



# **МЕДРЕФОРМА**

ФАКТИ. МІФИ. ПИТАННЯ І ВІДПОВІДІ

2017

# МЕДІА АНАЛІЗ

Медична реформа в Україні: п'ять головних фактів

<http://konkurent.in.ua/news/ukrayina/18674/medichna-reforma-v-ukrayini.html>

## 1. «Страхова медицина», або гроші ходять за пацієнтом

У законопроекті про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів **пропонується, що такі гарантії будуть сплачуватися коштом «державного солідарного медичного страхування».**

Конкретно **про створення системи загальнообов'язкового медичного страхування не йдеться.** Наразі в Міністерстві охорони здоров'я (МОЗ) **пропонують використовувати кошти з податків, які вже сплачують в Україні.**

Новий закон має лише змінити спосіб використання грошей. **Бюджетні гроші виділятимуть не лікарням за їхнє існування, а, так би мовити, пацієнтам на лікування.** Останні вибиратимуть собі лікаря — **і держава фінансуватиме надання пацієнтам медичних послуг.** Така система має повністю запрацювати з 2019 року.

## 2. Поява Національної служби здоров'я України (НСЗУ)

Медична реформа передбачає **створення нового центрального органу влади.** Однак у тексті законопроекту конкретно не вказується, як саме цей орган називатиметься. У пропозиціях Міністерства охорони здоров'я Кабміну йдеться про **Національну службу здоров'я України (НСЗУ).** Цьому органу має перейти значна частина повноважень самого міністерства. Служба також безпосередньо опікуватиметься тим, як втілюватимуться в життя принцип солідарного медичного страхування.

**НСЗУ має отримати «найцікавіше» завдання — розподіляти гроші,** тоді як МОЗ і надалі розроблятиме медичну політику. Міністр охорони здоров'я Уляна Супрун зазначала, що **НСЗУ стане «сильним національним закупівельником».**

Тобто **установа від імені держави сплачуватиме за надані громадянам медичні послуги та ліки.** Перелік послуг, якими зможе скористатися пацієнт, та ліків також визначатиме Національна служба здоров'я України. **Вона укладатиме й контракти з «якісними постачальниками»,** тоді як лікарні, де вимагають хабарі чи погано надають медичні послуги, договорів з державою не отримують.

У 2017 році на медицину виділили близько 70 мільярдів гривень, що дорівнює 3,5% ВВП. Окремі **депутати та громадські активісти вважають, що у НСЗУ буде створений величезний простір для корупції.**

### 3. Гарантований пакет лікування

Ще однією новацією має стати так званий **«державний гарантований пакет» з певного набору медичних послуг та препаратів**. Цей перелік, складений НСЗУ, має ще затверджуватися урядом. Кабмін також може його розширити.

Законопроект пропонує **гарантувати повну оплату державою екстреної, первинної та паліативної допомоги. Доплачувати громадяни матимуть за спеціалізовану та високоспеціалізовану – вторинну та третинну – медичну допомогу**.

Критики реформи у Верховній Раді вважають незрозумілим потенційний набір послуг у пакеті, ціни, а також частку, яку змушені будуть доплачувати громадяни. Закидають і невизначеність, наприклад, щодо оплат за планові операції.

### 4. Супермаркет лікарів

Законопроект №6327 також передбачає, що **громадяни матимуть «можливість вибору лікаря... у порядку, встановленому законодавством»**. Представники МОЗ у численних інтерв'ю роз'яснюють, що за реформи **кожен українець зможе укласти договір з тим лікарем, який йому подобається**.

Вважається, що **це сприятиме як конкуренції між лікарями, так і зростанню їхньої зарплатні**, адже за попередніми даними **один пацієнт приносить медично-фахівцеві близько 210 гривень на рік**.

Очікується, що **кожен лікар опікуватиметься в середньому 2 000 пацієнтів**. З цього розрахунку **лікар зароблятиме близько 35 тисяч гривень на місяць — до оподаткування**. Якщо підопічні пацієнти показуватимуть добре здоров'я, додають у експертній групі підтримки медреформи, лікарі отримуватимуть бонуси.

### 5. Міжнародні схеми лікування

Стандартизація «гарантованого пакету» та централізовані держзакупівлі медичних послуг потребуватимуть **єдиного порядку лікування пацієнтів**. У МОЗ обіцяють, що в Україні застосовуватимуть схвалені міжнародні практики — так звані **протоколи лікування**. У них **для конкретних хвороб чітко вказані методи лікування й ліки, які має використовувати медик**.

# МЕДИЧНА РЕФОРМА: ЯК ДІЯТИМУТЬ ГОСПІТАЛЬНІ ОКРУГИ ТА ЯКІ ПОСЛУГИ ЛІКАРІВ СТАНУТЬ ПЛАТНИМИ

<https://tsn.ua/ukrayina/medichna-reforma-yak-diyatimut-gospitalni-okrugi-ta-yaki-poslugi-likariv-stant-platnimi-987400.html>

Медична реформа передбачає, що **кожну область поділять на 3–5 госпітальних округів**. У кожному такому окрузі буде щонайменше **одна багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування першого або другого рівня**. Медзаклад першого рівня буде надавати хірургічну та реанімаційну допомогу. До лікувати пацієнтів та надавати планову медичну допомогу будуть в лікарнях другого рівня.

**Центром округу стане місто з населенням не менше 40 тисяч**. Дорога до нього повинна становити **не більше 60 кілометрів або займати годину поїздки**. А керувати госпітальним округом будуть госпітальні ради. До складу яких увійдуть представники місцевих громад, медичних установ, обласних адміністрацій та Міністерства охорони здоров'я.

