

# Реформа первинної медичної допомоги: обіцянки і документи

На фоні складної економічної, соціальної та безпекової ситуації в Україні продовжуються спроби проведення реформи охорони здоров'я. Паралельно з цим відбуваються процеси децентралізації та підвищення ролі місцевих громад. 7 лютого 2017 р. в Українському кризовому медіа-центрі відбулася прес-конференція **Павла Ковтонюка**, заступника міністра охорони здоров'я України, на тему «Медична реформа: покроковий план та чергові практичні напрацювання». Слід зазначити, що у заході мали змогу брати участь та ставити запитання не тільки журналісти, але й лікарі, представники громадськості тощо. Додатково через Skype до обговорення приєднувалися представники із різних регіонів України.



Відкриваючи прес-конференцію, **П. Ковтонюк** повідомив, що готовий презентувати деякі проекти документів, необхідних для проведення реформи охорони здоров'я, і покроковий план цієї реформи. Він зазначив, що реальне обговорення документів і плану розпочнеться вже 8–9 лютого 2017 р. за участю представників усіх регіонів України. Надалі ці документи пройдуть погодження у відповідних органах влади та мають бути затверджені за процедурою, передбаченою законодавством. Це своєрідний план дій на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України (КМУ) від 30.11.2016 р. № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я».

Напрямки роботи Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України та терміни виконання:

## 1. Запровадження нової моделі фінансування для первинної медичної допомоги (ПМД)

Уже розроблені та проходять громадське обговорення примірні форми документів для вільного вибору громадянами сімейного лікаря та проект наказу Про порядок надання ПМД, що визначає правила надання ПМД, перелік необхідного оснащення, основні завдання лікаря ПМД. Розроблення та затвердження примірних форм документів для здійснення вибору громадянами надавачів ПМД, інструкцій щодо їх використання, а також Порядку надання ПМД має бути завершено до кінця I кв. 2017 р.

Щодо обсягу медичної допомоги на первинній ланці (ПЛ), який гарантує держава, документ визначає завдання ПМД, суб'єктів надання допомоги, завдання лікаря, а також єдині правила організації та надання ПМД.

Дія документу буде поширюватися на усіх суб'єктів ПЛ незалежно від форми власності та організаційно-правової форми діяльності.

ПМД є основним видом медичної допомоги та передбачає надання пацієнтові універсальних, комплексних, інтегрованих послуг, спрямованих на задоволення більшості потреб людини у сфері охорони здоров'я.

Згідно з документом, ПМД надається усім громадянам України незалежно від їх віку, статі, національності, соціального статусу, рівня доходу, місця проживання, віросповідання чи інших ознак. Вона надається за рахунок бюджетних коштів згідно з відповідною бюджетною програмою та законодавством. Фінансування діагностичних заходів та лабораторних досліджень у межах ПМД для громадян України також здійснюється за рахунок бюджетних коштів згідно з відповідною бюджетною програмою та законодавством.

До обов'язків лікаря ПЛ, відповідно до проекту, належать:

- безпосереднє надання ПМД пацієнтам;
- формування та контроль виконання плану обстежень та лікування, аналіз результатів досліджень, призначення медичних препаратів та інших лікувальних заходів;
- надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані;
- направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

- координація роботи з іншими ланками медичної допомоги;
- ведення пацієнтів, що хворіють на соціально небезпечні інфекційні захворювання, відповідно до законодавства;
- проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань;
- здійснення імунопрофілактики відповідно до чинного законодавства;
- консультування щодо здорового способу життя;
- проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань;
- оцінка індивідуальних ризиків захворювань та консультування з питань профілактики. Розробка індивідуальних програм обстеження та спостереження за здоров'ям;
- інформування пацієнта щодо національних скринінгових програм та виконання інших функцій відповідно до законодавства або до програми;
- динамічне спостереження за неускладненою вагітністю;
- здійснення медичного догляду за здоровою дитиною;
- ведення хворих із психічними розладами, зокрема, враховуючи рекомендації спеціаліста;
- надання паліативної допомоги, що включає:
  - оцінку ступеня болю;
  - призначення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
  - лікування больового синдрому;
  - оформлення рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори відповідно до чинного законодавства;
- координація та організація виконання лабораторних досліджень, проведення забору біологічного матеріалу;
- проведення лабораторних досліджень, у тому числі з використанням швидких тестів;
- призначення лікарських засобів з оформленням документів відповідно до законодавства;
- підготовка медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та медико-соціальну реабілітацію;
- оформлення довідок, форм, листів непрацездатності. Наказом також регламентуються правила надання ПМД. Зокрема, вибір лікаря та місце надання допомоги, форми та способи допомоги, матеріально-технічне забезпечення робочого місця лікаря ПМД, режим та графік роботи лікаря та ін.

