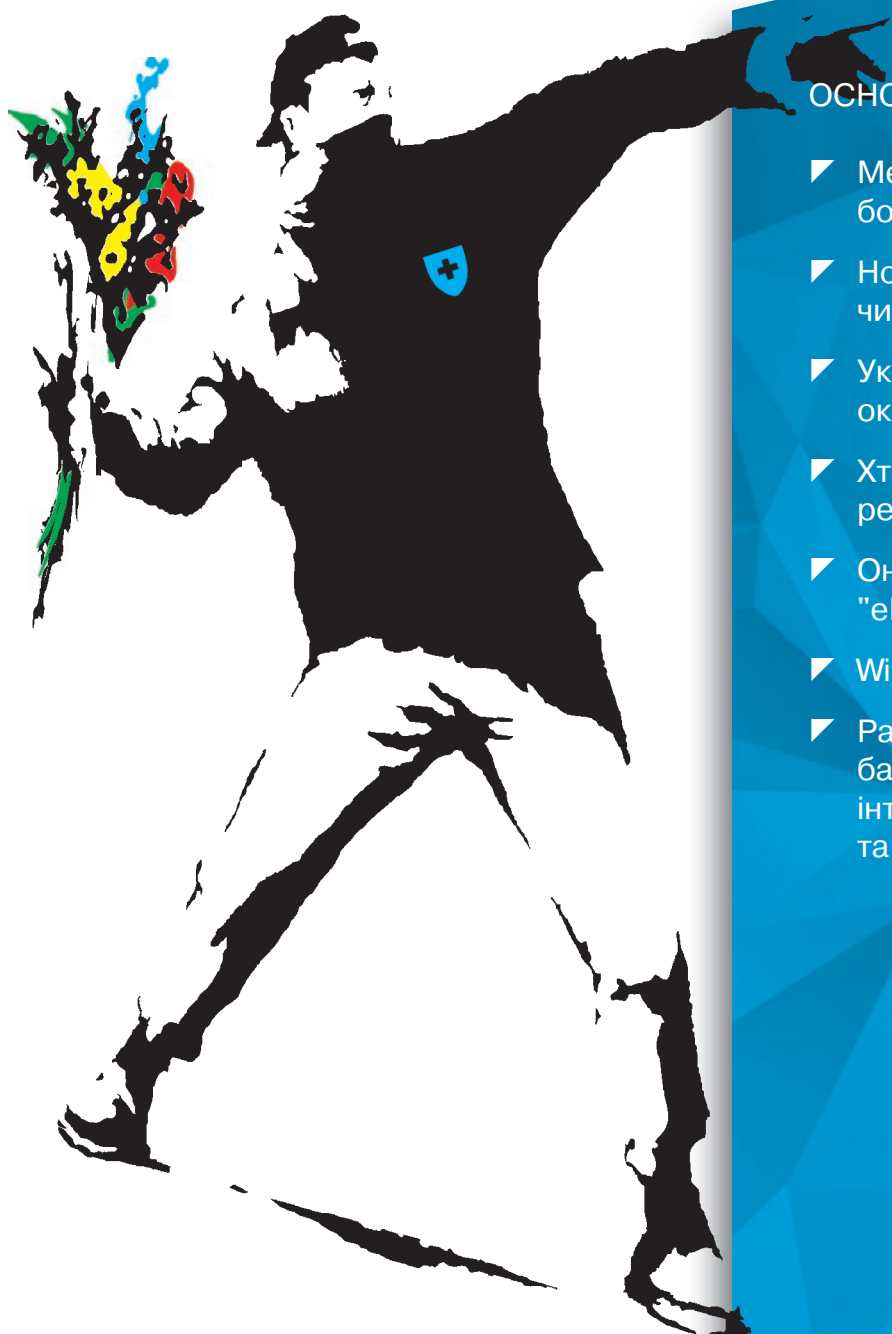


Реформа на Сумщині

ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ

Роздаткові матеріали
Сумського відокремленого підрозділу
"Центру розвитку місцевого
самоврядування"