**Повністю безкоштовним буде «зелений» пакет послуг — невідкладна, первинна та допомога в останні дні життя**. Також безкоштовними будуть пологи, лікування **дітей до 14 років**. У рамках «синього» пакету за послугу доведеться частково доплачувати з власної кишені. Скільки саме — поки невідомо. Так само, як і які послуги увійдуть до пакету. А ось **повністю заплатити доведеться за естетичну медицину, дорослу стоматологію (крім невідкладної допомоги) та звернення без направлення**.

Зміняться і механізми лікування. По-перше, **сімейний лікар буде у кожному населеному пункті**. Всі медики **будуть лікувати за європейськими протоколами**, що регулюють методи лікування і ліки, які виписує лікар. Та й зарплата працівників галузі зміниться. Після реформи **медик стане отримувати не ставку, а виплату за кожного полікованого пацієнта**.

# ЯК ПРАЦЮВАТИМЕ «ЕЛЕКТРОННА МЕДИЦИНА» — ПРО СИСТЕМУ EHEALTH

[www.ukrinform.ua/rubric-society/2310183-ak-pracuvatime-elektronna-medicina.html](http://www.ukrinform.ua/rubric-society/2310183-ak-pracuvatime-elektronna-medicina.html)

20 вересня МОЗ повідомило про початок роботи **електронної медичної системи для лікарів первинної ланки — eHealth, яка працюватиме у тестовому режимі до квітня 2018 року.** У відомстві пояснюють, що електронізувати систему охорони здоров'я взялися у межах медичної реформи. Це **дасть змогу контролювати ефективність використання коштів, що виділяються на охорону здоров'я,** адже в eHealth вестиметься облік кількості пацієнтів, які закріплені за конкретним лікарем. Відповідно і **оплачуватиметься робота лікаря залежно від завантаженості — 370 гривень на рік за кожного пацієнта на обліку.**

Отже, **eHealth ([portal.ehealth-ukraine.org](http://portal.ehealth-ukraine.org))** — центральний компонент електронної системи, який відповідатиме за централізоване зберігання та обробку інформації. До нього під'єднуються **медичні інформаційні системи (MIS) — online-платформи, через які і відбуватиметься реєстрація, запис на прийом і ведення особистого кабінету.** Яку MIS використовувати – лікарні і поліклініки обиратимуть самостійно, наразі їх 8 — Helsi, MIS EMCIMED, Поліклініка без черг, MEDICS, MEDSTAR, Доктор Елекс, «nHealth» («Здоров'я Нації»), МедЕйр.

Впровадження медичної електронної системи має передусім полегшити життя пацієнтам, оскільки вона **передбачає запис на прийом до лікаря без багатогодинного очікування черги — просто в режимі online.**

На цей момент **основне завдання eHealth — реєстрація лікарів первинної ланки (сімейні лікарі, терапевти, педіатри), медичних установ та пацієнтів.** У майбутньому ж пацієнтам не потрібно буде мати при собі паперові медичні картки і носитися з друківаними довідками і рецептами – все перейде в Мережу. Зручності обіцяють ще й у тому, що **система накопичуватиме як всю медичну історію одного пацієнта, так і велику кількість статистики по Україні щодо захворюваності і лікуванні,** а це дозволить точніше планувати заходи з профілактики.

Хоча **необхідні законопроекти для старту eHealth наразі чекають свого ухвалення у Верховній Раді, і впровадження електронної системи — поки що пілотний проект, але до нього вже долучилися 373 медичні заклади.** По Києву, наприклад, таких медустанов — 27.

# 7 МІФІВ ПРО МЕДИЧНУ РЕФОРМУ

Медичну реформу обговорюють усі, бо вона стосується кожного українця. Але часом поширюється спотворена інформація — так народжують міфи та страх медичної реформи. Розвінчуємо 7 найбільш розповсюджених міфів про зміни, які відбудуться з українською системою охорони здоров'я, після того, як парламент ухвалить урядові законопроекти №№ 6327, 6604.

## Міф 1. Медицина стане платною і дуже дорогою

Безкоштовної медицини в Україні не існує. 90% ліків українці купують за власний кошт, за результатами опитування в рамках проекту «(Без)коштовна медицина». За даними досліджень, кожен другий пацієнт відмовляється від лікування або відкладає його через брак грошей. Тому неправильно казати, що медицина стане платною і дуже дорогою для громадян, внаслідок реформи.

Реформа вводить нові чіткі правила державного фінансування медичної системи, однакові для кожного громадянина. З'явиться список послуг, які будуть на 100% профінансовані державою: первинна допомога (сімейних лікарі, терапевти, педіатри); екстрена допомога (різке погіршення стану здоров'я, серцевий напад, інсульт, гострий апендицит тощо); паліативна допомога — перш за все, адекватне знеболювання; пологи; лікування дітей до 16 років; лікування у вузьких спеціалістів та планове лікування у рамках програми медичних гарантій.

Кожна медична послуга матиме визначений тариф, однаковий для всіх. Обсяг послуг у рамках програми медичних гарантій залежить від об'єму фінансування системи охорони здоров'я, однак включатиме основні послуги, необхідні для якісного лікування.

Для дороговартісного лікування, як і сьогодні, будуть існувати цільові програми, продовжать діяти програми лікування онкології, гепатитів, СНІДу та ін.

## Міф 2. Медреформа призведе до закриття лікарень і звільнення медиків

У законопроектах про медреформу немає жодного слова про закриття лікувальних закладів чи скорочення медперсоналу. На першому етапі реформи Національної служби здоров'я укладе договори з усіма лікарнями, щоб ніхто не залишився без медичної допомоги. Але з часом конкуренція і принцип «гроші йдуть за пацієнтом» призведуть до впорядкування мережі медзакладів — малопотужні, погано оснащені і мало завантажені лікарні, де просто небезпечно лікуватись, будуть перепрофільовані під реальні потреби населення — на реабілітаційні, діагностичні центри, хоспіси.