Пацієнт має право вільного вибору лікаря, незалежно від місця своєї офіційної реєстрації. Рекомендована кількість пацієнтів, що вибрали одного лікаря, має бути у межах 2000 осіб. Однак, залежно від соціальних, вікових та кількісних характеристик громади, на території якої працює лікар, в окремих випадках кількість пацієнтів може бути більшою чи меншою.

Допомогу лікар надаватиме за місцем здійснення своєї господарської діяльності під час особистого прийому. Виходячи зі стану пацієнта, він може прийняти рішення про надання ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням засобів телекомунікацій.

Лікарі ПМД самостійно обиратимуть місце для здійснення своєї господарської діяльності. Зокрема, надання допомоги може здійснюватися в окремій будівлі чи приміщеннях, що належать суб'єкту надання ПМД на праві власності, праві оренди чи інших підставах,

що не заборонені законодавством. Однак робоче місце повинно відповідати державним санітарним нормам та іншим вимогам, передбаченим законодавством.

Суб'єкт надання ПМД самостійно визначає кількість меблів, одиниць техніки та іншого устаткування для оснащення робочого місця, виходячи з кількості та потреб пацієнтів та лікарів із надання ПМД, а також вимог законодавства. Разом з тим МОЗ України наводить перелік обладнання, яким суб'єкт надання ПМД має обов'язково забезпечити місце надання допомоги.

**Табель матеріально-технічного оснащення місця надання ПМД включатиме:**

- ваги для дітей;
- ваги для дорослих;
- глюкометр;
- електрокардіограф;
- медичну вимірвальну стрічку;
- медичний літтарик;
- отоофтальмоскоп;
- пікфлоуметр;
- пульсоксиметр;
- ростомір для дітей віком до 1 року;
- ростомір для дітей віком старше 1 року;
- стетофонендоскоп;
- таблиці для перевірки гостроти зору;
- термометр для вимірювання температури тіла;

- тонометр з малими, середніми і великими манжетами;
- холодильник для зберігання медикаментів, окрім вакцин;
- холодильник для зберігання вакцин;
- шафу для зберігання медикаментів та медичних виробів для надання медичної допомоги, в тому числі невідкладної;
- кушетку;
- сповивальний стіл;
- кисневу подушку;
- мішок Амбу;
- гігрометр;
- термометр для вимірювання температури в приміщенні;
- термометр для холодильника;
- сумку-укладку сімейного лікаря;
- медикаменти та медичні вироби для надання медичної допомоги, в тому числі невідкладної.

Перелік скринінгових обстежень у межах ПМД наведено у таблиці. При виявленні симптомів зазначених захворювань забезпечити направлення пацієнтів для консультування на вторинному рівні.

**Перелік діагностичних процедур та лабораторних досліджень в межах ПМД включатиме:**

- гематологічні дослідження:
  - загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
  - швидкість осідання еритроцитів;
- біохімічні й імунохімічні дослідження сироватки крові:
  - загальний кальцій;

**Таблиця.** Перелік скринінгових обстежень у межах ПМД

Нозологічна одиниця	Фактори ризику	Вікові групи	Стать	Метод виявлення (первинний рівень)	Метод виявлення (вторинний рівень)	Періодичність обстеження
Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання	Підвищення АТ	40 років і старше	ч	Вимірювання АТ	Рар-тест (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Тютюнопаління			ж Шкала SCORE		
Цукровий діабет	Надлишкова маса тіла	45 років і старше. До 45 років – група ризику	ж	ІМТ	Аналіз калу на приховану кров (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Абдомінальне ожиріння			ОТ		
Цукровий діабет	Обтяжений спадковий анамнез	30–60 років	ж	Глюкоза в крові натще	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 5 років За наявності ФР – щороку
	Надлишкова маса тіла			ж Шкала SCORE		
Цукровий діабет	Абдомінальне ожиріння	серцево-судинних захворювань	ж	ОТ	Аналіз калу на приховану кров (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Обтяжений спадковий анамнез			Глюкоза в крові натще		
Цукровий діабет	Гестаційний діабет	50–74 роки	ж	Загальний холестерин	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Ранній початок статевого життя			ж на приховану кров		
Рак шийки матки	Рання вагітність (до 18 років)	50–69 років	ж	Направлення до гінеколога	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Чотири і більше вагітностей			При позитивному тесті – направлення на вторинну ланку		
Колоректальний рак	Активна сексуальна поведінка партнерів	50–69 років	ж	Венеричні хвороби в анамнезі	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Літній вік			Фізикальний огляд		
Колоректальний рак	Обтяжений спадковий анамнез	50–69 років	ж	Сімейний аденоматозний поліпоз	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Спадковий неполіпозний колоректальний рак			При підозрі – направлення до мамолога		
Колоректальний рак	Запальні захворювання кишечника	50–69 років	ж	Аденоматозні поліпи	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Підтверджена мутація BRCA-1 або BRCA-2			При підозрі – направлення до мамолога		
Колоректальний рак	Обтяжений спадковий анамнез (у родичів I–II ступеня спорідненості)	За наявності ФР – з 40 років	ж	Променева терапія ділянки грудної клітки в анамнезі	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Пізнє перше дітонародження (30 років і старше)			Фізикальний огляд		
Колоректальний рак	Безпліддя	За наявності ФР – з 40 років	ж	Пізня менопауза (55 років і старше)	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Тривала гормонозамісна терапія менопаузи			При підозрі – направлення до мамолога		
Колоректальний рак	Постменопаузальне ожиріння	За наявності ФР – з 40 років	ж	Вживання алкоголю	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Куріння			При підозрі – направлення до мамолога		
Колоректальний рак	Малорушливий спосіб життя	За наявності ФР – з 40 років	ж	Фонові передракові захворювання	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Низький ризик			При підозрі – направлення до мамолога		
Колоректальний рак	Середній ризик	За наявності ФР – з 40 років	ж	Низький ризик	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Високий ризик			Низький ризик		
Колоректальний рак	Обтяжений спадковий анамнез (у родичів I ступеня спорідненості у віці до 65 років)	За наявності ФР – з 40 років	ж	Середній ризик	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
	Обтяжений спадковий анамнез (у кількох родичів I ступеня спорідненості у віці до 65 років)			Високий ризик		