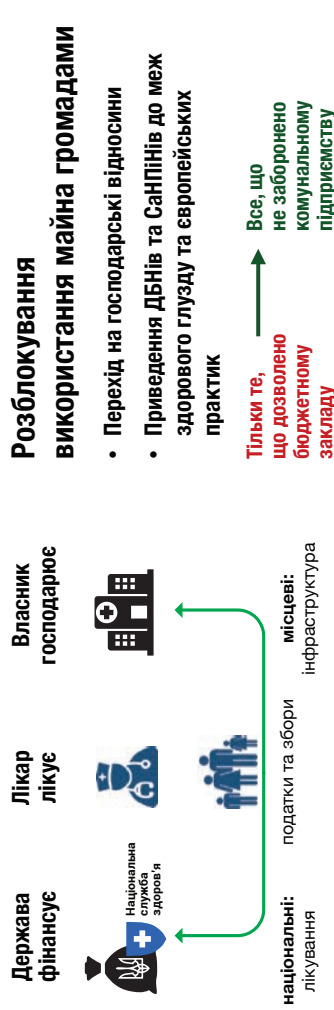
ОСНОВНІ ТЕМИ

- Медична реформа. Це важливо, бо торкнеться кожного
- Нова українська медицина – зараз чи у 2022?
- Україну поділять на "госпітальні округи"
- Хто і чому протистоїть медичній реформі?
- Онлайн-медицина: що таке "eHealth"?
- Wiki Liky: усе таємне стає явним
- Рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів



Повна модель змін для громади

15 вересня 2018 — Перший щорічний Державний гарантований пакет



НСЗУ платить за договором

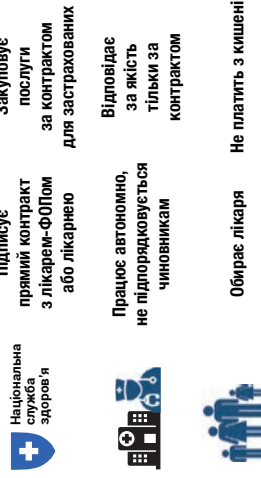


за медичні послуги гарантованого пакету

закладам будь-якої форми власності, громадянин

які обирає

Після реформи



НСЗУ платить за договором

Первинна ланка



Місячні ризик-тарифи за віком (ліжше статтю та ін.)

Спеціалісти



Тариф за послугу або візит

Стационар



Тариф за випадок (замовлення наперед)

2017 2018 — 2019

первинна медична допомога

діагностика, спеціалісти, ліки

стационарна допомога

Підтримайте проект Закону про Державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів

Проект Закону про державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів

Внесок
українського домогосподарства
на охорону здоров'я у 2016

4580 грн

в основному з ПДВ та акцизів,
які платять всі

Це мало б давати
«страхове покриття»

~ 100 000 гривень

Особисто ви це відчуваєте?

640 000

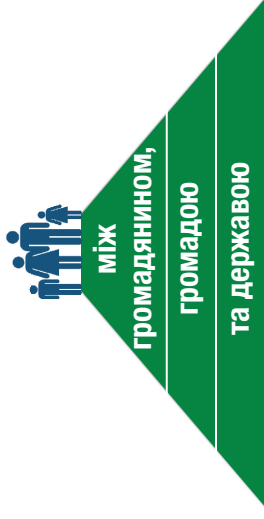
українських домогосподарств щороку
роблять разом внесок на медицину

~3 млрд грн

і всеодно потрапляють
в фінансову катастрофу
із-за витрат на лікування

Головні зміни в системі на наступні 50 років:

Ми чітко фіксуємо
розподіл відповідальності



Ми фіксуємо обсяг забезпечених
державних фінансових гарантій

Державний
гарантований пакет
медичних послуг та ліків

Ми починаємо
персоналізовані виплати
в системі охорони здоров'я



за кожну
людину



за конкретну
медичну послугу
тарифами



Ми переходимо
на міжнародні медичні
протоколи



Олександр Хоруженко,
директор Сумської підрозділу Центру
розвитку місцевого самоврядування

Система, яку ми побудуємо,
має пережити і нас, і наших
дітей, і наших онуків. Сьогодні
ми робимо вибір на десятки
років вперед. Детально
про суть та етапи медичної
реформи в аналітичній статті
Олександра Хоруженка.



Медична реформа. Це важливо, бо торкнеться кожного

Міністерство охорони здоров'я 31 березня 2017 року презентувало законопроект "Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів". Це перший і головний закон реформи! Він встановлює єдині для всіх правила – як працюватиме система охорони здоров'я. Як саме гроші підуть за пацієнтом та як розподілятимуться страхові внески громадян.