Найкращі лікарні будуть додатково технічно та кадрово підсилені, щоб кожен, хто до них звертається, мав можливість отримати якісну медичну допомогу.

Без роботи можуть залишитись лише ті, до кого не захочуть йти люди. Хороший лікар завжди матиме потік пацієнтів і достойні гроші за свою роботу! Реформа сприятиме тому, що лікарі конкуруватимуть за пацієнта.

Впорядкуванням мережі лікувальних закладів опікуватиметься місцева влада. Місцеві громади мають вирішити, які з них потрібно підсилити, а які перепрофілювати. Держава надає технічні вимоги щодо доїзду до лікарні та її мінімально навантаження (кількість пологів, оперативних втручань). Завдяки децентралізації місцеві бюджети мають достатньо коштів для того, щоб покращити мережу медзакладів, створити належні умови для роботи лікарів, відремонтувати дороги до лікарень. Держава зі свого боку виділить додаткові гроші на підсилення опорних закладів та перепрофілювання слабких та малозавантажених.

### **Міф 3. Села залишаться без лікарів**

У селах людей найбільше турбує доля фельдшерів та ФАПів. ФАПи залишаться. Фельдшери не замінятимуть лікаря, але стануть його помічниками та забезпечать доступ до медичної допомоги у найвіддаленіших селах.

У 2018 році середня виплата на первинній ланці складе близько 370 грн на одного пацієнта, у 2019 — 450 грн. Практика у 2000 пацієнтів матиме річний дохід в 740 000 грн у 2018 та 900 000 грн у 2019. У цей бюджет входять оренда, оплата роботи лікаря, фельдшера та медсестри, прості витратні матеріали та часткове покриття аналізів. Досі на селі ніколи не було таких коштів у медицині — і реформа дозволяє нарешті розгорнути пряме фінансування.

Місцеве самоврядування матиме можливості для підвищення якості життя лікаря. Наприклад, якщо громада побудує якісну амбулаторію та житло для лікаря, буде значно легше знайти і запросити лікаря на роботу.

Крім того, у Верховній Раді зареєстрований законопроект №7117, створений за ініціативою Президента, та покликаний підвищити доступність та якість медичного обслуговування у сільській місцевості. Зокрема, законопроект передбачає розширення повноважень органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо забезпечення підвищення рівня медичного обслуговування у сільській місцевості.

## **Міф 4. Хабарі все одно доведеться платити**

Єдиний тариф на кожну медичну послугу визначатиметься щороку. Держава на пряму оплатить за кожну конкретну послугу. Зникнуть підстави давати хабарі.

Щороку держава офіційно інформуватиме громадян про кількість і вартість послуг, які вона покриватиме на 100%. Відмова лікаря надати допомогу чи ліки, що входять до гарантованого пакету медичних послуг, або будь-які вимоги з боку медперсоналу сплатити додаткові неофіційні кошти — злочин, за який передбачена відповідальність, у тому числі кримінальна.

Пацієнт завжди зможе поскаржитися на неправомірні дії лікаря в Національну службу здоров'я. НСЗУ має право розірвати контракт з лікарем чи медзакладом на обслуговування пацієнтів у разі порушення умов контракту.

## **Міф 5. Реформа суперечить Конституції**

З медреформою держава нарешті почне виконувати статтю 49 Конституції України завдяки розмежуванню понять медична допомога та медична послуга. Адже компонент медичної допомоги в тарифі послуги буде завжди оплачений державою, як вимагає Конституція.

Це підтвердило Міністерство юстиції України, яке зазначає:

Проект Закону «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» розроблений у відповідності до ст. 49 Конституції України у системному зв'язку зі ст. 95 Конституції України.

У ст. 49 Конституція України встановлює, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Безоплатність, згідно з рішенням Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р. № 10-рп/2002 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 до-



помоги 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.

## **Міф 6. На реформу не вистачить грошей**

Реформи не бувають безкоштовними. Потрібні будуть інвестиції на перебудову, переобладнання та перепрофілювання лікарень та навчання лікарів.

Власники лікарень та інших медзакладів — міста, райони, ОТГ — вже зараз зацікавлені в розвитку. Тому Уряд виділить на ці цілі окреме фінансування. МОЗ України розрахував прогнозовані обсяги витрат на охорону здоров'я відповідно до календарного плану реформи до 2020 року.

Перший етап реформування — перехід на новий принцип оплати лікарів та закладів первинної медичної допомоги у 2018 році — за кожного реального пацієнта держава компенсуватиме справедливий тариф. Щоб забезпечити ці тарифи видатки, Державного бюджету на "первинку" у 2018 році закладено на 36,9% більше грошей — 13,28 млрд грн. До того ж, очікується зростання реального ВВП України в середньому на 3,19% на рік.

Найважливіше, зараз система така неефективна, що запуск грошей за послугу для реального пацієнта, дозволить забезпечити за ті ж гроші значно більше здоров'я, лікування, профілактики, ніж є зараз. Але також важливо і збільшення коштів на лікування, що виділяються з бюджету. Саме тому у законопроекті №6327 закріплено встановлення бюджету на охорону здоров'я не менше 5% ВВП.

## **Міф 7. НСЗУ — це фінансовий «монстр», який розпоряджатиметься 80 млрд грн**

НСЗУ не володіє коштами. Гроші акумулюються в державному бюджеті та зберігаються на казначейських рахунках. Національна служба здоров'я є оператором, який контрахтує закупівлю медичних послуг та укладає договори з медичними закладами і лікарями-ФОП.

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

НСЗУ контролюватиме якість послуг на рівні дотримання умов договору. Якщо йдеться про лікарську помилку, то в цьому разі контроль залишається за органом, який надає ліцензію — за МОЗом.

