



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ

Ви питали? МОЗ відповідає!

Відповіді на питання лікарів про реформу,
зібрані під час туру «Зміни.Ти» в першій половині 2017 року

Ця публікація була підготовлена за підтримки Європейського Союзу та його держав-членів. Зміст цієї публікації є виключною відповідальністю її авторів та не може жодним чином сприйматися як такий, що відображає погляди Програми «U-LEAD з Європою», Європейського Союзу та його держав-членів.



МІНІСТЕРСТВО РЕГІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ
БУДІВНИЦТВА
ТА ЖИТЛОВО-КОМУНАЛЬНОГО ГОСПОДАРСТВА
УКРАЇНИ



Первинна ланка

1.

Чому базовий ризик-тариф на первинці становить саме 210 грн (згодом 300+ грн)?

Будь-яка послуга складається з багатьох компонентів: оплати роботи лікарів та медпрацівників, діагностичних та лабораторних послуг, комунальних витрат, амортизації обладнання та інфраструктури, якщо це послуга стаціонарного лікування, також готельних послуг та ліків. Вартість послуги на рівні первинної медичної допомоги вираховується так само — з обсягу послуг, які держава закуповує у медичної практики.

210 гривень вираховувались з бюджету 2017 року, що формувався ще до початку роботи команди реформ МОЗ. Цих коштів ледве вистачало на роботу якісної практики. Зсув початку реалізації реформи на 2018 рік дозволив нам підняти базові ризик-тарифи до економічно обґрунтованого рівня.

У бюджетній резолюції, ухваленій у липні 2017 року, закладений середній тарифу у 370 гривень на 2018 рік. Стільки в середньому отримуватиме практика первинної медичної допомоги за пацієнта. Це означає, що лікар первинної ланки буде отримувати в рік близько 750 тисяч гривень на свою практику, якщо набере максимально дозволене число пацієнтів у 2 тисячі осіб.

Чи будуть його переглядати з огляду на інфляцію?

У трирічній бюджетній резолюції закладена сума в 370 гривень в середньому за пацієнта на 2018 рік і 450 гривень на 2019 рік. Ця сума може зрости і далі зі зміною кількості послуг, які надає сімейних лікар.

Чи не зменшиться кількість фінансування на первинці?

Ні. Навпаки фінансування збільшиться.

Потужна первинна ланка є найбільш ефективним методом контролю медичних ризиків населення. В усіх країнах з подібною системою є головним напрямком фінансового стимулювання в системі.

Які вікові коефіцієнти пропонує МОЗ і чи будуть інші коефіцієнти?

В 2018-му році попередньо планується подвійна ставка за пацієнтів до 5 років та для людей старших за 65 років. Також за пацієнтів 6-17 років та 40-65 років планується ставка 1,2. Пізніше — з 2019-2020 років — планується додати статеві коефіцієнти.

2.

Які саме маніпуляції входять до гарантованого пакету первинки?

Сімейний лікар спостерігає за станом здоров'я пацієнтів із використанням різного виду досліджень, проводить діагностику та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; супроводжує пацієнтів із хронічними захворюваннями; надає невідкладну допомогу; направляє пацієнта для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) меддопомоги; проводить профілактику: вакцинацію, огляди та дослідження пацієнтів з груп ризику; надає консультації.

Сімейний лікар може спостерігати неускладнену вагітність та спостерігати за здоровою дитиною відповідно до вікових особливостей та потреб. Також він надає окремі послуги паліативної допомоги, зокрема оцінку ступеню болю, призначення та рецепт на наркотичні засоби, психотропні речовини для лікування больового синдрому.

В рамках первинної медичної допомоги пацієнти гарантовано і безоплатно можуть отримати:

Гематологічні дослідження

1. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою.

Біохімічні й імунохімічні дослідження сироватки крові

2. Глюкоза крові.
3. Загальний холестерин.

Аналізи сечі

4. Загальний аналіз сечі.

Інструментальні методи дослідження

5. Електрокардіограма (ЕКГ) у стані спокою.

6. Мікроскопія харкотиння.

Швидкі тести

7. Швидкі тести на ВІЛ, вірусний гепатит, сифіліс.

Сімейний лікар призначає ліки та виписує рецепти, за якими, у тому числі, можна отримати препарати за програмою відшкодування вартості ліків „Доступні ліки“ (програма буде розширюватися), а також виписувати довідки, лікарняні листки.

Повністю послуги в межах первинної медичної допомоги будуть зафіксовані в новому „Порядку надання ПМД“, який буде затверджений наказом після ухвалення законів медичної реформи.

Чи входять до ризик-тарифу витрати на медикаменти, розхідні матеріали, аналізи, послуги вторинної ланки, планові медичні огляди?

До ризик-тарифів входять: розхідні матеріали та медикаменти, необхідні для невідкладної допомоги, планові медичні огляди, підтримка інфраструктури. Бюджет на аналізи буде включено в окремий тариф — цим бюджетом також буде оперувати сімейний лікар. Ліки для пацієнтів розповсюджуватимуться через аптеки по програмі «Доступні ліки».

Хто оплачує транспортування матеріалу для лабораторних досліджень до лабораторії?

Ці видатки включено в ризик-тариф.

До якої ланки і звідки оплачуватимуться лабораторії, в тому числі зарплата лаборантів?

Лабораторії, так само як і вся система, переходять на оплату за послуги. Зарплата лаборантів є частиною ціни лабораторної послуги.

Для громадян необхідні діагностичні обстеження та лабораторні аналізи будуть покриватися програмою медичних гарантій.

На рівні первинної ланки під управлінням сімейного лікаря буде окремий бюджет на лабораторні аналізи (з часом він зростатиме, подібно до того, як розширюється програма „Доступні ліки“).

Після проведення автономізації та переходу на контрактні відносини з Національною службою здоров'я України, будь-який медичний заклад зможе використовувати свою інфраструктуру для продажу послуг з лабораторної діагностики.

3.

Як регулюватимуться виклики пацієнта додому? Який юридичний захист матиме лікар у разі відмови виїжджати на виклик?

Сімейний лікар на власний розсуд приймає рішення про надання окремих послуг за місцем проживання або перебування пацієнта або телефоном чи по Інтернеті. Вік пацієнта, віддаленість його місця перебування від місця прийому сімейного лікаря чи відсутність у пацієнта коштів на проїзд не можуть бути єдиними підставами для виклику та виїзду лікаря. Сімейний лікар, педіатр, терапевт не буде мати за контрактом обов'язка відвідувати пацієнтів на дому. Тому юридичні претензії в цьому питанні будуть технічно неможливі.

Як регулюватиметься надання консультацій по телефону?

Ніщо не зможе замінити реальну зустріч пацієнта і лікаря. Вона є в центрі нашої уваги на початку реформи.

Система надання консультацій з використанням засобів зв'язку (голосовий та відеозв'язок) потребує додаткового врегулювання. Ці перемовини мають фіксуватися для захисту як пацієнта, так і лікаря. Ми очікуємо, що питання набуде більшої актуальності за 1,5-2 роки і буде вирішуватись паралельно з розвитком електронної системи охорони здоров'я e-Health.

4.

Скільки візитів пацієнта передбачає декларація і чи можна поставити верхню межу?

Верхнього обмеження числа візитів немає.

Скільки триватиме прийом пацієнта на первинній ланці?

Оптимальний формат та довжину прийому пацієнта обирає лікар.

Чи буде зобов'язання для пацієнта проходити періодичні огляди в лікаря первинки?

Сімейний лікар зможе рекомендувати періодичні профілактичні огляди та проведення досліджень. Усі необхідні за показаннями профілактичні огляди та дослідження будуть покриватися державою.

Пацієнт має право відмовитися від будь-яких маніпуляцій зі своїм тілом. Тому необхідні огляди лі-

кар можемо тільки рекомендувати, але не може зобов'язати людину їх проходити — це буде порушувати Конституцію України та низку Законів та міжнародних конвенцій.

5.

Які лікарі працюватимуть на первинній ланці?

Лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-терапевт, лікар-педіатр, який працює у закладі первинної медичної допомоги або є фізичною особою-підприємцем та особисто надає первинну меддопомогу.

Як планується підготувати достатню кількість спеціалістів?

Раніше робота сімейного лікаря фактично не оплачувалася. Після реформи практики первинної допомоги (сімейні лікарі, терапевти, педіатри) почнуть отримувати гідний прибуток, що зробить первинну ланку значно вигіднішою. Можна очікувати повернення лікарів в професію, а також перехід лікарів загальної практики кардіологів, пульмонологів, гастроентерологів та інших вузьких спеціалістів. Вони будуть користуватися більшим попитом від пацієнтів з відповідними хронічними захворюваннями.

6.

Як працюватимуть декларації між пацієнтом і лікарем первинної ланки?

Пацієнт підписує з лікарем декларацію, лікар заносить дані пацієнта в електронну систему охорони здоров'я e-Health. Це означає, що пацієнт закріплений за конкретним лікарем і НСЗУ почне виплати саме цьому лікарю за обслуговування пацієнта. А лікар почне відповідне спостереження пацієнта.

Чи будуть вони автоматично подовжуватися?

Так.

Чи можна укладати декларації не за місцем реєстрації?

Пацієнт може укласти декларацію з будь-яким обраним лікарем, незалежно від місця реєстрації чи проживання.

Чи можна міняти лікаря і як часто?

В 2018-му році пацієнти зможуть змінювати сімейних лікарів у будь-який момент за власним бажанням. Для цього необхідно просто підписати декларацію з іншим лікарем первинної практики. Кількість змін лікаря в 2018 році необмежена.

Традиційно, в подібних системах вводиться символічний сервісний збір за зміну лікаря первинної медичної допомоги. Але це можливо тільки тоді, коли всі пацієнти вже обрали своїх лікарів. Можливо декому знадобиться декілька спроб.

Чи можна відмовитися від пацієнта?

Лікар може відмовити у підписанні декларації тільки, якщо вже має приписаними максимум в 2 000 пацієнтів.

Чи будуть додаткові коефіцієнти за лікування асоціальних пацієнтів і можливість розірвати з ними декларацію?

Ні. Люди у важких життєвих умовах — такі самі люди, українці, як і всі ми. Обов'язок лікарів останні тисячі років — допомагати будь-кому, хто цієї допомоги потребує. Національна служба здоров'я України створюється за тим самим принципом.

Щоб робота лікарів з українцями, які потрапили у складні життєві умови, була ефективною, потрібна більш тісна координація структур, які надають медичні та соціальні послуги.

Яка нижня і верхня межа кількості декларацій на одного лікаря?

Максимальна кількість пацієнтів – 2000 осіб. Під час старту реформи можливі винятки в сільській місцевості, де є кадровий дефіцит. Усі люди, які проживають на території, мають отримати первинну медичну допомогу. А значить, кошти надійдуть на рахунки медичної практики, яка їх веде, навіть коли лікарі перенавантажені. Із закриттям вакантних позицій в сільській місцевості ця проблема піде.