Перелік скорочень:

АТ – артеріальний тиск; ІМТ – індекс маси тіла; ПСА – простатспецифічний антиген;  
 ч – чоловіки; ОТ – окружність талі; Рар-тест – тест за Папаніколу.  
 ж – жінки; ФР – фактор ризику;

- глюкоза в крові;
- тест толерантності до глюкози;
- С-реактивний білок;
- загальний холестерин;
- загальний білірубін;
- прямиий білірубін;
- аспартатамінотрансфераза;
- аланінамінотрансфераза;
- ревматоїдний фактор;
- аналізи сечі:
  - аналіз сечі з мікроскопічною оцінкою осаду;
  - визначення вмісту білка;
  - визначення вмісту глюкози;
  - визначення вмісту амілази;
- дослідження калу:
  - гельмінти;
  - прихована кров.
- Інструментальні методи дослідження:
  - електрокардіограма в стані спокою;
  - рентгенографія грудної клітки в прямій і бічній проекції.

**Перелік профілактичних заходів у межах ПМД включатиме:**

- консультування з питань охорони і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя, раціонального і здорового харчування;
- скринінгові обстеження цільових груп населення в рамках державних і муніципальних програм;
- санітарно-протиепідемічні (профілактичні) заходи в осередках інфекційних захворювань;
- імунопрофілактику в рамках Національного календаря щеплень та за епідеміологічними показниками. Проведення вакцинації в рамках додаткових національних і муніципальних програм;
- консультування щодо здорового способу життя, важливості його дотримання, небезпеки шкідливих звичок тощо.

**Для дітей віком <3 років:**

- обов'язковий мінімум для патронажу, передбачений наказом МОЗ України від 20.03.2008 р. № 149;
- амбулаторне лікування згідно з клінічними протоколами;
- забезпечення ліками відповідно до державних і муніципальних програм.

**Для дітей віком 3–17 років:**

- обов'язковий мінімум для школярів (6–17 років), передбачений наказом МОЗ України від 16.08.2010 р. № 682;
- амбулаторне лікування згідно з клінічними протоколами;
- забезпечення ліками відповідно до державних і муніципальних програм.

**Для населення віком 18–64 років:**

- обов'язковий мінімум включає: консультацію лікаря, за потреби вимірювання температури тіла, вимірювання артеріального тиску, направлення на консультацію вузького спеціаліста, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз калу, електрокардіографію, отоскопію, направлення на інші інструментальні методи обстеження (рентгенографія, ультразвукове дослідження та ін.);
- амбулаторне лікування згідно з клінічними протоколами;
- забезпечення ліками відповідно до державних і муніципальних програм.

**Для населення віком ≥65 років:**

- обов'язковий мінімум включає: консультацію лікаря, за потреби вимірювання температури тіла, вимірювання артеріального тиску, направлення на консультацію вузького спеціаліста, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз калу, електрокардіографію, отоскопію, направлення на інші інструментальні методи обстеження (рентгенографія, ультразвукове дослідження та ін.);
- амбулаторне лікування згідно з клінічними протоколами;
- забезпечення ліками відповідно до державних і муніципальних програм.

**При веденні фізіологічної вагітності:**

- обов'язковий мінімум для патронажу, передбачений наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417;
- забезпечення ліками відповідно до державних і муніципальних програм.