## 1. Чи почалася медична реформа в Україні?

1 липня 2017 року мав стартувати перший етап медреформи в Україні. Але народні депутати відклали до вересня ухвалення законопроектів №№ 6327, 6604.

**1 січня 2018** року розпочнеться зміна моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні на первинній ланці, у разі ухвалення парламентом законопроектів №№ 6327, 6604.

Оплата за надану медичну послугу пацієнту за єдиним тарифом **на вторинній та третинній ланці буде впроваджуватися з 2019 року.**

**Протягом 2018-2019 років уся система охорони здоров'я перейде на прямі оплати від Національної служби здоров'я України** лікарям та медичним установам усіх напрямків спеціалізації.

## 2. Профілактичні заходи здійснюються на етапі первинної медичної допомоги. Як це буде відбуватися на практиці? Де можна ознайомитися з національною стратегією у галузі громадського здоров'я? Чи є там відлуння глобальної?

Сімейні лікарі та терапевти надають первинну медичну допомогу. Команда МОЗ розробила оновлений Порядок надання первинної медичної допомоги (ПМД). За цим документом лікарі ПМД, у тому числі, допомагають у попередженні розвитку захворювань, зменшують потребу у госпіталізації та покращують якість життя.

**Сімейний лікар або терапевт** обов'язково періодично **обстежує пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку** серцево-судинних захворювань, з сообливою увагою до гіпертонічної хвороби, цукрового діабету II типу, бронхіальної астми, ВІЛ/СНІД, туберкульозу, раку шийки матки, раку легенів, раку молочної залози.

Також на рівні первинно-медичної допомоги проводиться вакцинація відповідно до календаря профілактичних щеплень. Сімейний лікар обстежує пацієнтів з поодинокими випадками інфекційних хвороб, інформує про інфекційні захворювання, харчові, гострі професійні отруєння, незвичайну реакцію на щеплення, а також інформує регіональні центри громадського здоров'я про виникнення небезпечних ситуацій в сфері охорони здоров'я.

Також **Центр громадського здоров'я МОЗ України** та його регіональні центри відповідають за профілактику ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, гепатитів С і В, інфекцій, що передаються статевим шляхом, вірусу Зіка.

**Концепція розвитку системи громадського здоров'я** була затверджена Урядом 30 листопада 2016 року. Ознайомитися з текстом можна за посиланням [goo.gl/xJP3A6](http://goo.gl/xJP3A6).

### 3. Джерело коштів на систему охорони здоров'я — податки громадян. Чи збільшаться вони для кожного працюючого після прийняття законопроектів №6327, 6604?

**Додаткові цільові податки на охорону здоров'я не будуть вводитися.** Величезний обсяг зарплат щомісячно виплачується в Україні в конвертах. Додатковий податок міг лягти на бізнес та на людей, які працюють по-білому. І став би додатковим стимулом для бізнесу йти глибше у тінь.

У законопроекті №6327 **кошти на покриття послуг пропонуємо збирати із загальних податків.** ПДВ платять усі, незалежно від статків.

Кошти на програму медичних гарантій щорічно визначаються у законі України про Держбюджет як **частка ВВП у розмірі не менше 5%**. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету. Це також передбачено законопроектом №6327.

### 4. Чи передбачає реформа усунення корупційної складової при працевлаштуванні до медзакладу? Наприклад, в Ужгороді, щоб влаштуватись медсестрою до відділення реанімації треба дати хабар розміром 2000\$.

Нова модель фінансування допоможе збудувати систему, де **пацієнт голосує «гривнею» за лікарні з кращими лікарями, медичним персоналом, обладнанням.** Більше фінансування отримає медичний заклад, який обирають більше пацієнтів.

Українці звертаються до того лікаря і тієї лікарні, про яку кращі відгуки, де краще ставлення медичного персоналу та краще лікування. Тільки **сьогодні пацієнти платять із власної кишені.**

Після впровадження реформи платити **за кожну послугу в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення (програми медичних гарантій) буде держава.** За таких умов уже **лікарні будуть змагатися за кращих лікарів та медперсонал,** пропонуючи більші зарплати та кращі умови роботи.

Звісно, щоб система запрацювала, необхідний час. Однак саме такий механізм дозволить врешті-решт усунути корупційну складову під час працевлаштування до комунальних медичних закладів.

## 5. Які саме маніпуляції входять до гарантованого пакету первинної медичної допомоги?

Сімейний лікар:

- спостерігає за станом здоров'я пацієнтів із допомогою різних досліджень, діагностує та лікує найбільш поширені хвороби, травми, отруєння, патологічні, фізіологічні (під час вагітності) стани;
- 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;
- консультує.

Сімейний лікар може **спостерігати неускладнену вагітність** та **спостерігати за здоровою дитиною відповідно до вікових особливостей та потреб**. А також надавати окремі послуги паліативної допомоги. Наприклад, **оцінити ступінь болю, призначити та виписати рецепт на наркотичні засоби**, психотропні речовини для лікування больового синдрому.

У рамках первинної медичної допомоги пацієнти **гарантовано і безкоштовно можуть отримати:**

- Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою
- Глюкоза крові
- Загальний холестерин
- Аналізи сечі
- Загальний аналіз сечі
- Електрокардіограма (ЕКГ) у стані спокою
- Мікроскопія харкотиння.
- 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, що буде поступово включати все більше і більше захворювань та препаратів, а також оформлювати довідки, лікарняні листки.

## 6. Чи не буде головний лікар при широкій автономії більш схильний до корупції?

Медичні заклади працюють як бюджетні установи за радянськими нормами через вертикальне управління. Завдяки ухваленому Закону про автономізацію медичних закладів **лікарні можуть вільно господарювати**, у тому числі підписувати контракти, мати свій рахунок та встановлювати рівень заробітної плати без прив'язки до тарифної сітки.