Метою документу є створення законодавчого підґрунтя **нового механізму фінансування медичних послуг і ліків** за рахунок бюджетних коштів через систему державного солідарного медичного страхування.

Цей закон змінить головне: держава починає прямі виплати лікарням та приватним практикам за конкретні медичні випадки, які сталися із конкретними людьми — за рахунок "страхових внесків" громадян.

По факту **українці вже платять страхові внески** - через загальні податки. Навіть якщо людина не працює або отримує

зарплату "в конверті", вона платить у державну скарбницю 20% ПДВ з будь-якої своєї покупки. Таким чином, у 2016-му році кожен українець сплатив на медичну через податки в середньому 1 764 грн [і на первинну, і на вторинну допомогу]. Це і є страховий внесок. Просто, сьогодні замість того, аби оплачувати послуги для кожного з нас, держава "спалює" їх, утримуючи площі медичних закладів, сплановані за нормативами 1970-х років.

В урядовому пакеті є законопроекти №6327, 6328, 6329, 6347, які змінять систему фінансування охорони здоров'я України.

1. Проект Закону №6327 "Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів"
2. Проект Закону №6328 "Про додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність в антите-

Цей закон змінить головне: держава починає прямі виплати лікарням та приватним практикам за конкретні медичні випадки, які сталися із конкретними людьми — за рахунок "страхових внесків" громадян.

рористичній операції та забезпечують її проведення”

3. Проект Закону №6329 “Про внесення змін до Бюджетного кодексу України”
4. Проект Закону №6347 “Про внесення зміни до статті 2 Закону України “Про публічні закупівлі”.

Внесок українського домогосподарства на охорону здоров'я у 2016

4580 грн

в основному з ПДВ та акцизів, які платять всі

Перший закон для реформи дуже важливий оскільки:

- **Створює незалежну закупівельну агенцію - Національну**

Це мало б давати «страхове покриття»

близько 100 000 грн

Особисто ви це відчуваєте?

Службу Здоров'я, яка буде напряму закуповувати медичні послуги в закладах. Є послуга – є гроші,

нема послуги – нема грошей. Багато послуг – багато грошей, менше послуг – менше грошей. Ми більше не платимо за те, що заклад існує. Скільки заробили – стільки потратили. Багато заробили – високі зарплати і т.д.

- **Вводиться поняття Державного гарантованого пакета.** Тобто, ми операціоналізуємо наші гарантії. Наразі ми маємо абстрактну розмиту конституційну гарантію згідно ст. 49 – все безплатно. І по факту маємо все платно. Пакет дозволить нам чітко прописувати що ми гарантуємо і за що платить держава. Це нам дасть можливість комунікувати це людям, що, наприклад, візит до педіатра оплачено [і за шпатель, і за простинку, і за рукавички лікаря], і т.д. Цей пакет досить широкий і концептуальний, він вже операціоналізує діалог. Пакет включатиме всю екстренну, первинну і паліативну, і спеціалізовану згідно із Деталізованим списком спеціалізованої медичної допомоги.
- **Вводиться поняття деталізованого списку спеціалізованої медичної допомоги.** Цей список найдорожчий, тому тут потрібна гнучкість. Щоб не попасти в пастку, яку ми маємо із конституційними гарантіями. Коли грошей не вистачає, але гарантію ніхто не може відмінити, і роками не знаємо що робити із фіктивними гарантіями. Суть деталізованого списку та сама, як і в пакету. Але список буде затверджуватись Кабміном. Є гроші – розширили список, грошей нема – щось зі списку викидуємо. Але все що в списку – чесно оплачуємо. І люди бачать і знають список. І знають скільки держава за це платить. Тобто, ми прямо будемо показувати, за ваші пологи оплачено 300 USD. Куди б ви не прийшли народжувати, Національна Служба Здоров'я України заплатить туди за вас 300 USD.
- **Вводить нові принципи оплати за послуги.** Не по кошторису: за стіни, ліжка, штатні одиниці і т.д. А за надані послуги. А решта – на розсуд власників і керівників, які зможуть дбати про операційну ефективність. Якщо ти ефективний, то матимеш вищу маржу і зможеш платити краще персоналу, або вкладати в розвиток закладу.