Мінімальна межа приписаних пацієнтів не встановлюється.

Яка кількість декларацій достатня, щоб лікар мав гідну зарплатню?

Поняття «гідної зарплатні» є індивідуальною для кожного лікаря. Дохід прямо залежатиме від кількості та віку пацієнтів, а також від податкового режиму, в якому працює лікар (як найманий працівник у закладі первинної медичної допомоги або як фізична особа-підприємець).

Усі розрахунки робляться за практикою з навантаженням у 2000 пацієнтів. Згідно з законопроектом медичної реформи (№6327) розрахунки компоненту оплати праці лікарів мають робитися із розрахунку 250% від середньої зарплати по країні. Сьогодні це близько 17 000 гривень.

Витрати практики поділяються на ті, які залежать від кількості пацієнтів і ті, які є постійними (оренда, комунальні витрати тощо).

Розраховуючи баланс прибутків-витрат медичної практики, варто брати до уваги кількість приписаних пацієнтів, які покривають постійні видатки конкретної практики, — це межа фінансової спроможності практики.

Усі приписані понад ці межі пацієнти будуть дещо підвищувати витрати і приносити медичній практиці основний прибуток.

Тобто невелика різниця в 100-200 пацієнтів може давати суттєве підвищення чистого прибутку практики, якщо це пацієнти — понад межі фінансової спроможності практики.

Яку юридичну силу мають декларації?

Підписуючи декларацію, пацієнт повідомляє Національну службу здоров'я України (центральний орган виконавчої влади) про вибір лікаря первинної медичної допомоги. На основі цієї інформації, занесеної в реєстр, НСЗУ обчислює кошти, які за контрактом має отримати медична практика, де прикріпився пацієнт.

7.

Яким чином фінансуватиметься надання первинної медичної допомоги особам, які не уклали декларацій?

Для отримання медичної допомоги у сімейного лікаря, педіатра або терапевта пацієнт має підписати декларацію під час першого візиту. Якщо ця людина просто не звертається по медичну допомогу, держава не оплачує послуги, які не надаються.

Під час першого ж звернення та підписання декларації з лікарем, за пацієнта починає платити держава.

Варто пам'ятати, що якщо лікар потрапив в ситуацію, де людина потребує екстреного втручання, він має це зробити незалежно від того, чи підписав пацієнт делкарацію. Але лікар не зобов'язаний надавати послуги первинної медичної допомоги людині, яка відмовляється підписувати декларацію.

Також, пацієнт зможе за власний кошт купити у лікаря необхідні йому медичні послуги не підписуючи з ним декларацію. Це не є незаконним, але не регулюється державою і оцінка якості цих послуг залишиться поза системами державного контролю якості.

Чи зможе пацієнт звертатися без направлення лікаря первинної ланки до лікаря вторинної або ж якщо не укладав декларацію на первинці?

Фінансування вторинної і третинної ланки за новою моделлю розпочнеться у 2019 році і буде вводитися поступово за кожною послугою до 2020 року. До цього часу система на рівні вторинної ланки буде працювати так само, як вона працює зараз.

Звернення до лікарів-спеціалістів, призначені сімейним лікарем, будуть оплачуватися Національною службою здоров'я (після початку виплат за ці послуги в новій системі).

Якщо пацієнт звертається до лікарів-спеціалістів за власним бажанням, він самостійно сплачує вартість візиту.

Як відбуватиметься профілактика та рання діагностика в пацієнтів із «червоного» реєстру?

Як тільки пацієнт уклав з лікарем декларацію, він потрапляє з червоного реєстру в зелений. Після цього профілактика та рання діагностика відбувається на загальних засадах.

8.

Скільки сімейному лікарю з повним завантаженням потрібно медичних сестер?

Це вирішує медична практика. Мінімальна вимога для практики — одна медсестра. В сільській місцевості можна очікувати більшу кількість середнього медичного персоналу у лікаря.

Чи потрібен йому бухгалтер, кочегар?

Це вирішує медична практика залежно від місцевих умов.

Які соціальні гарантії передбачені для лікарів-ФОПів?

Соціальні гарантії для лікарів не обмежені статусом суб'єкта господарювання, в якому вони працюють.

Що відбудуватиметься у разі, якщо лікар-ФОП змінює місце проживання?

Після зміни місця реєстрації лікарю потрібно також подати стандартні документи до податкової адміністрації. Якщо його місце роботи не змінюється, то пацієнти ніяких змін не відчують.

9.

Яким чином буде відбуватись оплата праці сімейних лікарів-інтернів?

Сімейні лікарі-інтерни працюють у складі ліцензованої медичної практики. Їхній прибуток є предметом їх домовленості з керівництвом практики

Яким чином буде відбуватись соціальні виплати лікарям, які вийшли в декретну відпустку?

Виплата допомоги по вагітності та пологах регулюється Фондом соціального страхування. На неї мають право також і лікарі у статусі ФОП, які сплачують ЄСВ.

Чи будуть доплачувати за одноразове або кількарізне звернення відпочивальників до лікарів первинки?

Наразі такі послуги не будуть включені до програми медичних гарантій. Передбачається, що в разі невідкладних станів людина зможе звернутися до служби екстреної медичної допомоги. Людина також може отримати телефонну консультацію у свого сімейного лікаря/терапевта/педіатра, якщо це узгоджено між лікарем та пацієнтом. При цьому місцеве самоврядування може організувати окремі пункти надання первинної медичної допомоги пацієнтам-відпочивальникам і оплачувати ці послуги з власного бюджету, використовуючи як джерело фінансування туристичний збір.

Взаємодія ланок

1.

Як узгоджуватиметься робота різних ланок медичної допомоги і чи треба їх розділяти?

Лікар первинної ланки видає направлення для отримання спеціалізованої допомоги, за яким послуги, надані пацієнту, оплачує держава.

Наявність в системі сімейних лікарів, педіатрів та терапевтів не розділяє систему. На кожному рівні надаються ті послуги, які можуть бути надані якісно та економічно ефективно.

Чи залишатимуться вузькі спеціалісти при поліклініках?

Медичні заклади самі вирішуватимуть, які спеціалісти їм потрібні для надання замовлених державою послуг. За досвідом інших країн, можна очікувати поступове зменшення запитів до вузьких спеціалістів паралельно з підвищенням кваліфікації сімейних лікарів.

Також варто зазначити, що перспективним є перекваліфікація вузьких спеціалістів до лікарів загальної практики. У такому випадку лікар зможе надавати і послуги первинної медичної допомоги (і мати за це гідний стабільний дохід) і, за наявності необхідного обладнання, надавати профільні послуги.

Сімейні лікарі з додатковою спеціалізацією будуть користуватися додатковим попитом з боку пацієнтів з відповідними хронічними захворюваннями. Особливо це стосується кардіологів, пульмонологів, гастроентерологів.

Як узгоджуватиметься робота первинної і вторинної ланки, зокрема в частині скринінгу в селах?

Робота первинної та вторинної ланки узгоджуватиметься через систему eHealth, де буде зберігатися вся інформація про направлення пацієнтів лікарями.

Первинні медичні практики в селах на свій розсуд зможуть залучати будь-яких підрядників для допомоги в проведенні скринінгу (включно з автономними медзакладами).

2.

Що таке госпітальні округи?

Госпітальний округ — це територія, розмір та кількість населення якої дає можливість сформувати ефективну і сучасну медичну мережу повного циклу.

Госпітальні ради, що створюються в госпітальних округах та включають представників місцевих рад територій, які входять в округ — це інструмент співробітництва громад. Ані госпітальні округи, ані госпітальні ради не є окремими рівнями виконавчої влади, окремими юридичними особами чи суб'єктами господарювання. Госпітальна рада округу — це майданчик для досягнення домовленостей щодо того, які медичні заклади на території округу потрібно підсилувати, а які перефільювати.

Який критерій їхнього формування: територія чи кількість населення?

Територія обмежує максимальний географічний розмір округу. Доїзд з будь-якої точки округу до лікарні інтенсивного лікування не має займати більше ніж 60 хвилин (120 хв до лікарні другого рівня)

Кількість населення обмежує мінімальний розмір округу. Кількості населення в 120 тисяч осіб вистачає, щоб забезпечити медично небезпечне навантаження на лікарню інтенсивного лікування першого рівня. При такій кількості населення у лікарів буде достатньо практики, щоб не втрачати кваліфікацію.

Формування госпітальних округів не пов'язане з адміністративно-територіальною реформою. Бо територіальний устрій робиться на десятки років, а госпітальний округ є динамічною структурою. Якщо в Україні, приміром, з'являться європейські дороги, суттєво зміниться час доставки пацієнта до тих чи інших лікарень, межі госпітальних округів також зміняться. На зміну їхніх меж можуть також впливати й інші фактори.

Госпітальні округи не є прямо пов'язаними з об'єднаними територіальними громадами, бо переважно ОТГ невеликі за розміром, і мають справи з первинною медичною допомогою: з лікарською амбулаторією, фельдшерсько-акушерським пунктом тощо. Натомість госпітальні округи більше стосуються лікарень. Але разом з тим, мешканці ОТГ лікуються також і у лікарні, відтак це є їхньою інфраструктурою вторинного рівня.

Який набір закладів має бути в госпітальному окрузі, зокрема чи будуть там заклади третинного рівня?

Госпітальний округ має включати:

- принаймні одну лікарню інтенсивного лікування (першого чи другого рівня);
- у разі наявності лікарні другого рівня — охоплення території з населенням мінімум 200 тис. осіб, а у разі наявності лікарні першого (базового) рівня — 120 тис. осіб.

Які компетенції та межі відповідальності госпітальної ради, вимоги до її членів?

Госпітальна рада — спільний майданчик для конкретизації рішень та розробки спільної позиції щодо госпітального округу. Госпітальна рада утворюється з представників міста обласного значення, району та ОТГ госпітального округу пропорційно до чисельності їхнього населення.

Госпітальна рада формує план розвитку госпітального округу, аби зрозуміти реальне навантаження, та розподіляє функції — спрямовує потік до лікарні, де є фахівці і обладнання. Цей процес також передбачає поліпшення транспортного сполучення та якості доріг на території громади — у першу чергу тих, що ведуть до лікарень.

Після цього госпітальна рада оцінює ресурси та інвестиційні потреби та пріоритезує витрати на медицину — визначає, куди насамперед спрямувати інвестиції так, щоб громада швидко відчула їх у вигляді медичної допомоги. Рада госпітального округу має розробити багаторічний план розвитку

округу. В тому числі обрати перелік перспективних закладів вторинної допомоги, які будуть розвивати до рівня рамкових вимог МОЗ. Перспективний заклад обирається на основі маршрутів пацієнтів у межах округу, демографічних показників. Тобто обираються заклади, до яких є сенс переспрямувати потік пацієнтів з точки зору медичної ефективності. Це дозволить визначити очікуване навантаження на кожен із закладів у майбутньому.