**Для пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями додатково проводяться:**

- оцінка ризиків для здоров'я пацієнта;
- складається індивідуальний план спостереження за пацієнтом із погодженням з пацієнтом, підписується Згода пацієнта на участь у програмі управління захворюванням;
- навчання пацієнта;
- забезпечуються консультації вузьких спеціалістів (згідно з клінічними протоколами);
- проводяться додаткові лабораторні та діагностичні дослідження згідно Клінічним протоколам і індивідуальними планами спостереження;
- призначаються лікарські препарати на основі списку лікарських засобів, які підлягають відшкодуванню на амбулаторно-поліклінічному рівні безкоштовно або на пільгових умовах на підставі Угоди;
- забезпечуються механізми безперервних комунікацій.

Також було представлено декларацію, яку заповнюватиме пацієнт при виборі лікаря ПЛ (рисунки).

Також заплановано:

1. Проведення загальнонаціональної комунікаційної кампанії для здійснення вільного вибору громадянами надавачів ПМД, включно з поширенням відповідної інформації серед населення та медичних працівників, — II–IV кв. 2017 р.
2. Розроблення та запровадження навчальних програм для медичних працівників, що надають послуги ПМД, — протягом 2017 р.
3. Розроблення та подання на розгляд КМУ законопроекту щодо внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет на 2017 рік» з метою переходу на новий механізм оплати послуг ПМД з II півріччя 2017 р. — до квітня 2017 р.
4. Забезпечення переходу на новий механізм оплати послуг ПМД з 01.07.2017 р. — II півріччя 2017 р.

**II. Створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я**

Підґрунтям реформи фінансування ПЛ мають стати законодавчі та нормативні акти. Наразі триває робота над змінами до законів про державні гарантії надання медичної допомоги та основ законодавства про охорону здоров'я. Переглядаються умови отримання ліцензії лікарями ПЛ, аби максимально спростити цей процес.

Крім того, МОЗ України підготувало на затвердження Уряду державний гарантований пакет медичної допомоги на плановий рік та пропонує рівень тарифів для оплати медичної допомоги з державного бюджету. Документ перебуває на стадії обговорення та внесення пропозицій.

Для цього заплановано:

1. Розроблення проекту Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» — I кв. 2017 р.
2. Розроблення проекту Закону України «Про державні гарантії надання медичної допомоги» — II кв. 2017 р.
3. Розроблення проекту Закону України «Про внесення змін до Закону України про основи законодавства України про охорону здоров'я» — I кв. 2017 р.
4. Спрощення умов отримання ліцензії для лікарів ПЛ — II кв. 2017 р.
5. Розроблення та подання на затвердження КМУ збалансованого пакета пропозицій щодо деталізованого складу державного пакета медичної допомоги на плановий рік та пропонує рівень тарифів для оплати відповідних послуг з державного бюджету — щороку, починаючи з 2017 р., відповідно до вимог бюджетного процесу.

**III. Створення єдиного національного замовника медичних послуг**

Для цього заплановано:

1. Утворення в структурі МОЗ України Департаменту «Національна служба здоров'я» — I кв. 2017 р.
2. Розроблення та подання на розгляд КМУ проекту Постанови «Про утворення Національної служби здоров'я України» і затвердження положення про цей орган — I кв. 2017 р. (нагадаємо, проект Постанови «Про утворення Національної служби здоров'я України» вже вносився на громадське обговорення у жовтні 2016 р. — Прим. ред.).
3. Утворення Національної служби здоров'я України як центрального органу виконавчої влади, державна реєстрація зазначеного органу — II кв. 2017 р.

Рисунок. ДЕКЛАРАЦІЯ № \_\_\_\_ ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

<b>I. Дані пацієнта</b>											
1. Прізвище*				4. Стать*		5. Місце народження*				6. Дата народження*	
				Ч / Ж / Н							
2. Ім'я*				7. Серія і номер паспорта (запис №) АБО свідоцтва про народження*							
3. По батькові*						8. Реєстраційний номер облікової картки платника податків*					
9. Додатковий документ (серія, номер, дата видачі або термін дії посвідчення водія, закордонного паспорта, іншого посвідчення з фото)											
10. Контактний номер телефону (бажано мобільний)*						11. Адреса електронної пошти					
+											
12. Інформація про законного представника, опікуна чи піклувальника											
12.1 Прізвище				12.2 Ім'я				12.3 По батькові			
12.4 Номер та серія паспорта (запис №)				12.5 Дата народження		12.6 Реєстраційний номер облікової картки платника податків					
13. Адреса місця реєстрації*											
13.1 Індекс*		13.2 Вул., просп., алея, пров., узвіз, площа, бульв. тощо*				13.3 Буд./кв.*		13.4 Населений пункт*		13.5 Область*	
14. Адреса для надання допомоги за місцем проживання (перебування) — якщо не збігається з місцем реєстрації											
14.1 Індекс*		14.2 Вул., просп., алея, пров., узвіз, площа, бульв. тощо				14.3 Буд./кв.		14.4 Населений пункт		14.5 Область	
14.6 Відмовляюсь від надання допомоги за місцем проживання (перебування) — підпис											
15. Контакти особи на випадок екстреної ситуації (ім'я, телефон)											

Поля, позначені «\*», обов'язкові для заповнення.