Разом з тим законопроект №6327 змінить принцип фінансування лікарень. **Більше грошей отримає не той заклад, де більше ліжок-місць, а той, що надає більше якісних послуг.** У таких умовах головний лікар мусить стати ефективним управлінцем, розвивати свій заклад.

Тому важливо, щоб місцева громада, яка є власником медичного закладу та фактично наймає головного лікаря, вимагала якісних послуг у лікарні.

Крім того, **головні лікарі будуть обиратися на відкритих конкурсах** за участі громадськості та представників місцевої влади. Контракт з головним лікарем буде мати обмежений термін.

## 7. Для чого потрібна Національна служба здоров'я?

Національна служба здоров'я України — центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантії медичного обслуговування населення.

**НСЗУ не володітиме коштами, які виділяються з держбюджету на оплату послуг медичного обслуговування населення.** Гроші зберігатимуться на казначейських рахунках. **Національна служба здоров'я буде оператором, який контрактуватиме закупівлю медичних послуг та укладатиме договори з медичними закладами і лікарями-ФОП.**

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

**НСЗУ контролюватиме якість послуг на рівні медичної допомоги та дотримання умов договору.** Якщо йдеться про лікарську помилку, то тут контроль залишається за органом, який надає ліцензію — за МОЗом. Якщо йдеться про якість обслуговування — це компетенція НСЗУ.

НСЗУ укладає договір і перевіряє його виконання, так само, як страхова компанія перевіряє виконання умов страхового договору.

**Чим ще займатиметься НСЗУ**

## 8. Я анестезіолог в ЦРЛ, люблю свою роботу, ненавиджу «подяки», маю двох дітей. Скільки я отримуватиму і як це рахуватимуть?

З 2019 року усі спеціалізовані та високоспеціалізовані медичні заклади будуть фінансуватися за новим принципом. **Національна служба здоров'я буде перераховувати медзакладам гроші за надану послугу за затвердженими тарифами, єдиними для всієї країни.** У тарифі на послугу врахують усі витрати на її надання, у тому числі — оплата праці медичного персоналу.

Згідно із законопроектом №6327 **у тариф закладається оплата праці медичних працівників не менша за 250% середньої заробітної плати в Україні** за липень року, що передує року, в якому будуть застосовуватися тарифи. Якби тарифи затверджувалися у 2017 році, це було б 13 400 грн без урахування податків.

При цьому реформа передбачає відмову від тарифних сіток та **вільне формування ринку зарплат у комунальних медичних закладах.** Тобто рівень зарплати медичного працівника буде базуватися на його/її компетенції, будуть створені умови для гнучкого визначення заробітної плати, як це відбувається, наприклад, в приватних клініках.

## 9. За якими принципами будуть розраховуватися єдині тарифи на медичні послуги, які декларує МОЗ?

Будь-яка послуга має свій код та набір коефіцієнтів, за якими розраховується її оплата. **Тариф на надання первинної медичної допомоги** складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг.

Для сімейного лікаря **тарифи на дітей до 5 років або людей віком 65+ будуть вищі,** ніж на молодь, яка потребує менше уваги лікаря.

Для амбулаторної спеціалізованої допомоги будуть використовуватися тарифи за послугу. Будуть враховуватися дані щодо витрат закладів у попередні роки, доплати за якість роботи. Для стаціонарної спеціалізованої допомоги тарифи будуть розраховуються за так званими діагностично-спорідненими групами. Вони враховують ускладнення, супутні послуги тощо. Триває розробка класифікатора послуг за підтримки Світового Банку та використовується досвід інших країн, які такі коефіцієнти вже розробили.

**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.

Перехід на тарифи за діагностично-спорідненими групами відбуватиметься поступово.

## 10. Чи будуть медичні послуги оплачуватися наперед?

**Методика розрахунку тарифів і коригувальні коефіцієнти будуть затверджуватися Урядом** за погодженням Міністерства охорони здоров'я.

Національна служба здоров'я України 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 eHealth.

**Надавач медичних послуг складатиме звіт в електронній системі охорони здоров'я eHealth**, де зазначатиме 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. При цьому обсяг фінансування закладу буде відомий наперед і зазначений в контракті разом з умовами отримання фінансування. Отже, заклади зможуть розраховувати фінансові надходження.**

## 11. Що таке електронна система охорони здоров'я e-Health?

E-Health — електронна система, яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям — надавати якісні медичні послуги. Завдяки цій системі Національна служба здоров'я контролюватиме, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти, і запобігатиме зловживанням.

e-Health буде впроваджуватися поступово, протягом кількох років. Перший етап — первинна медична допомога: сімейні лікарі, терапевти та педіатри.

Пацієнти укладатимуть декларації із обраними лікарями, і лікарі реєструватимуть їх у системі. НСЗУ зможе оплачувати лікарю ведення кожного пацієнта. А пацієнт отримує гарантовані державою безоплатні медичні послуги. Так eHealth допоможе реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом».

У майбутньому eHealth дасть можливість швидко отримати свою медичну інформацію, а лікарям — правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта.

Система замінить паперові медичні карти і довідки, які губляться. Лікарі виписуватимуть електронні рецепти, які неможливо підробити.

В Україні система складатиметься з центрального компонента, що відповідатиме за централізоване зберігання та обробку інформації, та медичних інформаційних систем (MIS).

Медичні заклади зможуть обирати будь-яку медичну інформаційну систему з-поміж тих, які пройшли перевірку і підключилися до центрального компонента eHealth. При цьому комерційні МІСи гарантовано надають базовий пакет електронних сервісів. Із повним переліком МІСів, підключених до системи, можна ознайомитися на сайті eHealth.

