальні послуги), а отже — зменшити структурні передумови неформальних платежів і корупційних ризиків.

6.2. Інституційна спроможність ОМС як умова ефективного управління та контролю в охороні здоров'я

З урахуванням децентралізації, органи місцевого самоврядування, несуть витрати з місцевих бюджетів на утримання й розвиток комунальних закладів охорони здоров'я та забезпечують організаційні умови доступності послуг. Водночас в багатьох громадах відсутні необхідні компетенції, кадрові ресурси та інструменти для управління здоров'ям населення та мережею медичних послуг (включаючи аналіз потреб, маршрути пацієнтів, моніторинг якості й ефективності витрат).

Тому ВАОТГ пропонує відобразити у Стратегії потребу у:

- формуванні/визначенні професійного стандарту та функціоналу для штатного працівника (або відповідальної посадової особи) в ОМС з питань управління здоров'ям громади та координації мережі медичних послуг;
- розвитку компетенцій ОМС у використанні даних, фінансовому аналізі та плануванні мережі;
- залученні асоціацій ОМС до розробки підзаконних актів і інструментів реалізації антикорупційної політики у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВОК

Запропоновані ВАОТГ доповнення до підрозділу 2.15 «Охорона здоров'я» спрямовані на посилення антикорупційної логіки документу через усунення причин, що породжують неформальні платежі та корупційні практики: невизначеність «кошика послуг», розриви доступності та слабкість ПМД, непрозоре тарифоутворення і дефіцит ресурсів, неузгодженість систем даних, а також нормативну невизначеність у розмежуванні компетенції та ресурсного забезпечення між рівнями публічного врядування у сфері охорони здоров'я.

ВАОТГ пропонує розглядати ці пропозиції як основу для подальшого спільного доопрацювання підрозділу 2.15 МОЗ України із залученням профільних експертних середовищ та асоціацій органів місцевого самоврядування, з урахуванням потреби подальшого приведення галузевого законодавства у відповідність до рамкового підходу щодо розмежування повноважень між рівнями та органами публічного врядування.

Підготовлено групою експертів ГС «Форум трансформації охорони здоров'я» в рамках співпраці з ВАОТГ.

Євген Прилипко,

Експерт платформи «Охорона здоров'я»,

ВАОМС «Асоціація ОТГ» ([BAOTG](#)),

Голова експертної ГС «Форум трансформації охорони здоров'я» ([HTF](#))

+380683920736, prylypko@htf.org.ua

ДОДАТОК 2.

Пропозиції щодо внесення змін до підрозділу 2.15 «Охорона здоров'я» проекту Антикорупційної стратегії на 2026–2030 роки

Нижче наведено редакційні пропозиції ВАОТГ до формулювань проблем та/або очікуваних стратегічних результатів підрозділу 2.15 «Охорона здоров'я». Пропозиції не є вичерпними, сформовані з урахуванням Пояснювальної записки (Додаток 1) та мають розглядатися у взаємозв'язку з викладеними в ній викликами й проблемами. Зазначені формулювання потребують подальшого узгодження та редакційного доопрацювання (у тому числі з урахуванням позиції МОЗ України) для забезпечення внутрішньої логіки підрозділу та коректного відображення запропонованих підходів у Стратегії.

1. Проблема 2.15.1

1.1. Пункт «Проблема 2.15.1» викласти в такій редакції:

Проблема 2.15.1. Формальне або неповне дотримання стандартів надання медичної допомоги та непрозорі механізми фінансування і тарифоутворення призводять до додаткових витрат пацієнтів та поширення неформальних платежів.

1.2. Пункт 2.15.1.6 викласти в такій редакції:

2.15.1.6. Методика обрахунку тарифів за Програмою медичних гарантій на медичні послуги, що надаються в умовах стаціонарного лікування, базується на аналізі фактичних витрат та враховує, зокрема, вартість витратних матеріалів і лікарських засобів, витрати на оплату праці персоналу, комунальні витрати, амортизацію обладнання та інфраструктури; розрахунок і перегляд тарифів здійснюється періодично на визначеній групі референтних закладів, що відповідають вимогам до рівня та якості надання медичної допомоги.

1.3. Доповнити очікувані стратегічні результати пунктом 2.15.1.7 такого змісту:

2.15.1.7. Забезпечено публічність інформації щодо процесу обґрунтування тарифів за Програмою медичних гарантій відповідно до методології діагностично-споріднених груп (ДСГ) за адаптованою австралійською моделлю на основі збору, узагальнення та аналізу фактичних витрат на надання послуг з урахуванням дотримання медико-технологічних документів.