## II. Дані лікаря

ПІБ\*.....  
 Адреса місця надання послуг\*.....  
 Запис на прийом: Телефон\*..... Адреса електронної пошти\*.....

## III. Дані виконавця

Назва\*.....  
 Адреса місця реєстрації\*.....  
 Код ЄДР або Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*.....  
 Серія, номер та дата видачі ліцензії\*.....  
 Номер телефону адміністратора\*..... Адреса електронної пошти\*.....

Своїм підписом я, ..... (ПІБ), підтверджую достовірність наданих мною даних, надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних, у тому числі даних, що стосуються здоров'я, а саме: на вчинення будь-яких дій, пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги.

..... (дата підписання дд.мм.рррр) ..... (підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника)  
 ..... (підпис лікаря)  
 ..... (ПІБ особи, яка внесла дані до декларації)

## IV. Створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією

Для цього заплановано:

1. Розроблення та подання на розгляд КМУ проекту розпорядження про реалізацію пілотного проекту щодо впровадження електронної системи обміну медичною інформацією — I кв. 2017 р.
2. Забезпечення реєстрації закладів охорони здоров'я, що надають ПМД, та медичних працівників цих закладів в єдиній електронній системі обміну медичною інформацією — I півріччя 2017 р.
3. Забезпечення початку реєстрації пацієнтів в єдиній електронній системі обміну медичною інформацією — травень 2017 р.

4. Запровадження можливості видачі електронних рецептів за програмою реімбурсації вартості лікарських засобів — III кв. 2017 р.
5. Запровадження електронної системи міжнародної класифікації звернень за ПМД ІСРС-2 — III кв. 2017 р.
6. Отримання експертного висновку та атестату відповідності щодо готовності комплексної системи захисту інформації в інформаційно-телекомунікаційній системі обміну медичною інформацією — до 1 січня 2018 р.
7. Розроблення та запровадження навчальних програм для медичних працівників щодо використання електронної системи обміну медичною інформацією у закладах, що надають вторинну

(спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, — II півріччя 2017 р.

8. Забезпечення використання єдиної електронної системи обміну медичною інформацією в закладах, що надають стаціонарну медичну допомогу, — протягом 2018 р.

**V. Перегляд уніфікованих клінічних протоколів для переліку найбільш поширених медичних станів та спрощення вимог до ведення паперової звітності в медичних закладах**

Для цього заплановано:

1. Забезпечення доступу до джерел міжнародних уніфікованих клінічних протоколів для переліку найбільш поширених медичних станів — II кв. 2017 р.

2. Здійснення перекладу та адаптації міжнародних уніфікованих клінічних протоколів для України — III кв. 2017 р.

3. Переклад і адаптація міжнародної класифікації звернення за ПМД ІСРС-2 — II кв. 2017 р.

4. Розроблення та запровадження навчальних програм для лікарів, що надають ПМД, щодо використання міжнародних уніфікованих клінічних протоколів та міжнародної класифікації звернень за ПМД ІСРС-2 — II півріччя 2017 р.

5. Спрощення вимог до ведення паперової звітності в медичних закладах, що надають ПМД, у зв'язку з переходом на використання електронної системи обміну медичною інформацією — II півріччя 2017 р.

6. Розроблення та запровадження навчальних програм для лікарів, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, щодо використання міжнародних уніфікованих клінічних протоколів — протягом 2018 р.

7. Спрощення вимог до ведення паперової звітності в медичних закладах, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, у зв'язку з переходом на використання електронної системи обміну медичною інформацією — протягом 2018 р.

**VI. Запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги**

Попри те, що нова модель фінансування у 2017 р. запроваджується лише на ПМД, вже триває підготовка до її реалізації на вторинному та третинному рівнях. Зокрема, протягом 2017 р. відбуватиметься доопрацювання методики діагностично-споріднених груп для обліку наданої медичної допомоги в пілотних закладах охорони здоров'я (в рамках проекту Світового банку), що надають стаціонарну медичну допомогу, а з 2018 р. передбачається її запровадження в усіх закладах, що надають стаціонарну допомогу.

Для цього заплановано:

1. Запровадження методики використання діагностично-споріднених груп для обліку наданої медичної допомоги в пілотних закладах охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу, — протягом 2017 р.