Хто контролюватиме добросовісність роботи госпітальної ради?

Госпітальна рада вирішує питання, важливі для всіх жителів госпітального округу включно з ними самими. Від добросовісності представників госпітальної ради залежить їх власне здоров'я та довголіття і вони, як професіонали у сфері, розуміють це краще за інших.

Рішення, які приймають госпітальні ради, затверджуватимуть місцеві ради (як власники медичних закладів). Потім будуть працювати фільтри на рівні залучення коштів на розвиток. Неможливо отримати кредит на розвиток лікарні, яка, вочевидь, буде недозавантажена і не зможе повернути кредитні кошти.

Таким чином буде забезпечуватися багаторівневий контроль за рішеннями госпітальних рад.

3.

Які запобіжники передбачені проти зловживання лікарями первинки при переспрямуванні на вторинку і третинку?

Якщо лікар первинної медичної допомоги переспрямовує пацієнтів на рівень спеціалізованого лікування, це означає, що він самостійно не надає ці послуги і держава платить за неї комусь ще. У такій ситуації Національна служба здоров'я України може зменшити фінансування практики згідно з умовами контракту.

Які запобіжники заплановані для того, щоб спеціалісти вторинної і третинної ланки не зловживали кількістю повторних візитів?

На рівні спеціалізованого лікування буде оплачуватися пролікований медичний випадок. З одного боку, лікарня буде зацікавлена у високих результатах лікування. З іншого, заклад отримає кошти саме за результат, і надлишкові візити не збільшать фінансування.

4.

Чи будуть зміни у проведенні медичних і професійних оглядів, лікарі яких ланок будуть залучатися?

Профілактичні огляди держава закуповує у практик первинної медичної допомоги.

Автономна практика на свій розсуд залучає додаткових спеціалістів, необхідних для проведення профілактичних оглядів, якщо сімейний лікар сумнівається у своїй кваліфікації з того чи іншого питання.

Організації та приватні особи можуть закуповувати додаткові послуги у медичних практик. В такому випадку склад цих послуг та спеціалісти, які їх надають, є предметом домовленості під час замовлення послуг.

Хто фінансуватиме ці огляди, зокрема для військкоматів?

Національна служба здоров'я України за програмою медичних гарантій буде замовляти стандартний набір профілактичних оглядів, пов'язаний із статевіковими групами ризику.

Усі інші додаткові огляди можуть замовляти та оплачувати юридичні та фізичні особи, органи місцевого самоврядування, фонди, страхові компанії тощо.

5.

Хто і за яким принципом визначає діагностично споріднені групи? Які нозології будуть поєднані в групи і коли вони будуть затверджені? Чи є механізм розрахунку по нозологіях?

Ці рішення приймає центральний орган виконавчої влади, що відповідає за формування відповідної державної політики — це Міністерство охорони здоров'я.

Рішення приймаються з урахуванням світового досвіду з ефективного керування та економіки охорони здоров'я.

Реформа передбачає, що методика розрахунку тарифів за послуги також формується Міністерством охорони здоров'я України. Ця інформація є публічною і може бути отримана будь-яким громадянином України.

Спеціалізована допомога приєднується до системи з 2019 року та пізніше. Тому конкретні рішення з питань формування тарифів закупівлі медичних послуг будуть прийматись у 2018 році. Інформація про ці рішення буде публікуватися на сайті МОЗ.

6.

До якої ланки будуть належати стоматологія, лабораторна служба, рентгенологи, флюорографія?

Стоматологія, окрім екстреної та дитячої, не буде оплачуватися Національною службою здоров'я України.

Лабораторні аналізи, рентгенологія, флюорографія не є послугами самі по собі. Але вони є частиною майже всіх послуг, які оплачує НСЗУ. Витрати на них є частиною тарифів відповідних послуг. Ці послуги може замовити у лабораторії як первинною медичною практикою, так і медичним закладом інтенсивного лікування.

До якої ланки будуть належати психіатрія?

Відповідно до Європейського плану дій із питань охорони психічного здоров'я Україна взяла зобов'язання створити спеціалізовані служби, діяльність яких спрямована на охорону психічного здоров'я уразливих верств населення; розвивати партнерське співробітництво між міністерствами й відомствами та боротися з перепонами, що заважають спільній праці; прийняти стратегії розвитку кадрових ресурсів щодо забезпечення достатньої кількості кваліфікованого персоналу у службах охорони психічного здоров'я; припинити використання негуманних і таких, що принижують гідність, методів лікування та нагляду; підвищити рівень соціальної інтеграції осіб із вадами психічного здоров'я; забезпечити можливість пацієнтам та особам, що доглядають за ними, брати участь у плануванні, наданні послуг та перевірці діяльності служб охорони психічного здоров'я.

На первинному рівні компетенція сімейного лікаря в питаннях надання психіатричної допомоги — це проведення комплексу профілактичних заходів; раннє виявлення вад психічного здоров'я; своєчасна організація консультації лікаря-психіатра; курація визначених груп пацієнтів під керівництвом лікарів-психіатрів. Компетенція сімейного лікаря в питаннях надання психіатричної допомоги визначена клінічними протоколами

Які зміни чекають на трансплантологію, гемодіаліз?

Зміни фінансування не торкаються питань трансплантології та гемодіалізу.

З питань трансплантології слідкуйте за новинами про „Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо охорони здо-

ров'я та трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині“ 2386а-1 від 04.08.2015.

Як відбуватиметься фінансування паліативної допомоги та лікування пільгових груп населення?

Національна служба здоров'я України буде фінансувати надання медичного компоненту паліативної допомоги — насамперед якісного знеболення.

Представники так званих „пільгових груп населення“ є насамперед людьми, і завдання НСЗУ — забезпечувати фінансування необхідної медичної допомоги як і всім іншим громадянам на загальних умовах.

Також продовжують діяти існуючі програми з надання додаткових послуг відповідним групам населення.

Хто відповідатиме за діагностику туберкульозу?

За ранню діагностику туберкульозу відповідає сімейний лікар, який раз на рік проводить опитування на наявність симптомів понад 3 тижні пацієнтів з групи ризику (контакти з хворими на активний туберкульоз, ЛЖВ, професійні контакти з діоксидом кремнію, перебування у СІЗО, виправних колоніях та інших пенітенціарних закладах).

Також профілактикою туберкульозу будуть займатися регіональні Центри громадського здоров'я

Хто відповідатиме за вчасну закупівлю і розподіл вакцин для щеплень? Хто має це фінансувати? Як громадян заохочуватимуть вакцинуватися?

Закупівля вакцин буде проводитися на національному рівні і далі розподілятися по регіонам. Такі закупівлі фінансуються з національного бюджету. Заохочення до вакцинації — це завдання всієї системи охорони здоров'я: і громадського здоров'я, і первинної медичної допомоги

За результатами соціологічних досліджень ми бачимо, що батькі в цілому підтримують вакцинацію. Проблемою скоріше є позиція медичних працівників щодо вакцинації. Звичайно, надання батькам ненаукових та недостовірних свідчень щодо питань вакцинації буде вважатись порушенням контракту з Національною службою здоров'я України.

7.

Які зміни і коли чекають на швидку допомогу?

Можливість змін в екстреній допомозі залежить від наявної транспортної інфраструктури, обладнання приймальних відділень лікарень, наявних медичних кадрів. Тому зміни в екстреній допомозі не можуть відбутися одночасно по всій території України.

Стратегічно Україна обрала модель екстреної допомоги, в якій на виклик приїжджає парамедик, завдання якого найшвидше доставити пацієнта до найближчої лікарні інтенсивного лікування, в якій йому зможуть надати весь комплекс медичних послуг, необхідних для порятунку та максимального збереження здоров'я.

Терміни впровадження цієї системи залежать від ситуації в конкретних місцях, потребують перенавчання кадрів та підсилення лікарень інтенсивного лікування.

Чи залишиться вона безкоштовною?

Так.

Яка роль парамедиків у наданні екстреної допомоги?

Роль парамедика — надати невідкладну медичну допомогу на етапі до ушпиталення, швидко та безпечно транспортувати пацієнта до медичного закладу.

Як регулюватиметься розподіл пацієнтів між лікарями первинки та екстреною допомогою у випадку надання цілодобової допомоги?

Екстренна допомога надається у випадку, коли існує безпосередня загроза життю. Вона включає весь комплекс заходів з порятунку, транспортування, лікування тощо.

Невідкладна допомога надається центрами первинної медичної допомоги в робочі години медичної практики. Первинні медичні практики не мають обладнання та необхідної кваліфікації для надання екстреної медичної допомоги в повному обсязі і приймають рішення про виклик екстреної допомоги керуючись, насамперед, інтересами пацієнта.

Практики первинної медичної допомоги, працюючи цілодобово, надаватимуть невідкладну допомогу на загальних умовах.

Хто повинен надавати невідкладну допомогу цілодобово в суб'єкті господарювання і за яку оплату?

В європейських країнах існує практика, коли заклади первинної допомоги організовуються цілодобовою допомогою населенню. Для цього вони об'єднуються у зони обслуговування, а також отримують додаткові кошти за надання таких послуг. В Україні це питання буде вирішуватися окремо, запровадження такої послуги має відбуватися разом зі зміною допомоги, яку надає служба екстреної медичної допомоги

Чи впливатиме на розподілення пацієнтів диспетчером з обласного центру по екстреній допомозі той факт, що лікарні фінансуються з різних бюджетів?

Ні. Всі лікарні будуть одноканально фінансуватися Національною службою здоров'я України.

8.

Яка структура центру громадського здоров'я?

Нова структура центру громадського здоров'я складається з національного та регіональних центрів. Новий національний центр громадського здоров'я створено. Також пілотуються нові центри громадського здоров'я в п'яти регіонах.

Які його розпис і функціонал?

Держава буде закуповувати у центрів громадського здоров'я конкретні послуги. Реформа передбачає автономію центра громадського здоров'я і його самостійність в вирішеннях питання кадрів та управління. Єдине завдання — надавати закуплені послуги.

До якого ланки будуть належати дитячі санаторії і центри реабілітації? Хто їх фінансуватиме і встановлюватиме вартість послуги?

Дитячі санаторії і центри реабілітації будуть працювати як автономні медичні заклади. Питання замовлення послуг (в тому числі державного) у санаторіїв і центрів реабілітації буде вирішуватись пізніше, разом з реформою спеціалізованого лікування.

Тарифи на будь-які медичні послуги, замовником яких буде Національна служба здоров'я України, розроблятимуться за методикою, затвердженою МОЗ спільно з МінФіном.

Зміни на вторинній і третинній ланках

1.

Які зміни чекають на вторинну і третинну ланки?

Головні зміни — перехід на фінансування за обсягом наданих послуг, впровадження конкурентних відносин в системі, перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства.