Неефективний – то держава не буде покривати та маскувати твою неефективність за рахунок грошей платників податків.

Зміни до Бюджетного Кодексу теж важливі. Вони калібрують розподіл повноважень між рівнями врядування. Зокрема, держава буде відповідальна за оплату послуг. Місцеве самоврядування має можливість, якщо захоче, запроваджувати свої місцеві програми розвитку та підтримки своїх закладів, а також свої місцеві програми громадського здоров'я.

Це дасть можливість тим хто хоче, вкладати свої кошти в свої заклади. А тим хто не захоче, не вкладати і спрямувати на інші місцеві пріоритети.

Тобто, не буде зобов'язування утримувати пустий заклад. Відповідно, якщо всі пацієнти будуть їздити лікуватись у велике місто, то решта містечок не буде зобов'язана утримувати пусті заклади [так як зараз]. Відповідно всім краще – великому місту додаткові пацієнти і гроші на конкурентну лікарню, райцентрам - вільні гроші на інші програми.

До речі, **госпітальні округи задумувались як допоміжний інструмент, щоб пом'якшити цей перехід**: ідентифікувати зайві заклади і перепрофілювати їх на установи соціального догляду. Розпочати реформу можна і без затверджених округів. Проте, вони стали б для Сумської області додатковим майданчиком для комунікування проблем і визначення пріоритетів. Тому потрібно працювати з Кабміном і якомога швидше моделювати їх згідно урядової методики.

Організації, подібні до НСЗУ, є в більшості розвинених країн. Наприклад, Національна служба здоров'я Великої Британії була створена понад 70 років тому і пережила всіх своїх засновників. Така сама модель працює у Норвегії, Італії, Іспанії, Канаді, Бразилії, Польщі та Хорватії.

ЗА ЩО КОНКРЕТНО ПЛАТИТИМЕ НСЗУ?

Національна служба здоров'я буде оплачувати надання медичних послуг конкретній людині закладам охорони здоров'я, незалежно – державним, комунальним чи приватним. **Вона розпочинає оплату за новим принципом на первинній ланці [сімейні лікарі, терапевти, педіатри] з 2017-го.**

- Платить діагностичним центрам, лікарям-спеціалістам та лікарням, які проводять спеціалізоване лікування за візитами та проліковані випадки з 2018-го.
- Повертає аптекам кошти за ліки

механізмом реімбурсації [з 2017-го, повністю з 2019-го].

- Платить 100% за всю невідкладну допомогу — термінові операції на кшталт гострого апендициту, переломів тощо.

640 000

українських домогосподарств щороку роблять разом внесок на медицину

~3 млрд грн

і всеодно потрапляють в фінансову катастрофу із-за витрат на лікування

- Платить 100% за первинну допомогу – всі звернення до сімейного лікаря, педіатра, терапевта.
- Платить 100% за паліативну допомогу.

Цей обсяг зафіксовано в законі та його не може бути зменшено. Також НСЗУ оплачує все, що закріплено в Гарантованому пакеті за відповідний рік, – по зафіксованих Тарифах покриття.

Що таке "Державний гарантований пакет"?

Це головний фінансовий документ у медицині. Його публікує НСЗУ до 15 вересня кожного року і затверджує Кабмін. Кошти на нього виділяє щороку окремим рядком бюджету Верховна Рада України. У гарантованому пакеті — повний перелік захворювань та станів, які покриваються національним солідарним медичним страхуванням. Для кожного виду допомоги, захворювання чи стану в гарантованому пакеті зафіксовані єдині для всіх тарифи покриття та тарифи співоплати.

Тариф покриття Національна служба здоров'я оплачує лікарні або приватній лікарській практиці. Тариф співоплати платить громадянин. Є послуги та ліки, які не входять до державного гарантованого пакету. Наприклад, естетична медицина, або медикаменти, яких немає в доказовій базі та в протоколах лікування. Їх людина

Зміни до Бюджетного Кодексу теж важливі. Вони калібрують розподіл повноважень між рівнями врядування. Зокрема, держава буде відповідальна за оплату послуг. Місцеве самоврядування має можливість, якщо захоче, запроваджувати свої місцеві програми розвитку та підтримки своїх закладів, а також свої місцеві програми громадського здоров'я.