1.4. Доповнити очікувані стратегічні результати пунктом 2.15.1.8 такого змісту:

2.15.1.8. Визначено та забезпечено прозоре застосування підходів до розмежування медичних послуг, що покриваються Програмою медичних гарантій (повністю або частково), та медичних послуг, що не покриваються Програмою медичних гарантій, із впровадженням передбачених законодавством прозорих механізмів співплати/компенсації (у разі необхідності) з метою мінімізації неформальних платежів і маніпуляцій із пацієнтами.

1.5. Доповнити очікувані стратегічні результати пунктом 2.15.1.9 такого змісту:

2.15.1.9. Посилено роль первинної медичної допомоги як основи профілактики, раннього виявлення хронічних захворювань та маршрутизації пацієнтів; впроваджено підходи до змішаної моделі фінансування первинної медичної допомоги з мотиваційною складовою за досягнення показників (індикаторів) профілактики, раннього виявлення та контролю хронічних захворювань.

1.6. Доповнити очікувані стратегічні результати пунктом 2.15.1.10 такого змісту:

2.15.1.10. Передбачено регулярний перегляд (перерахунок) капітаційної ставки первинної медичної допомоги на основі аналізу фактичних витрат визначених референтних закладів первинної медичної допомоги, відібраних за затвердженими критеріями належної практики первинної медичної допомоги та показниками якості й доступності.

2. Проблема 2.15.2

2.1. Пункт 2.15.2.2 викласти в такій редакції:

2.15.2.2. Впроваджено систему обліку та аналізу наданих закладами охорони здоров'я послуг, їх кількості, структури та використаних для цього ресурсів для об'єктивного прогнозування потреб у медичних ресурсах, підвищення прозорості розподілу ресурсів та запобігання маніпулюванню статистичними даними.

(Примітка: редакція уточнює антикорупційний фокус пункту — прозорість розподілу та запобігання маніпуляціям.)

3. Проблема 2.15.3

(Редакційні пропозиції ВАОТГ до пунктів 2.15.3.1–2.15.3.4 на цьому етапі не надаються.)

4. Проблема 2.15.4

4.1. Пункт «Проблема 2.15.4» викласти в такій редакції:

Проблема 2.15.4. Неефективність механізмів управління, підзвітності та контролю в системі охорони здоров'я (зокрема в закладах охорони здоров'я, у частині управління майном/ресурсами та даними/звітністю), а також неврегульоване розмежування і ресурсне забезпечення делегованих повноважень між рівнями публічного врядування на засадах субсидіарності створюють корупційні ризики та знижують ефективність роботи закладів охорони здоров'я.

4.2. Доповнити очікувані стратегічні результати пунктом 2.15.4.4 такого змісту:

2.15.4.4. Удосконалено механізми підзвітності та контролю результатів діяльності закладів охорони здоров'я з урахуванням показників доступності базових медичних послуг і дотримання маршрутів пацієнтів; у комплексному аналізі окремо враховано, що прогалини в мережі та маршрутах пацієнтів спричиняють надлишкові необґрунтовані госпіталізації в референтні заклади, що впливає на витрати й собівартість послуг та створює додаткові корупційні ризики.

4.3. Доповнити очікувані стратегічні результати пунктом 2.15.4.4 такого змісту:

2.15.4.5. Удосконалено та гармонізовано підходи до державної медичної статистики і даних електронної системи охорони здоров'я (ЦБД ЕСОЗ) шляхом перегляду форм звітності, усунення дублювання та забезпечення можливості формування необхідних статистичних показників на основі верифікованих даних ЦБД ЕСОЗ, що зменшує ризики маніпулювання даними та підвищує відповідальність за їх достовірність.

4.4. Доповнити очікувані стратегічні результати пунктом 2.15.4.6 такого змісту:

2.15.4.6. Усунено нормативну невизначеність у розмежуванні компетенції/повноважень у сфері охорони здоров'я між рівнями публічного врядування та між ОМС і територіальними органами виконавчої влади, із визначенням видів повноважень і механізмів ресурсного забезпечення делегованих повноважень (субсидіарність).

Підготовлено групою експертів ГС «Форум трансформації охорони здоров'я» в рамках співпраці з ВАОТГ.

Євген Прилипко,

Експерт платформи «Охорона здоров'я»,

ВАОМС «Асоціація ОТГ» ([BAOTG](#)),

Голова експертної ГС «Форум трансформації охорони здоров'я» ([HTF](#))

+380683920736, prylypko@htf.org.ua