Чи буде скорочення кількості лікарів?

Кількість необхідного медичного персоналу залежить від запиту пацієнтів на послуги. Можна чекати деякого скорочення запиту на рівні амбулаторних спеціалістів паралельно з підсиленням досвіду та перенавчанням лікарів загальної практики.

Чи будуть договори з пацієнтами, як на первинній ланці?

Ні. Національна служба здоров'я укладатиме рамкові договори з усіма наявними в системі охорони здоров'я закладами і установами. Оплата надання медичних послуг та лікарських засобів буде здійснюватися НСЗУ на підставі інформації та документів, що внесені надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я eHealth. Для цього заклад, що надає медичних послуг, складатиме звіт в електронній системі охорони здоров'я, в якому зазначається обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів.

2.

Що входить до гарантованого пакету послуг на вторинній і третинній ланках?

Це залежить від бюджету, який буде виділено на 2019 та 2020 роки. МОЗ буде інформувати про розробку Програми медичних гарантій на своєму сайті.

3.

Як обраховуватимуться послуги вторинки і третинки?

Тарифи на послуги спеціалізованих та високоспеціалізованих медичних закладів розраховуються за так званими діагностично-спорідненими групами. Вони враховують ускладнення, супутні послуги тощо. Триває розробка такого класифікатора послуг за підтримки Світового Банку. Планується завершити цю роботу до 2020 року, коли фінансування буде повністю здійснюватися за послуги для всіх ланок охорони здоров'я. Тариф включатиме усі видатки для надання медичної послуги:

- робота лікаря (-ів), медсестер та іншого персоналу;
- комунальні видатки;
- витратні матеріали та ліки;
- амортизація обладнання;
- адміністративні видатки тощо.

При цьому компонент оплати праці медичних працівників має бути не меншим за 250 відсотків середньої заробітної плати в Україні за липень року, що передує року, в якому будуть застосовуватися тарифи.

Методика розрахунку тарифів і коригувальні коефіцієнти будуть затверджуватись МОЗ за погодженням з МінФіном.

Коли будуть відомі точні цифри?

Проект програми медичних гарантій розробляється МОЗ за погодженням з Міністерством фінансів. Програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік.

Програма медичних гарантій визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні виробни) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом.

Розрахунки по вторинній та третинній ланці будуть опубліковані в підготовчий період до пере-

ходу системи на фінансування наданих медичних послуг — у 2019 році.

Чи буде запроваджуватися співоплата?

Під час підготовки законопроекту №6327 до другого читання, народні депутати вирішили вилучити із тексту законопроектів норми про співоплату частини медичних послуг. Втім у підготовленій редакції законопроекту є весь інструментарій, щоб розпочати реформу первинної ланки з січня 2018 року.

Команда МОЗ буде продовжувати адвокацію впровадження співоплат на законодавчому рівні, бо з ними ми зможемо компенсувати вартість лікування частково і таким чином зможемо надати громадянам більше послуг. 71% українців погоджуються з нами – за результатами опитування, вони підтримують те, що держава має покривати 70%, а громадянин 30% або менше (група Рейтинг, травень 2017).

Ми впевнені, що згодом необхідність легальних співоплат стане зрозумілою всім українцям і це питання вирішиться.

Чи ціна послуги на вторинній і третинній ланках буде фіксована, чи кожен заклад матиме змогу формувати її самостійно внутрішнім рішенням, за аналогією до затвердження протоколів?

По всій території України встановлюються єдині тарифи оплати медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри відшкодування вартості лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій

4.

Хто фінансуватиме високоспеціалізовані заклади охорони здоров'я?

Високоспеціалізовані заклади охорони здоров'я з 2020 року фінансуватимуться так само, як і інші заклади, за конкретно надані послуги в межах гарантованого пакету. При цьому заклад охорони здоров'я може встановлювати платні послуги, які виходять за межі програми медичних гарантій. При цьому частка цих послуг не може перевищувати 20% від загальної кількості послуг, що надаються закладом.

Як фінансуватимуться вузькі спеціалісти на зразок генетиків, кількість звернень до яких може бути менше 300 на рік?

Так само, через держзамовлення. Також ми чекаємо збільшення попиту до таких спеціалістів разом з підвищенням доступу всього населення України до медичної допомоги.

Хто визначає потребу в кількості ліжок у закладах вторинного рівня: органи місцевого самоврядування чи МОЗ?

Потребу в кількості ліжок визначає сам заклад залежно від обсягів послуг, замовлених у нього НСЗУ. Обсяги замовлення послуг залежать від епідеміологічних показників.

Якість надання медичних послуг

1.

Що таке Національна служба здоров'я?

НСЗУ – це центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері фінансування медичного обслуговування населення

Які в неї повноваження?

НСЗУ:

- проводить моніторинг, аналіз і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;
- замовляє послуги у медичних закладів та лікарів-ФОП за програмою медичних гарантій;
- розробляє проект програми медичних гарантій, вносить пропозиції щодо тарифів на медичні послуги;
- укладає, вносить зміни та припиняє договори про медичне обслуговування населення з медичними закладами та лікарями-ФОП та договорів про відшкодування вартості ліків;
- контролює цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі перевіряє дотримання медичними закладами та лікарями-ФОП, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, умови програми і договорів про медичне обслуговування населення;
- отримує та обробляє персональні дані та іншу інформацію про пацієнтів (в тому числі інформації про стан здоров'я, діагноз, а також відомостей, одержаних під час медичного обстеження пацієнтів) і надавачів медичних послуг, з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних»;
- забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Яка буде її структура, зокрема чи будуть у неї регіональні підрозділи?

НСЗУ матиме центральний офіс та територіальні відділення у регіонах.

Як її функції співвідносяться з функціями обласних управлінь охорони здоров'я?

Функції обласних управлінь охорони здоров'я визначають місцеві ради та виконкоми місцевих рад так само, як і їхню необхідність. НСЗУ не має відношення до обласних управлінь охорони здоров'я.

З ким вона укладатиме угоди: з лікарями чи з медичними закладами?

НСЗУ укладає рамкові договори з усіма комунальними та державними медичними закладами, а також з лікарями у статусі ФОП (які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики). НСЗУ також може укладати договори з приватними медичними закладами.

Яким чином відбуватиметься зовнішній контроль за діяльністю НСЗУ?

Прозорість роботи та громадський контроль за діяльністю НСЗУ забезпечуватиме Рада громадського контролю. Рада у складі 15 осіб формується на відкритому і прозорому конкурсі та переобирається кожні два роки.

Громадська рада контролю:

- отримує інформацію про діяльність, виконання завдань НСЗУ;
- розглядає звіти НСЗУ і надає свої висновки щодо них;
- має інші права, передбачені Положенням про Раду громадського контролю.

Також НСЗУ як центральний орган виконавчої влади підконтрольна Рахунковій палаті, Державній аудиторській службі, а також антикорупційним органам — Національному антикорупційному бюро та Нацагентству з питань запобігання корупції.

2.

Хто контролюватиме якість надання медичних послуг?

Якість надання послуг контролює МОЗ, виконання умов договору контролює НСЗУ як замовник послуг за договором.

Яка подальша доля обласних і міських управлінь охорони здоров'я?

Це питання вирішують відповідні місцеві ради.

Чи будуть особливості у контролі лікарів-ФОПів і хто його здійснюватиме?

Контроль лікарів-ФОПів відбуватиметься на загальних умовах.

Кому вони підпорядковуватимуться і звітуватимуть?

Усі надавачі медичних послуг, у тому числі лікарі-ФОП, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, складають звіт в електронній системі охорони здоров'я, в якому зазначається обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів.

Чи контролюватиме НСЗУ приватні медичні заклади та ФОПів у частині, що не стосується виплат з Держбюджету?

Ні, НСЗУ контролює тільки якість надання тих послуг, замовником яких є у рамках програми медичних гарантій.

3.

Як планується розділити відповідальність пацієнта і лікаря?

Відповідальність людини за своє тіло ніяк не можна розділити. Остаточне рішення з будь-яких маніпуляцій з тілом людини може прийняти тільки людина.

Роль лікаря — надавати рекомендації та допомогу, коли вона потрібна. Лікар не може примусити пацієнта щось зробити. Але він може пояснити людині, що з нею відбувається, які є можливості, яким буде процес лікування і які можливі наслідки у разі відмови від лікування; і надати необхідну медичну допомогу.

Неможливо сприймати стосунки пацієнта і лікаря як такі, де лікар видає інструкції, а пацієнт сліпо виконує призначення. Пацієнт має право знати, що з ним відбувається і робити будь-який вибір усвідомлено. Це — запорука того, що українці довірятимуть системі охорони здоров'я.

Як будуть захищені права лікаря?

Лікаря захищають дві основні речі — клінічні настанови лікування та діагностики і система e-Health, яка згодом дозволить вести медичну історію в електронному вигляді. Це ключова інформація, необхідна для дослідження будь-якого випадку.

4.

Чи будуть зміни в ліцензуванні й акредитації медичних закладів?

Звичайно такі зміни йдуть. Наприклад, в ході реформи спростяться ліцензійні умови для лікарів первинної практики, які працюють в статусі ФОПів. Вся інформація про зміни в ліцензуванні та акредитації медичних закладів публікується на сайті МОЗ.

Чи буде запроваджене індивідуальне ліцензування?

Так, це одна з стратегічних цілей реформ, але це потребує перебудови системи і підсилення професійних асоціацій. Ці зміни плануються впровадити пізніше.

Як буде відбуватися ліцензування і контроль за дотриманням ліцензійних умов у ОТГ?

На загальних умовах. Скарги на сімейного лікаря та статистично невдалі результати його роботи будуть важливими сигналами для проведення перевірок, згідно з законодавством та умовами контракту.

Які електронні реєстри будуть запроваджені і як готуватися до їхнього впровадження?

Система e-Health буде складатись з центрального та периферійних компонентів. В центральному компоненті зберігаються реєстри (пацієнтів, лікарів, закладів тощо) та медичні картки пацієнтів. Периферійні компоненти — це системи, створені незалежними розробниками, які забезпечують зручний доступ до медичних даних пацієнта. Ме-

дична практика зможе змінити постачальника інформаційної системи доступу до медичних даних без втрати цих даних. Дані будуть все також зберігатися в захищеному центральному ядрі системи.

Подобиці про систему e-Health читайте на <https://www.ehealth-ukraine.org/>

Чи будуть вони сумісними з уже наявними місцевими реєстрами?

Це залежить від стандартів місцевого реєстру.

Більше інформації про можливості підключення до системи e-Health читайте за посиланням: <https://www.ehealth-ukraine.org/biznesu/api>

Хто відповідальний за підтримку і безпеку реєстрів?

Національна служба здоров'я України

Що таке «червоний» і «зелений» реєстри?

Червоний реєстр пацієнтів — це „паперові“ пацієнти, які приписані до медичних закладів за територіальним принципом.