Систему eHealth розробляє та впроваджує Проектний офіс, створений громадськими організаціями Transparency International Ukraine та Всеукраїнська мережа ЛЖВ. Систему створюють українські ІТ-фахівці коштом міжнародних донорів — Світового банку, урядів США та Канади, Глобального Фонду та інших. Проектний офіс співпрацює з Міністерством охорони здоров'я на основі Меморандуму. За експлуатацію eHealth буде відповідати створене з цією метою державне підприємство.

## **12. Як будуть захищені персональні дані пацієнтів у E-Health, якщо їх збирають комерційні виробники програмного забезпечення?**

Електронна система охорони здоров'я eHealth складатиметься з центрального компонента, що відповідатиме за централізоване зберігання та обробку інформації, та медичних інформаційних систем (МІС), які підключаються до центрального компонента після проходження перевірки на дотримання встановлених стандартів обміну даними. Відповідність МІСів вимогам щодо надійності, безпеки та конфіденційності персональних даних підлягає сертифікації з боку Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України.

Медичні заклади зможуть обирати для встановлення у себе будь-яку медичну інформаційну систему на ринку програмного забезпечення з-поміж тих, які пройшли перевірку і підключилися до центрального компонента eHealth. При цьому комерційні МІСи гарантовано надаватимуть базовий пакет електронних сервісів.

Із повним переліком МІСів, підключених до системи eHealth, можна ознайомитися на сайті eHealth [goo.gl/SoshwH](http://goo.gl/SoshwH).

Центральний компонент буде контролювати Національна служба здоров'я України. Система також пройде сертифікацію Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України.

## **13. Що відчутно зміниться для пацієнта з 1 січня 2018 року?**

З 1 січня 2018 року кожен пацієнт зможе отримувати первинну допомогу абсолютно безкоштовно в обраного ним сімейного лікаря.

- Пацієнт може обрати свого сімейного лікаря та укласти з ним декларацію і таким чи-



ном зареєструватися в електронній системі охорони здоров'я E-Health.

- Ви можете укласти декларацію з сімейним лікарем у будь-який час, навіть під час першого візиту, коли вам знадобиться медична допомога.
- Базові аналізи будуть також безкоштовними в амбулаторії сімейного лікаря.
- Якщо сімейний лікар буде вимагати додаткові кошти під час лікування, ви зможете звернутися зі скаргою до Національної служби здоров'я, а також замінити лікаря.
- Буде розширений перелік ліків, вартість яких за рецептом від сімейного лікаря, відшкодовується державою повністю або частково за програмою «Доступні ліки».

## **14. Що зміниться для сімейного лікаря з 1 січня 2018 року?**

- Перехідний період на нову систему фінансування — до 2020 року. У цей час зберігається та поступово зменшується фінансування на пацієнтів, які були приписані до сімейного лікаря раніше, та зростає частка пацієнтів, які уклали декларацію.
- Середня ставка для сімейного лікаря за приписану людину у 2018 році — 370 гривень.
- Лікар первинної ланки матиме окремий бюджет на аналізи для пацієнтів.
- Річний тариф за літню людину (65+) та малюка — вдвічі більший за тариф на чоловіка 25 років.
- Лікар первинної ланки може діяти в статусі ФОП, ліцензійні умови спрощено. У такому випадку бюджет на підтримку пацієнтів піде напряму на його рахунок.
- Якщо лікар працює як найманий працівник, він домовляється про зарплату з керівництвом. Власний прибуток лікаря ефективної сімейної практики з 2000 пацієнтами в статусі ФОП — до 18 тисяч гривень, медсестри — до 12 тисяч гривень. При цьому якщо лікарі-ФОПи будуть об'єднуватися в одному приміщенні, це зменшить витрати і збільшить доходи кожного лікаря.

## **15. Який дохід на практику отримуватиме лікар первинної медичної допомоги?**

Тариф на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

У бюджетній резолюції, яка була ухвалена парламентом у липні 2017 року, закладена сума середнього тарифу у 370 гривень на рік. Стільки в середньому отримувати лікар первинної ланки за кожного пацієнта.

При цьому середній тариф коливається в ту чи іншу сторону, залежно від різних факторів. Наприклад, якщо серед пацієнтів будуть діти до 5 років або пенсіонери у віці 65+, тариф буде майже вдвічі вищим за тариф для молодих людей.

Це означає, що лікар первинної ланки буде отримувати в рік близько 700 тисяч гривень на свою практику, якщо набере максимальне рекомендовану кількість пацієнтів у 2 тисячі осіб. Це разюче відрізняється від суми в 210 гривень, яку використовували для попередніх розрахунків, і є результатом адвокації команди МОЗ.

У бюджетній резолюції закладена сума на 2019 рік — за кожного пацієнта в середньому по 450 гривень в рік. Планується, що з року в рік ця сума буде поступово збільшуватися.

Лікарем первинної ланки може бути сімейний лікар, педіатр або терапевт. Ці лікарі можуть стати фізичною особою-підприємцем (ФОП) та відкрити власну практику, а також об'єднуватися з іншими лікарями в спільну практику, щоб оптимізувати витрати.

Також лікарі первинної медичної допомоги можуть бути найманими працівниками в комунальних закладах первинної медичної допомоги. У цьому випадку лікар домовляється про заробітну плату з адміністрацією закладу, відповідно до кількості пацієнтів, яких він задекларує. При цьому тарифні сітки, що діють зараз, не будуть застосовуватися.

## **16. Як будуть фінансуватися інфекційні відділення, а також робота таких спеціалістів як, наприклад, патологоанатоми?**

Заходи боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльність, пов'язана з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, та інші програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій будуть фінансуватися окремо за рахунок Державного бюджету України. Буде створений окремий перелік таких програм, який затвердить Кабінет Міністрів.