2. Доопрацювання та затвердження методики використання діагностично-споріднених груп для обліку наданої медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу, — II півріччя 2017 р.

3. Запровадження методики використання діагностично-споріднених груп для обліку наданої медичної допомоги у всіх закладах охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу, — протягом 2018 р.

4. Розроблення та затвердження нормативно-правових актів для запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги — протягом 2017 р.

5. Розроблення та запровадження навчальних програм щодо нових методів фінансування для медичних працівників та керівників закладів охорони здоров'я, що надають послуги вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, — протягом 2017–2018 рр.

6. Забезпечення переходу на оплату послуг вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги за новим методом у повному обсязі в межах гарантованого пакета медичної допомоги для всіх закладів охорони здоров'я — протягом 2019–2020 рр.

7. Затвердження методики аналізу витрат (собівартості медичних послуг) закладів охорони здоров'я — I півріччя 2017 р.

8. Проведення загальнонаціональної інформаційної кампанії для роз'яснення змін у системі фінансування вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги — IV кв. 2017 р. — протягом 2018 р.

**VII. Створення госпітальних округів**

Для цього заплановано:

1. Затвердження Примірного положення про госпітальний округ — I кв. 2017 р.

2. Подання на розгляд КМУ пропозицій щодо переліку та складу госпітальних округів — I кв. 2017 р.

3. Розробка та затвердження рамок вимог до лікарень інтенсивного лікування I та II рівнів — I кв. 2017 р.

4. Забезпечення методологічної підтримки органів місцевої влади та місцевого самоврядування в процесі створення госпітальних округів, започаткування діяльності госпітальних рад та розробки багаторічних планів розвитку госпітальних округів — протягом 2017 р.

5. Розробка та затвердження програми інвестиційної підтримки розвитку госпітальних округів — II півріччя 2017 р.

6. Запровадження програми інвестиційної підтримки госпітальних округів згідно з багаторічними планами їх розвитку — II півріччя 2017 р. і надалі.

**VIII. Запровадження національної системи реімбурсації лікарських засобів для визначеного переліку медичних станів**

Для цього заплановано:

1. Розробка та затвердження методики обчислення граничного обсягу відшкодування вартості та визначення граничної ціни лікарських засобів, вартість яких відшкодовується. Проведення розрахунків згідно із затвердженою методикою та оприлюднення їх результатів — I кв. 2017 р.

2. Надання рекомендацій щодо організації запровадження відшкодування вартості лікарських засобів (зокрема проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед пацієнтів, лікарів, працівників аптек/аптечних закладів) структурним підрозділам з питань охорони здоров'я Ради Міністрів АР Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій або іншим розпорядникам коштів місцевих бюджетів, визначених рішеннями про такі бюджети згідно із законодавством — II–IV кв. 2017 р.

3. Розроблення та затвердження порядку відшкодування вартості лікарських засобів аптечним закладам із чітко визначеними термінами та гарантіями здійснення відшкодування — I кв. 2017 р.

4. Розроблення та введення в експлуатацію електронного інструменту (рішення на основі інформаційних технологій), що забезпечує проведення відкритих конкурсів цінових пропозицій у форматі електронного редукціону з метою обчислення граничного обсягу відшкодування вартості та визначення граничної ціни лікарських засобів, вартість яких відшкодовується, — I півріччя 2017 р.

5. Розроблення та затвердження Порядку здійснення моніторингу запровадження відшкодування вартості лікарських засобів — I півріччя 2017 р.

**IX. Автономізація бюджетних закладів охорони здоров'я**

Для цього заплановано:

1. Розроблення та затвердження пакета примірних документів для функціонування закладів охорони здоров'я в умовах фінансової і управлінської автономії — I кв. 2017 р.

2. Розроблення та запровадження навчальних програм для працівників закладів охорони здоров'я щодо функціонування в умовах фінансової і управлінської автономії — протягом 2017 р.

Далі прес-конференція перейшла у формат питання — відповідь, який ми і спробуємо передати для наших читачів.

**Як буде вестися роз'яснювальна робота щодо угоди між пацієнтами та лікарями?**

У цій роботі є два компоненти:

1. Комунікації, які повинні відбуватися на місцях. І це буде завданням для кожного регіону — обов'язково провести таке роз'яснення перед тим, як переходити на нову модель фінансування. Діятиме такий принцип: МОЗ України виконуватиме певну роботу на національному рівні, певна робота має проводитися на рівні регіонів, і певна робота — самими лікарями. До весни Міністерство має закінчити роботу на національному рівні, і потім має відбуватися робота в регіонах, до яких буде низка вимог, які вони повинні виконати, щоб із середини 2017 р. перейти на нову модель фінансування. Ця робота включає комунікацію. Тобто поки люди не знають, де вибрати лікаря, як укласти договори, як працювати лікарям у нових умовах,

МОЗ України не буде наполягати, щоб такий регіон впроваджував нову модель.