оплачує за своїм бажанням самостійно. Також необхідно буде повністю оплачувати вартість звернень без направлення лікаря.

Невідкладна допомога завжди покрита на 100% та завжди оплачується

Червоний список

0%

покриття

- Естетична медицина, стоматологія для дорослих, окрім екстреної тощо
- Звернення без направлення
- Ліки недоведеної ефективності

НСЗУ. Якщо стан або захворювання не вимагають невідкладного лікування, пацієнт повинен сплатити свою частину. Однак, щоб таких випадків було менше – краще вчасно звертатися до свого сімейного

Зелений список

100%

покриття
за законом
назавжди

Невідкладна допомога

коли
є загроза
життю

Первинна допомога

педіатрія,
профілактика:
це біля 80%
всіх звернень,

Паліативна допомога

в останні дні
життя

лікаря, послуги якого держава також покриває на 100%.

З досвіду запуску такої системи в країнах Європи, офіційні співоплати завжди істотно менші, ніж те, що платять люди неформально зараз із кишені.

Як зменшити співоплати? Співоплата – це насамперед метод розподілення ризиків між державою та громадянином. Тому, по-перше, необхідно вчасно звертатися до сімейного лікаря та виконувати всі його рекомендації. У цьому випадку звернення, а отже і співоплати за ліки та спеціалізовані процедури, будуть мінімальними. Соціально незахищені родини зможуть отримати адресну допомогу на покриття співоплати через окремі соціальні програми.

На первинній ланці уряд планує починати виплати вже в липні 2017.

За кожного пацієнта, що підписав декларацію, будуть платити за єдиним тарифом – у середньому 210 грн. За дітей та літніх людей тариф буде вищим за середній, за молодих людей, що потребують меншої уваги, – меншим за середній. З 2018-го ми припиняємо платити на первинній ланці за пацієнтів, які не приписались до лікаря.

Хотілось би, щоб місцеве самоврядування почало мислити наступною логікою: давайте вже відходити від філософії утримання закладів, дайте нам конкурувати і показати себе; наразі ми утримуємо всіх однаково: і ефективних, і не дуже. Давайте платити за послугу тому, кого обере пацієнт і дайте місцевій владі автономно господарювати, розвивати і підтримувати свої заклади, і таким чином боротись за пацієнтів. І тоді з'явиться шанс зробити швидкі зміни.

Відтак держава платитиме за послугу тому, кого обрав пацієнт, а місцева влада розвиватиме і підтримуватиме свої комунальні заклади.

Так, виживуть кращі, але це буде чесно: і по відношенню до місцевого самоврядування, і по відношенню до лікарів. І найголовніше, по відношенню до пацієнтів.

Нову програму фінансування Уряд планує розпочати вже в 2017 році з первинної ланки охорони здоров'я. У формулу для обрахунку медичної субвенції будуть внесені зміни: з обсягів субвенції вилучаються кошти на ПМД.

За новою формулою знову будуть перераховані обсяги медичної субвенції для міст, районів, ОТГ та областей на 2017 рік. Відповідні зміни вносяться в Закон про Держбюджет-2017.

Обсяги медичної субвенції з Держбюджету для кожного з місцевих бюджетів зменшуються, однак ці кошти будуть надані на фінансування ПМД через інший механізм.

Сума, на яку буде зменшена медична субвенція, спрямовується на фінансуван-

ня нової, окремої бюджетної програми - "Фінансування ПМД".

В Закон про Держбюджет-2017 будуть внесені зміни, якими встановлюється відповідне бюджетне призначення. Розпорядником коштів за новою програмою є МОЗ або Національна служба здоров'я України [далі – НСЗУ].

"ЗЕЛЕНИЙ" І "ЧЕРВОНИЙ" РЕЄСТР ПАЦІЄНТІВ

"Зелений реєстр" - це дані в розрізі суб'єктів надання ПМД про кількість пацієнтів, що уклали Декларації про вибір лікаря ПМД з лікарями відповідного закладу [або з відповідним ФОП]. Цей реєстр почне формуватись після початку приписної кампанії і буде поступово наповнюватись.