Інфекційні відділення будуть фінансуватися так само, як і інші стаціонари — за надані послуги. Витрати на патологоанатомічне бюро мають входити у загальні витрати закладу, якщо ці відділення є їх підрозділами.

Така норма передбачена у законопроекті №6327.

## **17. Терміни окремих змін що передбачені реформою залишаються незмінними? Чи є певне відтермінування?**

1 липня 2017 року мав стартувати перший етап медичної реформи в Україні. Але народні депутати відклали до вересня ухвалення законопроектів №№ 6327, 6604, які мають запустити реформу моделі фінансування в системі.

Очікується, що 1 січня 2018 року розпочнеться зміна моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні на первинній ланці. Це станеться, якщо у вересні 2017 року парламент ухвалить законопроекти №№ 6327, 6604.

Нова модель фінансування вторинної та третинної ланки системи охорони здоров'я – оплата за надану медичну послугу пацієнту за єдиним тарифом – буде впроваджуватися з 2019 року. У 2018 році окремі послуги можуть надаватися за новою моделлю, про що буде повідомлено окремо.

Планується, що 2020 року вся система охорони здоров'я перейде на прямі оплати від Національної служби здоров'я України напряму лікарям та медичним установам усіх напрямків спеціалізації.

Додаткові кошти в охорону здоров'я також зможуть інвестувати органи місцевого самоврядування, зокрема на оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також на місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

## **18. Хто буде ініціатором укладення договору з сімейним лікарем (лікар, пацієнт, третя особа, ЦПМСД)? Як буде організовано підписання договорів населенням? Це буде відбуватися централізовано або лікар сам буде обходити будинки?**

Громадянин може обрати будь-якого сімейного лікаря, незалежно від місяця проживання чи реєстрації.

Ініціатором укладання декларації може бути як лікар, так і громадянин. У кожного своя зацікавленість: у лікаря — кількість контрактів (від цього залежатиме його заробітна платня); у громадянина — бажання мати доступ до медичної допомоги, у якому допоможе особистий лікар.

Якщо ви вже маєте лікаря, який надає медичну допомогу вас або членів вашої родини, ви до нього звикли і довіряєте йому — просто підпишіть з ним декларацію. А Національна служба здоров'я України заплатить вашому лікарю. Якщо лікар, який вів вас до початку приписної кампанії, не влаштовує, ви можете знайти того, кому готові довірити своє здоров'я.

Де шукати?

1. Дізнайтеся про сімейних лікарів, які працюють у найближчих до вас амбулаторіях сімейної медицини або поліклініках.
2. Розпитайте сусідів та знайомих, чи подобається їм їхній сімейний лікар, чи влаштовує їх його методи профілактики, обстеження та лікування
3. Зверніться у місцевий відділ охорони здоров'я, де вам зможуть надати інформацію про сімейних лікарів у вашому населеному пункті чи районі.

4. До початку приписної кампанії також буде створена єдина відкрита електронна база, прив'язаній до мапи, де ви також зможете обрати лікаря, до якого зручно та швидко дістатися.

Визначилися з лікарем. Що далі?

1. Як тільки буде оголошено про початок приписної кампанії, ви зможете підписати декларацію із сімейним лікарем.
2. Ви можете підписати декларацію у будь-який час, навіть під час першого звернення.
3. Декларація підписується безстроково і діє до моменту, поки ви не вирішите змінити лікаря.
4. З 1 січня 2018 року сімейний лікар почне отримувати пряму річну оплату за обслуговування кожного пацієнта, який уклав з ним договір.

## **19. Чи не суперечить реформа статті 49 Конституції України?**

У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Безоплатність, згідно з рішенням Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р. № 10- рп/2002 означає, що особа не повинна відшкодовувати 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. Первинна медична допомога 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 №6327 не передбачає стягнення з громадян жодної плати за необхідну їм медичну допомогу.

## **20. Чи буде запроваджуватися співплата?**

Народні депутати, незважаючи на вагомий обґрунтування, які не раз надавали представники МОЗ, вирішили вилучити із тексту законопроекту №6327 норми про співплату частини медичних послуг та міжнародні медичні настанови. Команда МОЗ не погоджується з цими фінальними правками.

Але в такій редакції законопроекту є весь інструментарій, щоб розпочати реформу первинної ланки з січня 2018 року.

Команда МОЗ буде продовжувати адвокацію повернення співоплат в законопроект, бо з ними ми зможемо компенсувати вартість лікування частково і так зможемо надати громадянам більше послуг. І 78% українців підтримали б систему розподілу витрат на лікування між державою та пацієнтом, якби вона захищала від необхідності давати хабарі лікарям (результати опитування групи «Рейтинг», липень-серпень 2017).

Важливо повернути співоплати на етапі реформування спеціалізованого лікування, яке планується розпочати з 2019 року.

## **21. Чи не призведе медреформа до закриття лікарень і скорочення медичних працівників?**

У законопроектах про медреформу немає жодного слова про закриття лікувальних закладів чи скорочення медперсоналу. На першому етапі реформи Національної служби здоров'я укладе договори з усіма лікарнями, щоб ніхто не залишився без медичної допомоги. Але з часом конкуренція і принцип «гроші йдуть за пацієнтом» призведуть до впорядкування мережі медзакладів — малопотужні, погано оснащені і мало завантажені лікарні, де просто небезпечно лікуватись, будуть перепрофільовані під реальні потреби населення — на реабілітаційні, діагностичні центри, хоспіси.

Найкращі лікарні будуть додатково технічно та кадрово підсилені, щоб кожен, хто до них звертається, мав можливість отримати якісну медичну допомогу.