Зелений реєстр — це пацієнти, які уклали з лікарем декларацію.

Ставки за зеленим реєстром будуть вищими, ніж за червоним.

За червоним реєстром буде встановлено дедлайн фінансування, після якого залишиться тільки фінансування за зеленим реєстром.

5.

Чому МОЗ централізовано не запроваджує єдині медичні міжнародні протоколи з затвердженим перекладом?

Міжнародні клінічні настанови лікування та діагностики не є статичним знанням. Дякуючи досягненням науки, клінічні настанови весь час змінюються.

Тому МОЗ наказом №1422 від 29.12.1016 визнало міжнародні клінічні настанови лікування та діагностики методом визнання джерела знань. Професійною мовою медицини у світі є англійська, томи ми стратегічно починаємо перехід на користування клінічними настановами мовою оригіналу.

Але ми розуміємо, що такі великі зміни будуть відбуватися протягом декілька років, і готуємо переклади настанов українською мовою.

Хто може затверджувати медичні протоколи: заклад, ФОП, відділення?

Медичні протоколи є науковим знанням. Наукове знання не потребує затверджень, воно просто існує.

Може затверджуватися список оплачених маніпуляцій, які за потреби надаються пацієнту в рамках надання медичних послуг. Це є частиною контракту на замовлення послуг Національною службою здоров'я України.

Чим керуватимуться органи контролю якості надання послуг за умов, коли кожен медичний заклад має змогу затверджувати клінічний протокол внутрішнім рішенням?

Цю практику буде припинено.

6.

Як МОЗ планує боротися з корупцією при виписуванні лікарняних листів і пільгових посвідчень?

Лікарняні листки фіксуватимуться в електронній системі охорони здоров'я e-Health.

Надання в систему недостовірних даних щодо здоров'я пацієнта буде порушувати умови контракту з НСЗУ та може стати підставою для розриву контракту з медичною практикою.

7.

Як МОЗ планує боротися з фальсифікатом ліків?

Вже існує програма «Жовта картка», за якою можна відіслати на перевірку будь які ліки. На жаль ця програма ще маловідома і ми будемо її стимулювати. Також будуть продовжуватись перевірки на виробництві ліків.

Нова концепція фінансування

1.

Чи не суперечить реформа статті 49 Конституції України?

Реформа повністю задовольняє вимогам 49 статті Конституції України та рішенням Конституційного Суду від 29 травня 2002 р. № 10-рп/2002

У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Безоплатність, згідно з рішенням Конституційного Суду України означає, що особа не повинна відшкодувати вартість медичної допомоги ні у вигляді будь-яких платежів, ні у будь-якій іншій формі, незалежно від часу надання медичної допомоги. Не забороняється за окрему плату надавати громадянам медичні послуги, які виходять за межі медичної допомоги.

Згідно із законопроектом №6327 меддопомога завжди і в повному обсязі надається громадянам за рахунок коштів державного бюджету. На первинному рівні та в разі настання екстреної ситуації держава оплачуватиме 100% всього необхідного лікування та, що важливо, медикаментів згідно з деталізованим описом. Це покриватиме близько 80% усіх звернень за медичною допомогою.

На вторинному і третинному рівнях держава гарантує 100% оплату медичної допомоги та інших медичних послуг та лікарських засобів, що входять до лікування та визначені програмою медичних гарантій.

Законопроект не передбачає стягнення з громадян жодної плати за необхідну їм медичну допомогу.

2.

В якому сенсі медицина стає страховою?

Страхова система складається з трьох частин. Це збір коштів з населення, акумулювання їх в пул ризиків та адресні виплати за надані пацієнтам послуги. Реформа створює систему, яку в світі називають національною солідарною страховкою. Внески збираються в бюджет через систему за-

гального оподаткування (ПДВ, яке сплачується з будь-якої покупки), акумулюються на казначейських рахунках, і з них оплачує за послугу Національна служба здоров'я України. Це класична солідарна система: неважливо скільки ви витрачаєте і які сплачуєте податки зі споживання, ви все одно отримуєте медичну допомогу.

За що платитиме пацієнт?

Платними будуть всі послуги, які виходять за межі програми медичних гарантій. Комунальні заклади зможуть надавати ці додаткові послуги за єдиними тарифами, які були розроблені в порядку, передбаченому для програми медичних гарантій та є її невід'ємною частиною. Приватні заклади самі встановлюватимуть тарифи за додаткові послуги поза межами контракту з Національною службою здоров'я України

3.

Чи буде прив'язка фінансування медицини до відсотка ВВП?

У законопроекті №6327 є норма, за якою обсяг коштів держбюджету на реалізацію програми медичних гарантій щорічно визначається у законі України про Державний бюджет як частка ВВП у розмірі не менше 5% валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

4.

Чи буде окреме додаткове фінансування у вигляді, наприклад, цільової субвенції на оновлення застарілої матеріально-технічної бази медичних закладів, зокрема на периферії?

Так.

Хто надаватиме це фінансування і хто може на нього претендувати?

Готується відповідна державна програма, розпорядником коштів в якій призначено Міністерство регіонального розвитку та будівництва України

5.

Чи будуть оплачуватися медичні послуги наперед?

НСЗУ буде оплачувати надані медичні послуги та лікарські засоби за програмою медичних гарантій на підставі інформації та документів, що внесені надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я e-Health.

Надавач медичних послуг складає звіт в електронній системі охорони здоров'я e-Health, де зазначає обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів.

Оплата тарифу за надані медичні послуги та лікарські засоби здійснюється в порядку черговості надходження таких звітів.

На умовах попередньої оплати буде фінансуватися надання медичних послуг та лікарських засобів у випадках, встановлених Кабінетом Міністрів України.

6.

Що означає статус некомерційного комунального підприємства?

Медичні заклади стають такими самими підприємствами, які і всі інші. Досі вони працювали як бюджетні установи за радянськими нормами через вертикальне управління. Їх керівники не мали свободи і керувалися вказівками згори у вигляді наказів. Закон №2002 про автономізацію медичних закладів дозволяє медичним закладам повноцінно господарювати та розширює їх права до рівня всіх інших суб'єктів господарювання України включно з правом підписувати контракти, мати свій рахунок та встановлювати рівень заробітної плати без прив'язки до тарифної сітки.

Зокрема:

- керівник підприємства отримує значно більшу, ніж керівник бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;
- має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускається законодавством;
- фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами;
- медзаклади мають право мати власний рахунок у держбанку;
- медзаклади мають право утворювати об'єднання з іншими закладами, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів;

- медзаклади мають можливість наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Як перехід у цей статус відрізняється від приватизації?

Приватизація — це процес, коли власником закладу стає приватна юридична чи фізична особа. Під час автономізації власниками закладів залишаються місцеві ради.

Чи можливо повернутися з нього в статус бюджетного підприємства?

Місцева рада має право прийняти і таке рішення. Разом з цим повернеться тарифна сітка та всі інші норми, які регулюють діяльність закладів бюджетної сфери.

Чи означає це, що некомерційне комунальне підприємство має самостійно заробляти на своє існування і втрачає фінансові гарантії від Держбюджету і ОМС?

Некомерційне комунальне підприємство залишається у власності місцевих громад. При цьому лікарні зможуть вільно розпоряджатися власним бюджетом і самостійно вирішувати, на що варто витратити кошти.

Фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами.

Якщо це медичний заклад первинної медичної допомоги, за умови ухвалення законопроектів №6327, 6604, з 1 січня 2018 року заклад буде фінансуватися Національною службою здоров'я за тарифом на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги на кожного пацієнта, який підпише декларацію з лікарем цього закладу. Водночас під час перехідного періоду (до 1 січня 2020 року) також буде надаватися фінансування на пацієнтів, які були раніше приписані до лікаря, але ще не уклали з ним декларацію. З 1 січня 2020 року фінансування буде здійснюватися за тарифом тільки за пацієнтів, які уклали декларації.

Медичні заклади вторинної і третинної ланки до 2019 року будуть фінансуватися планово, за винятком пілотних послуг, які почнуть оплачуватися вже у 2018 році. З 2019 році почнеться перехід на оплату за надану послугу та лікарські засоби

в рамках програми медичних гарантій з коштів державного бюджету. До 2020 року всі заклади охорони здоров'я будуть фінансуватися за цією моделлю.

Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

Чи має таке підприємство право отримувати прибуток і на власний розсуд ним розпоряджатися?

Медзаклади мають право мати власний рахунок у держбанку та зможуть вільно розпоряджатися власним бюджетом і самостійно вирішувати, на що варто витратити кошти.

Чи буде запроваджено примусова автономізація?

Закон 2002 про автономізацію медичних закладів не ставить жорсткої вимоги по термінах. Але пільговий режим автономізації буде діяти тільки до кінця 2018 року.

Хто відповідатиме за фінансову і податкову звітність у некомерційних підприємствах?

Питання ефективного керування адміністративними функціями атономного закладу вирішується самим закладом.

Хто розпоряджатиметься їхнім майном і коштами?

Під час автономізації майно передається закладам на правах оперативного управління. Кошти закладу знаходяться на рахунку закладу в держбанку та належать цьому закладу.

Чи будуть медичні заклади в статусі некомерційних підприємств отримувати пільги на оплату комунальних послуг, на оренду землі?

Ці питання вирішують власники майна: органи місцевого самоврядування.

Хто буде оплачувати комунальні послуги?

Законопроект медичної реформи №6604 зі змінами до Бюджетного кодексу був схвалений профільним комітетом Верховної Ради з врахуванням включення компонента оплати комунальних послуг в загальну структуру тарифу. Якщо цей текст буде схвалено Верховною Радою, комунальні послуги будуть оплачуватись з національного рівня.
Чи будуть переходити на статус некомерційних підприємств медичні заклади, підпорядковані безпосередньо МОЗ?

Так. Але державні заклади за законом 2002 стають не «комунальними підприємствами», а «державними казеними підприємствами».

7.

Хто приймає рішення про перепрофілювання?

Власник. Звичайно це відповідна місцева рада.

Яким чином буде відбуватись оптимізація мережі закладів охорони здоров'я, які не є багатопрофільними?

Госпітальні ради будуть вирішувати, як розвивати ці заклади, виходячи з місцевих обставин.

8.

За що в медицині платить Державний бюджет, а за що – місцеві бюджети?

Програма медичних гарантій Національної служби здоров'я України буде гарантувати фінансування надання пацієнтам конкретного списку послуг. Але, звичайно, будуть і послуги, які не оплачуються державою. Органи місцевого самоврядування можуть створювати окремі програми місцевих бюджетів на закупівлю додаткових послуг в інтересах місцевого населення. Також органи місцевого самоврядування як власники закладів зможуть підтримувати їх за допомогою всіх інших законних інструментів.

Де і в якому обсязі закріплене відповідне юридичне зобов'язання у органів місцевого самоврядування?