2. Прості інструменти. У самий дизайн реформи закладено максимально прості інструменти. Так, декларація про вибір лікаря (див. **рисунок**) займає одну сторінку, укладається безпосередньо у кабінеті лікаря під час чергового візиту до нього пацієнта. Для укладення угоди необхідно внести мінімум інформації.

**Що робити, якщо в регіоні немає можливості вибрати лікаря ПМД через їх відсутність?**

На сьогодні в деяких регіонах України недостатньо лікарів ПЛ. З цим фактом необхідно буде працювати. Запропонована реформа має стимулювати до розв'язання цієї проблеми. Адаже при новому принципі фінансування гроші будуть йти за реальними людьми. Тобто там, де є люди, які потребують ПМД, туди і буде зацікавлений йти лікар.

**Як будуть відрізнятися зарплати лікарів, якщо гроші йти-муть за пацієнтом?**

У новій системі фінансування поступово відбуватиметься відхід від поняття «зарплата лікарів» і перехід до поняття «дохід лікарів». Тобто у різних лікарів будуть різні доходи. Сьогодні лікарі отримують гроші за тарифною сіткою, тобто унормовано: скільки грошей отримує лікар не залежить від того, скільки пацієнтів він обслуговує, як він їх обслуговує, чи довіряють йому пацієнти чи не довіряють. Наразі відбуватиметься перехід на принцип, коли кошти йдуть туди, де є багато пацієнтів. Проте є один нюанс — лікар працює у медичному закладі. Отже, кошти приходять на медичний заклад, а далі все буде залежати від політики керівництва цього закладу — яка модель він обере для винагороди лікарів. Чи буде він платити фіксовану ставку, чи розмір буде відрізнятися залежно від того, скільки пацієнтів приходять. Але у самого лікаря так само буде вибір — де працювати. Це означає, що керівники закладів конкуруватимуть за лікарів. Регіони на сьогодні доходять висновку, що вони будуть мотивувати свої комунальні заклади платити лікарям відповідно до кількості пацієнтів, які до них приходять, інакше їм просто не вдасться утримати лікарів (не буде лікаря — не буде пацієнтів — не буде грошей. — *Прим. ред.*). Тобто у тому, щоб утримати лікарів і дбати про умови їх роботи, будуть зацікавлені і керівництво медичних закладів, і місцева влада.

**При запровадженні системи eHealth, що буде з тим програмним забезпеченням, яке вже встановлено і працює в деяких медичних закладах?**

Підхід МОЗ України дуже простий. Міністерство не буде розробляти програмне забезпечення, воно буде розробляти реєстр. Кожна програма або зможе, або не зможе «спілкуватися» з цим реєстром. Реєстр буде створено таким чином, щоб більшість наявних на ринку програм могли із ним взаємодіяти, завантажувати і отримувати дані. Якщо програму розробила нормальна організація, то є майже 100% ймовірність, що вона може «спілкуватися» із центральним реєстром.

**Щодо захисту даних, як вони будуть захищені?**

Необхідно буде вчитися захищати дані, для цього є відповідна державна політика, і усі дані мають бути захищені через врегульовані державою механізми.

**Щодо зміни пацієнтом свого лікаря у разі переїзду чи тимчасової зміни місця перебування?**

Єдиний реєстр усіх пацієнтів, який є принциповою умовою для початку реформи, є механізмом, який дозволить не мати пацієнта, зареєстрованого у декількох місцях. Пацієнт пише у своїй декларації, до якого лікаря він реєструється, ця інформація вводиться у систему. Якщо він їде до іншого лікаря і реєструється у нього, автоматично анулюється попередній запис. Тому це треба робити відповідально. Щодо екстрених ситуацій — це є питання невідкладної допомоги, і для цього не треба укладати договір із лікарем. Пацієнт просто приходять і отримує невідкладну допомогу.

**Як знайти свого лікаря?**

Завдання Міністерства — створити певні правила гри, які мотивують лікаря думати про те, щоб пацієнт до нього йшов, і щось робити у цьому напрямку.

**Коли можна прийти і укласти угоду з лікарем?**

До весни усі органи влади мають затвердити усі необхідні документи для того, щоб нова модель запрацювала. Далі кожен регіон може починати переходити на цю систему, якщо він до цього готовий. Готовність включає у себе налагоджені комунікації із лікарями і пацієнтами, можливість працювати з електронним реєстром, юридичну готовність закладів до укладання договорів. Якщо регіон готовий, він

повідомляє громадянам, що вже можна приходити до лікаря і укладати угоди. Якщо регіон не готовий, він живе, як жив.