Без роботи можуть залишитись лише ті, до кого не захочуть йти люди. Хороший лікар завжди матиме потік пацієнтів і достойні гроші за свою роботу! Реформа сприятиме тому, що лікарі конкуруватимуть за пацієнта.

Впорядкуванням мережі лікувальних закладів опікуватиметься місцева влада. Місцеві громади мають вирішити, які з них потрібно підсилити, а які перепрофілювати. У рамках утворення госпітальних округів МОЗ визначає норми навантаження та види медичної допомоги, які будуть надаватися в основних лікарнях госпітальних округів. Завдяки децентралізації місцеві бюджети мають достатньо коштів для того, щоб покращити мережу медзакладів, створити належні умови для роботи лікарів, відремонтувати дороги до лікарень. Держава зі свого боку виділить додаткові гроші на підсилення потужних закладів та перепрофілювання слабких та малозавантажених.

## **22. 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 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.

## **23. Чи буде сімейний лікар виїжджати на виклики пацієнтів?**

Лікар первинної меддопомоги (сімейний лікар, педіатр, терапевт) на власний розсуд приймає рішення про надання окремих послуг за місцем проживання або перебування пацієнта або телефоном чи по Інтернету.

Вік пацієнта, віддаленість його місця перебування від місця прийому сімейного лікаря чи відсутність у пацієнта коштів на проїзд не можуть бути єдиними підставами для виїзду та виїзду лікаря.

Рішення залишається за лікарем.

## **24. Як фінансуватиметься 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.

## **25. Скільки триватиме прийом одного пацієнта та робочий день сімейного лікаря?**

Оптимальний формат та довжину прийому пацієнта обирає лікар.

Довжина робочого дня регулюється Кодексом законів про працю України.

## **26. Чи платитиме НСЗУ приватним лікарням?**

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

## **27. Які медичні послуги будуть платними для пацієнтів?**

Платними будуть послуги, які виходять за межі програми медичних гарантій.

Комунальні заклади зможуть надавати ці додаткові послуги за єдиними тарифами, які були розроблені за методикою для програми медичних гарантій та є її невід'ємною частиною. Приватні заклади самостійно встановлюватимуть тарифи за послуги поза межами контракту з Національною службою здоров'я України.

Нагадаємо, медичні послуги та лікарські засоби в рамках програми медичних гарантій та тарифи на них будуть затверджуватися щороку на наступний рік. Обсяг послуг у програмі медичних гарантій залежатиме від розміру фінансування з державного бюджету.

## **28. Які медичні послуги та ліки оплачуватимуться з держбюджету, а які – з місцевих бюджетів?**

Національна служба здоров'я України за програмою медичних гарантій оплачуватиме надання пацієнтам конкретного списку послуг з державного бюджету. 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 виділяти додаткове фінансування, наприклад, на оновлення технічного забезпечення медзакладів або додаткові премії медичних працівників.

## 29. Хто оплачуватиме працю медичних сестер, фельдшерів?

Вартість роботи усіх медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної послуги, буде закладена в тариф надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної послуги. 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.

## 30. Чи може сімейний лікар відмовитися від пацієнта?

У статті 9 законопроекту №6327 чітко передбачено, що пацієнт реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги.

**Лікарю, який надає первинні медичні послуги, забороняється відмовляти у прийнятті декларації** про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо, крім випадків, передбачених законодавством.

Випадки передбачені законом описані в Основах законодавства у статті 34, де зазначається, що лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо той не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку медзакладу, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення.



# ЛИСТІВКИ

# ЩО ВАРТО ЗНАТИ ПРО ЗАКОНОПРОЕКТ № 6327



Скасовано співоплату на користь 100% фінансових гарантій за медичні послуги.

Запрацює інститут сімейних лікарів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» з 1 січня 2018 року.



Гарантовано додатковий захист вагітним жінкам, дітям до 16 років та людям, які потребують реабілітації.

Додано норму про видатки на охорону здоров'я не нижче 5% від ВВП.



Підвищено оплату медпрацівникам. Лікарні зможуть самі визначати та платити гідну легальну зарплату.



**72%**

**УКРАЇНЦІВ**

підтримують  
медичну реформу



**ПІДТРИМАЙ І ТИ!**

# ЩО ВІД МЕДРЕФОРМИ ОТРИМАЮТЬ ЛІКАРІ?



**Змогу обирати:**  
працювати як найняті працівники чи як ФОП.

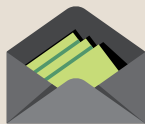
**Увагу керівників,** бо за лікарем стоятимуть його пацієнти і кошти, які надходять у медичний заклад від держави.



**Гідну легальну заробітну плату.** Адже заклад отримує кошти від держави за кожну надану пацієнту послугу. А це означає, що і кожен лікар отримує фінансову гарантію.

# ЩО ЗМІНИТЬ МЕДРЕФОРМА

## Минуле



Пацієнт платив із власної кишені



Низька зарплата лікарів за тарифною державною сіткою



Виділення фінансування на медичний заклад



Лікар за пропискою

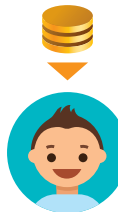
## Майбутнє



Буде визначено чіткий перелік послуг, за які платить держава



Медичні заклади самостійно визначатимуть штат та зарплату своїх працівників



Фінансуватимуться лише послуги, що надаються пацієнтам



Пацієнт вільно обирає собі лікаря чи лікарню

# ЩО ЗМІНИТЬ МЕДРЕФОРМА

## Минуле



Низькі стандарти надання допомоги



Лікар думає, як заробити



Паперові історії хвороб



Черги



Пацієнт шукає лікаря

## Майбутнє



Міжнародні стандарти, увага та якість лікування



Лікар думає, як краще надати допомогу



Єдина електронна система



Заплановані зустрічі з лікарем



Лікар шукає пацієнта