Згідно з законом про місцеве самоврядування, відповідні повноваження

Яким чином буде розподілятися відповідальність за фінансове забезпечення закладів первинного та вторинного рівня, що перебувають на балансі різних органів місцевого самоврядування (міські, районні ради, ОТГ)?

Усі заклади фінансуватимуться Національною службою здоров'я України напряму, при цьому не матиме значення, хто є власником цих закладів.

Який буде порядок формування проекту бюджету лікарні?

Формування бюджету лікарні є предметом внутрішнього адміністрування цієї лікарні. В майбутньому, коли заклади перейдуть на контракти з НСЗУ, вартість цих контрактів, а також очікувані результати роботи, будуть відомі закладам наперед.

9.

Чи будуть медичні заклади отримувати гроші напряму від НСЗУ чи через органи місцевої влади?

НСЗУ буде оплачувати напряму медичному закладу або лікарю-ФОП за надані медичні послуги та лікарські засоби за програмою медичних гарантій на підставі інформації та документів, що внесені надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я e-Health.

Чи платитиме НСЗУ приватним лікарням?

Якщо приватна лікарня укладе договір на надання медичних послуг населенню з НСЗУ, вона буде отримувати кошти за єдиними тарифами, які є однаковими для всіх медичних закладів, незалежно від форми власності

Чим загрожує комунальним підприємствам конкуренція з приватними закладами?

Якщо вони не будуть ефективними, вони можуть її програти.

10.

Чи матиме право сімейний лікар-ФОП суміщати свою практику з роботою в закладі охорони здоров'я? Чи може лікар працювати одночасно в приватній і в державній лікарні?

Ми не обмежуємо це право на законодавчому рівні. Також ніщо не заважатиме лікарю-ФОПу працювати з медичним закладом не за трудовим контрактом, а за договором на надання послуг між лікарем-ФОПом та комунальним або приватним підприємством.

Якщо пацієнт приписаний до лікаря-ФОПа, саме лікар-ФОП отримає за нього бюджет. При цьому лікар-ФОП зможе працювати в декількох місцях, про що пацієнт буде повідомлений у розкладі його роботи в момент укладання декларації. Питання оренди кожного з цих міст практика вирішує самостійно.

11.

Хто оплачуватиме працю медичних сестер, фельдшерів?

Вартість роботи усіх медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної послуги, буде закладена в тариф. НСЗУ сплачує кошти за надані послуги напряму медичному закладу, а той, у свою чергу, оплачує з цих грошей роботу медичних працівників, у тому числі середнього та молодшого медперсоналу — медичних сестер, фельдшерів тощо.

12.

Хто оплачуватиме роботу військових госпіталів?

Якщо такі госпіталі є власністю Міністерства охорони — вони фінансуються з бюджету цього Міністерства. НСЗУ зможе закуповувати послуги у цих закладів.

Медична освіта

1.

Де будуть навчати парамедиків?

В медучилищах та інших закладах медичної освіти, які відкриють програму навчання. Заклади освіти відтепер є автономними і самі обирають які навчальні програми відкривати.

Чи буде відбуватися перекваліфікація фельдшерів на парамедиків?

Так, будь який фельдшер зможе це зробити.

2.

Чи буде зберігатися примусовий розподіл на інтернатурі, зокрема чи будуть змушувати ставати сімейними лікарями?

Розподіл випускників вишів скасовано.

3.

Чи будуть заклади медичної освіти видавати випускникам скерування на роботу?

Ні.

4.

Як після реорганізації системи медичної освіти відбуватиметься підготовка інтернів?

Буде окрема програма навчання інтернів, гармонізована з європейськими освітніми практиками. Ми оголосимо деталі цієї програми окремо.

5.

Чому прохідним балом для вступу до закладів медичної вищої освіти обрано 150?

Цей прохідний бал — перший крок, який дозволить відсіяти з медичних вузів невмотивованих абітурієнтів. Стратегічно ми націлені на подальше підвищення прохідного балу. Наша ціль — отримати найбільш підготовлених та вмотивованих студентів і надати можливість сильним групам вчитись сучасним практикам діагностики та лікування.

Системні ризики

Залежність медичної реформи від рішень органів місцевого самоврядування може спричинити її провал, оскільки в дуже багатьох регіонах/населених пунктах влада налаштована саботувати реформу або ж боїться брати на себе відповідальність за непопулярні рішення. Місцева влада різних рівнів важко домовляється між собою по фінансуванню лікарень і неохоче переводить медичні заклади в статус некомерційних КП, іноді відверто працює проти реформи. Без цільової допомоги з Держбюджету дотаційні регіони можуть втратити навіть ту інфраструктуру, яку мають зараз.

Ми не вимаємо від органів місцевого самоврядування автономізувати медичні заклади.

Але це надає так багато можливостей для всіх — органів місцевого самоврядування, лікарів, пацієнтів — що не потрібні додаткові пояснення.

Ми вважаємо це простором для співпраці, а не конфлікту. Це є питання не політичне і не управлінське. Це просто питання здорового глузду: медичні заклади мають стати автономними так, як це працює у всьому цивілізованому світі.

Реформа погіршує доступність медицини для жителів сіл. Існує небезпека, що там також буде суттєва нестача лікарів первинки. Найпопулярніші пропоновані часткові рішення – запровадити додаткові коефіцієнти для негустозаселених районів і принаймні тимчасово зберегти систему ФАПів. «Ми суттєво підвищуємо фінансування первинки і вирівнюємо можливості в селі і в місті.

Для гірських районів, де критична ситуація з доступністю, планується введення додаткових коефіцієнтів.

Збереження мережі ФАПів — це рішення медичної практики, яка обслуговує відповідне населення.

Вже зараз зрозуміло, що середній медичний персонал є вкрай важливим для надання послуг — спеціалісти знають населення і мають стати провідниками нової реформи.

Щодо самих будівель ФАПів рішення мають прийматися на місцевому рівні. Потреби в наданні саме медичних послуг саме в цих будівлях не буде

існувати і громада зможе використати цей ресурс для своїх потреб — наприклад, відремонтувати та передати фельдшеру для проживання.

Перепрофілювання лікарень і звільнення адміністративного персоналу медичних закладів спричинять протести

Перепрофілювання лікарень і створення мережі опорних госпіталей не є питанням фінансів. Це є питання медичної безпеки. Всі відділення, які не будуть задовольняти нормативам мінімального безпечного навантаження не будуть мати можливість надавати ці послуги. Для того, щоб скоординувати об'єднання відділень і перепрофілювання лікарень створені госпітальні ради госпітальних округів.

Оптимальна кількість адміністративного персоналу для забезпечення надання якісних послуг в медичних закладах є суто внутрішнім питанням цих медичних закладів.

Держава буде замовляти послуги і контролювати щоб вони були надані. Чим більш оптимальна кадрова структура та енергоефективна інфраструктура буде в закладі, тим вищі будуть в закладі заробітні платні.

Неузгодженість медичної реформи з адміністративною ще кілька років створюватиме напруження: в уже сформованих госпітальних округах з'являтимуться новостворені ОТГ, з якими треба буде домовлятися. Крім того, ОТГ часто некомпетентні в питаннях медицини і не розуміють, що на них покладена відповідальність за доступність медичних послуг. На територіях, де госпітальні округи не збігаються з адміністративними, будуть конфлікти за те, хто має фінансувати розташовані там медичні заклади.

Наше завдання — спланувати нову ефективну мережу надання медичних послуг, яка враховує перспективний план об'єднання територіальних громад. З іншого боку варто пам'ятати, що фінансування надання первинної медичної допомоги відбуватиметься Національною службою здоров'я України напряму на банківські рахунки автономних медичних закладів.

Тому, якщо станеться так, що практика, яка зараз існує на районному рівні, буде якісно обслугову-

вати все населення об'єднаних територіальних громад і вони будуть задоволені результатами, то така практика має всі шанси продовжити існування. Групові практики за світовим досвідом є більш ефективними та спроможними.

Новостворені об'єднані територіальні громади мають вирішувати ці питання виходячи з місцевих умов.

Дорогі послуги вторинної і третинної ланок – наприклад, лікування важких опіків, панкреонекрозу, – за умови запровадження співоплати стануть недоступними для значної кількості громадян України. Лікування за міжнародними протоколами для багатьох пацієнтів також може виявитися недоступним через свою вартість.

Співоплати вилучені з версії закону, підготовленої до другого читання. Гострі стани у будь-якому разі покривалися би державою на 100%, навіть якщо ми би запускали систему зі співоплатами.

Кадрів, спроможних працювати у новій системі, не вистачатиме: багато лікарів пенсійного віку, що не вміють працювати з комп'ютерами, є дефіцит лікарів первинки, молодь їде в Європу, бракує охочих працювати в селах

Наше завдання — створити такі фінансові умови для лікарів та медичного персоналу, щоб конкурувати на ринку праці, в тому числі і з Європою. Це можливо.

За чинних умов ліцензування і скасування наказів № 33 і № 507 практикуючий лікар дуже залежний від головного лікаря. Профспілки медиків фактично не існують, тому є ризик свавілля керівників медичних закладів як у навантаженні й винагороді практикуючих лікарів, так і в розпорядженні комунальним майном. Крім того, призначення керівників КП зараз відбувається непрозоро.

Відбуваються зміни в процедурі призначення керівників КП. В процесі автономізації керівники всіх медичних закладів будуть переобрані на конкурсі.

Професійні асоціації не зможуть контролювати діяльність лікарів ще багато років, потрібен окремий і незалежний орган.

Лікарське самоврядування є важливою складовою реформи, але це є справді досить важке питання, і на зміну ситуації піде значний час.

Інформація в єдиному електронному реєстрі дуже чутлива і її витік несе значні репутаційні ризики.

Вона захищена на тому самому рівні, що й банківські дані.

Відсутність органу, який би виконував функції санітарно-епідеміологічної служби, становить загрозу для здоров'я громадян.

Трансформація санітарно-епідеміологічної служби є частиною реформи громадського здоров'я. Новини про реформу системи громадського здоров'я шукайте на сайті МОЗ.

Внаслідок ліквідації служби щеплень на районному рівні відсутня структура, яка б координувала проведення щеплень та вакцинації.

Щеплення та вакцинації є зоною співпраці спеціалістів громадського здоров'я з сімейними лікарями та педіатрами.

Якщо не буде вимоги брати на роботу медсестер, лікарі первинної ланки задля збільшення прибутку відмовляться від їхніх послуг, як це відбувається в приватних лікарнях.

За ліцензійними умовами лікарю потрібен буде хоча б один середній медичний професіонал.

Нормативи доїзду швидкої допомоги не будуть виконані через поганий стан доріг

Дороги є частиною медичної інфраструктури. Вже зараз МОЗ координується з Мінінфраструктури, щоб забезпечити ремонт саме тих доріг, які ведуть до медичних закладів. Але звичайно це займе час.