**Якщо в регіоні частина людей укладуть угоди, а частина — ні, чи не вийде так, що хтось залишиться без медичної допомоги?**

Без медичної допомоги не залишиться ніхто. Ця система працює діяти з весни у тих регіонах, які підготуються швидше, з літа — тих, які повільніше, з осені — тих, які ще повільніше, а з 2018 р. — у всіх обов'язково. І буде діяти завжди. Тобто, якщо людина відразу не уклала угоду з лікарем, вона може зробити це пізніше, під час свого першого звернення за ПМД. Таким чином, усі люди в країні запишуться до своїх лікарів, і відбудеться повний перехід на цю систему. Єдине, що просить МОЗ України, — не відкладати, адже від цього буде залежати дохід лікаря.

**Чи можуть лікарі вибирати собі пацієнтів, які рідко хворіють? Що у такому випадку робити іншим пацієнтам?**

Лікар не зможе відмовляти пацієнту, який до нього прийшов.

**Чи буде враховано досвід пілотних регіонів щодо надбавок лікарям?**

МОЗ України вивчило досвід 4 пілотних регіонів. Позитивним було те, що лікарі отримували доплати за окремі показники. Цей досвід буде частково впроваджений у новій системі. Ці додаткові коефіцієнти будуть вводитися поступово, у 2017 р. буде введено тільки один коефіцієнт — вік. Для дітей і людей віком >65 років буде підвищений тариф оплати для лікаря. Далі коефіцієнти будуть вводитися, виходячи із практики.

**Що робити з масовим відтоком лікарів за кордон?**

Це дійсно проблема. В Україні є демотивація щодо роботи на ПЛ, навіть у навчальному закладі сімейні лікарі розподіляються за залишковим принципом. Саме тому реформа починається із ПМД, щоб усі механізми фінансової мотивації надати в першу чергу лікарям загальної практики — сімейної медицини, адже на них має будуватися система охорони здоров'я. Після переходу на нову систему фінансування лікар дуже швидко відчужує, що від того, як він працює, залежить його дохід, і цей дохід наближається до гідного рівня.

**Якщо дохід лікаря залежатиме від кількості пацієнтів, чи є ризик, що лікар буде зацікавлений лише в тому, аби набрати їх якомога більше, і не зацікавлений у якості надання послуг? Чи буде контроль лікаря?**

Є дві протидії тому, щоб лікар не нехтував якістю. Перша протидія — буде контроль. Національна служба здоров'я матиме дві функції — фінансову і контролюючу. Лікування має здійснюватися на основі доказової медицини згідно з медичними протоколами. Дотримання протоколів буде контролюватися. Також буде реагування на відмови лікаря і скарги пацієнтів. Друга протидія — можливість пацієнта вільно вибирати лікаря. Якщо у лікаря буде багато пацієнтів, потрапити до нього буде складно, то пацієнт швидше за все звернеться до іншого фахівця. Тож лікар буде зацікавлений не тільки в тому, щоб набрати пацієнтів, але й у тому, щоб їх утримати.

**Якою буде середня зарплата лікаря ПЛ?**

210 грн. за пацієнта на рік — це середній тариф. Він буде в два рази вищий для дітей віком до 5 років та осіб віком >65 років. Також будуть проміжні тарифи. Через місяць буде оприлюднено нормативний акт, в якому буде представлена ця сітка. Відповідно, цей тариф множитиметься на кількість пацієнтів, яких обслуговує лікар, і це і є той дохід, який надходить на медичний заклад, у якому працює лікар. Якщо це фізична особа — підприємець, то вираховуються податки, оренда, зарплата медсестри, витрати на бензин тощо. Якщо це медичний заклад, частина залишається на адміністрацію, на витрати закладу, і згідно з політикою, встановленою у цьому закладі, лікар домовляється з керівником, і йому виплачується зарплата. Поступово ринок урегулюється.

**Як заохочуватимуться лікарі для роботи в селах?**

У селі є свої переваги і недоліки. Серед недоліків — лікарі не хочуть їхати в село, бо там не дуже хороші умови, а у пацієнтів у селі часто немає вибору. Проте громада може відмовитися від якогось лікаря, який не влаштовує людей, і запросити іншого. Серед переваг — у лікаря, який працює в селі, є гарантовано 2–3 тис. пацієнтів, за яких не треба конкурувати, і, відповідно, гроші за таким самим тарифом, як у місті. Тарифи однакові по всій країні. Також у селі нижчі витрати на проживання.

Також під час прес-конференції П. Ковтонюк повідомив, що на ПЛ працюватимуть лікарі загальної практики — сімейної медицини, педіатри та дільничні терапевти.

*Олександр Устїнов,  
фото надане прес-службою МОЗ України*