Затримки з міжнародними закупівлями, особливо дорогих ліків, вакцин і сироваток.

На жаль, після прибирання корупційних складових в закупівлях, вся існуюча система підтримки закупівель втратила сенс для існування і перестала працювати. Закупівлі ліків було передано міжнародним організаціям, а ми зі свого боку перебудували систему координації і підтримки закупівель.

Вже зараз ми отримали суттєву економію, що дало можливість значно збільшити обсяги закупівель.

В той самий час ми мали відомі всім перебої в поставках, але ця проблема більшою частиною вирішена і сьогодні поставки досить стабільно йдуть в регіони.

Відставання від задекларованих планів, надто повільна робота над законопроектами, підзаконними актами і деталями реформи

Медична реформа несе дуже великі зміни і має бути узгоджена з позицією багатьох спільнот та органів місцевого самоврядування. Ми б хотіли, щоб цей процес йшов швидше, але те, що він займає час — це реальність.

Недостатнє залучення лікарів на етапі розробки концепції реформи

Разом з іншими спеціалістами також і лікарі працювали над стратегією і концепцією реформи.

Необґрунтовані звинувачення лікарів у саботуванні реформи

Лікарі не можуть саботувати реформу вже зараз, бо, по-перше, вона починається тільки 1 січня 2018 року, а по-друге, відбувається так само і в їхніх інтересах.

Відставання і відсутність узгодженості медичної реформи з адміністративною

Медична реформа створює єдиний медичний простір і не залежить прямо від адміністративної. Медичні послуги будуть фінансуватися прямо з національного рівня для всіх медичних закладів.

Але для того, щоб система якісно працювала, всім громадам потрібна якісна мережа, що спроможна задовольнити потреби населення.

Тому в плануванні мережі ми координуємо плани з реформою децентралізації.

Недостатня комунікація реформи у ЗМІ, через яку пацієнти (особливо) й чимало лікарів отримують інформацію з джерел часто або некомпетентних, або вороже налаштованих до реформи.

Будемо працювати, щоб інформації про медичну реформу було ще більше.

Взято до уваги при розробці нормативних актів реформи:

Підприємства, які перейшли у статус некомерційних, з нового року будуть змушені платити значну суму за оренду землі. Якщо зміни в Господарський кодекс, потрібні для реалізації закону про автономізацію, не будуть прийняті, лікарі у цих закладах можуть залишитися без зарплат.

Підприємства, що перейшли на статус некомерційних КП, будуть платити податки на загальних підставах, бо типу некомерційних КП не передбачено у реєстрі.

Немає механізму повторного отримання ліцензій при реорганізації медичних закладів

У нормативно-правових актах щодо оформлення лікарів як ФОПів є неузгодженість: у лікаря для оформлення ФОПом вимагають

договір оренди, а договір оренди не дають, доки він не зареєстрований як ФОП

Кількох препаратів, передбачених програмою «Доступні ліки», немає в наявності. Програма «Доступні ліки» фактично недоступна в сільській місцевості.

Концепція донорства та переливання крові наразі не затверджена, станції переливання крові без неї не можуть ризикувати переходити в статус комунальних некомерційних підприємств

Відсутня законодавча база та підзаконні акти для створення університетських лікарень

Пропозиції до МОЗ:

Зміна принципу фінансування медицини, взаємодія з ОМС

Прив'язати фінансування медицини до конкретного відсотка від ВВП (не менше 7%)

У тексті закону, підготовленого до другого читання, зафіксоване виділення бюджету на медичні гарантії населення на рівні 5% ВВП. Вартно зазначити, що подібна норма існувала і раніше. Але на практичному рівні вона залишається декларативною.

Іноземний досвід говорить, що виділення бюджетів Парламентом збільшується, коли для всіх стає зрозумілим на які саме послуги підуть ці кошти. Для цього ми і робимо медичну реформу.

Провести аудит наявних лікарень, їхнього обладнання, стану доріг і медичного персоналу

Цей аудит зараз проходить на рівні планування опорної мережі госпітальних округів.

На основі аудиту суттєво оновити матеріально-технічну базу лікарень для покращення якості надання послуг, в тому числі запровадити міжнародні протоколи лікування.

Ми співпрацюємо з міжнародними донорами щодо створення можливостей інвестицій та донорської допомоги на підсилення мережі лікування. Окрему державну увагу отримує сільська місцевість.

Запровадити єдині сучасні стандарти для приміщення: система охолодження, централізована очистка повітря, сухожарові шафи, автоклави, автономність кожного робочого місця, прокладання електрики під підлогою. Визначити перелік обладнання, яке можна використовувати на території України, врегулювати ситуацію з сертифікацією дорогого обладнання російського виробництва, купити заміну якому наразі неможливо.

Будівельні та санітарні норми будуть оновлюватись з кожним кроком реформи.

Зміни будівельних норм на рівні первинної медичної допомоги відбудуться до початку реформи.

Надати типові рекомендації для органів місцевого самоврядування щодо того, які лікарні і як перепрофільовувати

Ця робота ведеться в рамках співпраці з госпітальними радами

Розробити три моделі фінансування і роботи типових обласного, районного і сільського медичного закладів – аудит витрат енергоносіїв, амортизації обладнання, розхідних матеріалів тощо

Готується операційний посібник для роботи медичних закладів. Операційний посібник буде випущено одразу після ухвалення законопроектів реформи.

Надати типові моделі розрахунків за вимогами до приміщень і обладнання, яке має бути в різних лікарнях після створення госпітальних округів, включити туди суміжні заклади на зразок хоспісів

Ці моделі будуть запропоновані протягом наступного року в рамках співпраці з госпітальними радами.

Встановити формулу для обрахунку суми, на яку місцева влада зобов'язана фінансувати лікарні

Це є протизаконним втручанням в повноваження органів місцевого самоврядування.

Надати типові статuti і пакет документів для переходу лікарень на статус некомерційних підприємств, спростити процедуру цього переходу

Методичні рекомендації з питань реорганізації медичних закладів були оприлюднені МОЗ на сайті. Також вони будуть частиною операційного посібника.

Запровадити видачу індивідуальних ліцензій лікарям та спростити вимоги до оснащення кабінетів для полегшення переходу медиків до приватної практики

Індивідуальні ліцензії лікарям є стратегічною метою команди реформ МОЗ, але вирішення цього питання забере час. Вимоги до оснащення кабінетів та процес переходу на приватну практику будуть врегульовані до початку реформи.

Виставити кваліфікаційні вимоги принаймні до частини членів госпітальних рад, щоб там були медики

Делегування представників до госпітальних рад місцевими органами самоврядування є їхніми виключними повноваженнями. Держава не може втручатись в цей вибір.

Проте міністерство підтримує залучення до госпітальних рад медичних працівників та представників громадськості.

Виписати норму, згідно якої можна буде звільнити лікаря, що працює неефективно, наприклад, не уклав достатньої кількості декларацій із пацієнтами

Звільнення працівників регулюється кодексом законів про працю. Можливо використовувати весь інструментарій, якій закладено в діючих законах.

Також важливо, що автономні заклади зможуть більш чітко фіксувати домовленості з лікарями як в межах трудових договорів з найнятими працівниками, так і в можливих договорах між закладом та лікарем-ФОПом.

Запустити спеціальні програми або курси, де лікарі зможуть отримувати управлінські навички

МОЗ готує низку навчальних курсів як з лікарської справи, так і з керування закладами.

Дозволити менеджерам закладів – надавачів медичних послуг не мати медичної освіти або в інший спосіб послабити до них кваліфікаційні вимоги

МОЗ зараз розглядає питання розділення повноважень головного лікаря та керівника медичного закладу. Тобто, вимоги щодо керівника можуть бути розширені, і керівникам дозволять мати вищу економічну або управлінську освіту, а не тільки вищу медичну освіту.

Про це рішення МОЗ повідомить окремо на своєму сайті.

Дозволити більше платних послуг, щоб лікарні в статусі некомерційних підприємств могли конкурувати з приватними лікарнями

Питання додаткових платних послуг будуть вирішуватись одночасно з розробкою гарантованого пакету.

МОЗ стратегічно не зацікавлений стримувати комунальні медичні заклади від надання додаткових послуг.

Працювати з Міністерством фінансів і фінансовими управліннями, щоб вони дали інструкції казначействам агітувати за перехід на некомерційні комунальні підприємства, бо зараз казначейства працюють проти реформи

Дякуємо за цю важливу пропозицію, ця робота ведеться.

Запровадити цільовий податок на медицину

Це суперечить обраній концепції фінансування медичних послуг. Україна обрала модель, з єдиним національним закупівельником (страховиком), який фінансується з загальних податків.

Перейти на приватну страхову медицину

Україна обрала модель національного солідарного медичного страхування.

Встановити фіксований відсоток від виплат НСЗУ, який буде йти на зарплату лікаря

За текстом законопроекту №6327 підготовленого для другого читання, базовий компонент опла-

ти праці лікаря розраховується з 250% середньої зарплати по країні.

Визначити базові формули міжбюджетних трансфертів для фінансування лікарських закладів в межах госпітальних округів

Міжбюджетні трансферти як інструмент використовуватись не будуть.

За прикладом Хорватії визначитися, яку максимальну кількість послуг держава готова віддати в руки лікарів приватних практик, щоб зберегти мережу комунальних підприємств

Держава оплачує медичні послуги незалежно від організаційно-правової форми постачальника.

Внести зміни до Бюджетного кодексу, щоб органи місцевого самоврядування мали можливість робити капітальні вкладення на ремонт лікарень у власності МОЗ

Всі медичні заклади, окрім декількох десятків, знаходяться у власності місцевих громад.

Реформа первинної ланки

Внести на розгляд Мінрегіонбуду спрощені ДБН для амбулаторій: зменшити площі кабінету прийомів, маніпуляційних, лабораторій та дитячих кімнат

Зроблено. Чекайте інформації щодо нової версії ДБНів після прийняття медичної реформи.

Додати в перелік таблицю оснащення транспортний засіб і портативний фетальний доплер. Без внесення в таблицю оснащення транспортний засіб не можна ремонтувати

Питання передано на розгляд робочої групи, яка займається підготовкою реформи. Оновлений таблиць оснащення буде опубліковано разом з іншими нормативними документами, регулюючими надання первинної медичної допомоги.

Врахувати результати попередньої реформи первинки в пілотних регіонах, щоб не повторювати її помилок

Експерти, які готували реформу, намагались взяти до уваги весь досвід різних спроб реформування надання медичної допомоги в Україні.

Прописати додаткові гарантії для осіб з обмеженими можливостями – наприклад, вибір лікаря, який найближче до них географічно

Питання передано на розгляд робочої групи, яка займається підготовкою реформи.

Зафіксувати максимально пізній час, коли лікар первинки зобов'язаний приймати дзвінки від пацієнта

Практика первинної медичної допомоги приймає дзвінки від пацієнтів в робочі години.

Зняти з сімейних лікарів ведення вагітності

Ведення неускладненої вагітності входить в перелік послуг первинної медичної допомоги, що закуповуватимуться у медичних практик. Лікар, який

вважає свої компетенції недостатніми для надання цих послуг може пройти відповідне донавчання.

Встановити крайній термін переходу на «зелений» реєстр

Остаточний термін переходу на «зелений» реєстр буде встановлено залежно від швидкості приписної кампанії.

Попередньо перехід на зелений реєстр завершиться до кінця 2018 року.

Залучати до реформи на регіональному рівні пацієнтські громадські організації, зокрема які опікуються уразливими групами населення

Міністерство охорони здоров'я підтримує залучення пацієнтських громадських організацій на всіх рівнях реформи, включно з регіональним. Ми впевнені, що це дозволяє зробити процес реформи більш зрозумілим для населення та прискорити його.

Рішення про залучення експертів та представників громадських організацій в процесах реформи на місцевому рівні приймається органами місцевого самоврядування.

Зробити виклики додому платними

Рішення про візит до пацієнта приймає лікар з урахуванням ситуації. Візити до пацієнта додому окремо не оплачуються.

Якщо лікар у вільний час здійснює візит до пацієнта, це не регулюється контрактними відносинами між медичною практикою та НСЗУ. Умови такого візиту є предметом угоди між лікарем та пацієнтом.

Мінімізувати кількість повторних візитів до закладів охорони здоров'я для пацієнтів, хворих на ГРВІ та ГВРЗ

За сучасними протоколами лікування та діагностики, неускладнений випадок ГРВІ не потребує лікування, окрім симптоматичного. Завдання сімейного лікаря, терапевта, педіатра — навчити пацієнта правилам поведінки при ГРВІ та ознакам,

які можуть свідчити про наявність ускладнень та необхідність огляду у лікаря.

*Конкретизувати графік роботи сімейного лікаря:
4 години – прийом, 2 години – документація,
1 год 42 хв – прийом планових пацієнтів*

Передбачити окремі кабінети для медсестри і для лікаря первинки

Графік роботи сімейного лікаря самостійно обирає медична практика.

Кількість та профіль кабінетів самостійно визначає медична практика. Окремий кабінет для медичної сестри дійсно дозволяє прискорити проведення оглядів лікарем, надавати сестринські послуги (уколи, маніпуляції тощо).

Медична освіта

Закріпити на рівні законодавства вільний вибір спеціальності та вільний місця роботи для випускників медичних ВНЗ – скасувати Постанову Кабміну №992 від 22.08.1996 року Про Порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням

Постанова №922 скасована (підстава: Постанова КМУ від 31 травня 2017 р. № 376)

Створити майданчик, де керівники медичних закладів та органи місцевого самоврядування можуть знаходити лікарів, зокрема молодих спеціалістів

Підготувати та викласти у відкритий доступ централізовану базу питань, щоб студенти могли готуватися до оновленого «Кроку»

Поставити вимогу, щоб викладачі в системі післядипломної медичної освіти та вищої медичної освіти обов'язково мали актуальну лікарську практику

Не переводити заклади медичної освіти під юрисдикцію МОН, оскільки тоді доведеться платити за практику в лікарнях

Дозволити професорсько-викладацькому складу медичних ВНЗ працювати в приватних медичних закладах у межах основного робочого часу

Передбачити практику чи додаткове психологічне тестування для абітурієнтів медичних університетів, щоб перевіряти їхню готовність працювати у практичній медицині

Ці пропозиції надані робочій групі, яка займається питаннями реформи медичної освіти. Про рішення буде оголошено разом з всім планом реформи медичної освіти.

Взаємодія ланок

Чітко регламентувати взаємодію між різними ланками надання медичної допомоги

Взаємодія ланок надання медичної допомоги насамперед регулюється замовленням послуг. Усі дані про взаємодію з пацієнтом вносяться в електронну картку в системі e-Health

Розділити, які маніпуляції є лікарськими, а які – медсестринськими

Це буде розділено новим порядком надання ПМД та іншими нормативними документами, регулюючими роботу практик первинної медичної допомоги.

Передбачити, щоб карета швидкої доставляла пацієнта до закладу надання екстреної допомоги протягом 15-20 хвилин

Це залежить не тільки від нормативів, але й від реальних умов – тобто якості доріг.

Просувати роботу центрів громадського здоров'я в рамках програм, об'єднаних на рівні області

Зараз пілотуються центри громадського здоров'я в 5 перших регіонах.

Чітко розмежувати, які стани належать до компетенції служби екстреної допомоги, а які – до первинної медичної допомоги

Це буде розділено новим порядком надання ПМД та іншими нормативними документами, регулюючими роботу практик первинної медичної допомоги.

Призначити кураторів, кожен з яких відповідав би, наприклад, за три області, й інформував МОЗ про актуальні проблеми і стан медицини у регіонах.

МОЗ планує запуск груп з впровадження реформи в усіх областях України.

Медикаменти

Обмежити або заборонити рекламу лікарських засобів

Можливості таких змін вивчаються.

Поширити в рамках ініціативи «Є ліки» практику публікації онлайн-переліку всіх наявних у лікарні ліків

Ініціатива розширюється.

Зосередити додаткову увагу на забезпеченні ліками онкохворих

Всі пацієнти, які вимагають ліки для одужання мають користуватися однаковою увагою. В нас проблеми не тільки з ліками для онкохворих, але й з іншими нозологіями. Всі вони мають вирішуватись разом.

Створити при НСЗУ підрозділ, який буде закуповувати та постачати ліки медичним закладам на вторинний рівень, щоб зменшити навантаження на заклади по організації тендерів

Рішення про організацію закупівлі послуг на національному рівні готується.

Уніфікувати правила виписування рецептів в системі електронного документообігу, обрати уніфікований варіант назви, бажано український, і закріпити за кожним препаратом унікальний код

Це буде проходити разом з впровадженням eHealth

Виробити стратегію протидії корупційній співпраці лікарів і фармвиробників

Лікарі будуть мати право виписувати рецепти тільки з діючими речовинами.

Випадки впливу фармпредставників на лікаря і його призначення можуть стати причиною одностороннього припинення контракту з боку НСЗУ.

Знайти важелі впливу на аптечні заклади, що не хочуть брати участі в програмі «Доступні ліки»

Мережі аптечних закладів побачили стабільне фінансування за програмою «Доступні ліки» і вхідження нових закладів в систему активізувалося.

Внести комбіновані препарати для лікування бронхіальної астми і кардіологічних хвороб в програму «Доступні ліки»

Список препаратів, доступних для реімбурсації за програмою «Доступні ліки» буде регулярно оновлюватись.

Видавати гроші на медикаменти напряму пацієнтам, а не через реімбурсацію. Передавати кошти за реімбурсацію напряму в райони, а не через область

Ця модель існує в світі. Головна її проблема: пацієнти починають просто споживати ці кошти, замість того, щоб купити ліки. Модель з відшкодуванням вартості ліків аптеці є більш надійною і була обра- на МОЗ для впровадження. Зміни в програму реімбурсації будуть узгоджені з програмою медичної реформи (законопроект №6327)

Пропозиції щодо інших проблем в охороні здо- ров'я

Мінімізувати кількість звітування для медичних закладів і лікарів, зокрема паперового, яке вимагають управління охорони здоров'я

Разом з впровадженням системи eHealth паперо- вий документообіг буде поступово скорочуватись.

Якнайшвидше дати лікарням технічне завдання щодо того, як готуватися до впровадження електронних реєстрів

Старт першого етапу системи eHealth разом з комунікаційною кампанією заплановано на осінь 2017 року.

Розробити вичерпний перелік пільгових категорій населення та чітко прописати особливості надання медичної допомоги для них

Закупівля послуг НСЗУ буде здійснюватись в ін- тересах пацієнтів на єдиних умовах. Будь які до- даткові послуги для пільгових категорій населен- ня можуть фінансуватись з відповідних джерел, зокрема фондів Міністерства соціальної політики.

Виключити соціальну функцію з закладів охорони здоров'я, налагодити механізм переспрямування пацієнтів, які потребують соціальної допомоги, до відповідних закладів

Цьому питанню буде приділено окрему увагу.

Забезпечити додаткові гарантії для мешканців екологічно небезпечних регіонів

Питання додаткового захисту мешканців екологіч- но небезпечних регіонів є питанням органу місце- вого самоврядування.

Поставити у пріоритет реабілітацію людей з інвалідністю

Питання пріоретизації фінансування різних ви- дів медичних послуг буде вирішуватись в 2018-му році при підготовці програми медичних гарантій.

Реорганізувати надання психологічної допомоги, особливо на час проведення АТО. Розглянути варіант закріпити ставки психологів у первинній ланці. Наразі є доступ лише до психіатрії

Питання вивчається.

Видавати учасникам АТО разом з посвідченнями страховий поліс, щоб вони знали, який пакет послуг отримують автоматично

Страховим полісом в системі буде паспорт. Учасники АТО зможуть отримувати всі послуги, які фінансує держава, включно з спеціальними програмами.

Системно протидіяти кампанії проти вакцинації дітей (зокрема з боку лікарів) та антинауковим методам лікування

Гомеопатія не працює. Дякуємо вам, що ви не підтримуєте антинаукові вигадки.

Ми зі свого боку докладаємо всіх можливих зусиль для розгортання системи вчасної та безпечної вакцинації дітей. Випадки хибного інформування батьків лікарями первинної ланки щодо наслідків вакцинації будуть вважатись порушенням контракту з Національною службою здоров'я України.»

Забезпечити доступність стоматології, зокрема невідкладної, в сільській місцевості

Невідкладна стоматологія буде входити в програму медичних гарантій.

Оптимізувати видачу лікарняних листів, щоб ця процедура забирала менше часу в пацієнта і лікаря

Стратегічно ми переходимо на електронні листи непрацездатності і єдиний реєстр. Але ця система є спільною для декількох міністерств і її перезапуск вимагає більше часу, ніж ми очікували.

Мінімізувати корупцію і бюрократичні процедури в роботі МСЕК і ЛКК

Питання вивчається, чекайте новин згодом.

Вирішити проблему з затягуванням погодження від санстанції на ліцензування медичних закладів

Проблемі буде надано окрему уваги під час зміни ліцензій в процесі автономізації.

Запустити роботу гарячої лінії для підтримки лікарів та ефективного втілення змін на перехідний період

Ми вивчаємо різні моделі надання технічної допомоги включно з гарячою лінією та регіональними групами впровадження реформ.

Сприяти залученню громадян до здорового способу життя

Сподіваємось на ефективну роботу програм громадського здоров'я і будемо приділяти цьому окрему увагу.

Запровадити відеоспостереження на третинній ланці за маніпуляціями, які є критичними для здоров'я пацієнта

Питання передано на розгляд робочій групі.