"Червоний реєстр" - це дані в розрізі закладів про кількість пацієнтів згідно з їхньою офіційною "припискою" до певного закладу ПМД на момент початку приписної кампанії. Початковий склад цього реєстру буде сформовано за даними, зібраними у закладів ПМД через ОДА. Але ці дані в подальшому будуть уточнюватись в ході приписної кампанії [як описано нижче]. Суть уточнення полягатиме в тому, щоб виключати з "червоного реєстра" тих осіб, що "переходять в зелений реєстр", підписуючи Декларації. Мета уточнення – уникнення подвійного фінансування закладів.

МОЗ шляхом запитів на обласні державні адміністрації вже збирає інформацію про перелік існуючих закладів первинної медичної допомоги з указанням кількості офіційно приписаного до них населення, його статеві-вікової структури, а також географічної зони обслуговування кожного закладу [перелік адрес – вулиць та номерів будинків, населення яких "приписується" до закладу для отримання ПМД].

МОЗ невдовзі планує розпочати "приписну" кампанію, в ході якої:

- Починається формування "зеленого реєстру", який дає можливість визначити для кожного закладу ПМД кількість та статеві-вікову структуру пацієнтів, що уклали Декларації з лікарями цього закладу.
- В системі E-Health передбачається можливість автоматично визначати за місцем реєстрації нового пацієнта, до якого закладу ПМД він/вона офіційно приписаний [адже ми дізнаємось з "червоного реєстру", до якого закладу належить кожен з будинків].

- За допомогою E-Health буде здійснюватись коригування "червоного реєстру". Це коригування буде здійснюватись в розрізі закладів, а не в розрізі окремих осіб [тобто лише на рівні загального обсягу та

Синій список



Тариф покриття
платить держава



Тариф співоплати
платить громадянин

- Тарифи єдині для всіх громадян
- Приймає будь яка лікарня в системі
- Співоплата сплачується легально в касу лікарні

структури населення, приписаних до закладу, а не на рівні окремих прізвищ]. Задача коригування: зменшити загальну кількість приписаних до закладу пацієнтів на ту кількість осіб, що уклала Декларації [з цим чи іншим закладом]. Нам

Синій список



Діагностичні послуги

Послуги спеціалістів

Стационарні послуги

Ліки



не потрібно ідентифікувати цих людей особисто.

- Як тільки в "зеленому реєстрі" буде з'являтися новий пацієнт, система E-Health буде автоматич-

но коригувати "червоний реєстр": одна одиниця буде відніматись від того закладу ПМД, до якої людина належить згідно з адресою.

- Якщо Декларацію підписує людина, що не має місця реєстрації, коригування для "червоного реєстру" не відбувається. Як буде пояснено далі, для таких випадків коригування і не потрібне, бо за новою схемою подвійне фінансування для таких випадків не можливе.

Запуск нової схеми фінансування "первинки" планується з 1 липня 2017 р.

$$\text{Фінансування закладу на II півріччя} = \text{капітаційна ставка} \times \left(\begin{array}{c} \text{кількість осіб,} \\ \text{приписаних до} \\ \text{цього закладу} \\ \text{в «червоному} \\ \text{реєстрі»} \end{array} + \begin{array}{c} \text{кількість осіб,} \\ \text{приписаних до} \\ \text{цього закладу} \\ \text{в «зеленому} \\ \text{реєстрі»} \end{array} \right)$$

МОЗ/НСЗУ розподіляє кошти бюджетної програми "Фінансування ПМД" **шляхом множення капітаційної ставки на суму пацієнтів для кожного закладу** - як з "червоного реєстру" [офіційно приписаних, що залишилися після постійного коригування], так і з "зеленого реєстру" [нових, згідно з Деклараціями].

На підставі визначених обсягів фінансування, кожен з суб'єктів ПМД підготує план використання бюджетних коштів до кінця 2017 р. за скороченою формою економічної класифікації видатків бюджету і надішле на затвердження в МОЗ / НСЗУ.

Описана формула демонструє, що коригування "червоного реєстру" необхідне для уникнення подвійного виділення коштів на заклад. Якщо Декларації не підпише жодна людина, всі кошти програми будуть розподілені виключно за "червоним реєстром". Однак при переході пацієнтів у інші заклади, відповідну суму необхідно віднімати з того закладу, до якого вони були "приписані" раніше.

Нова модель не припускає виділення закладам іншого [додаткового] фінансування, крім розрахованого за капітаційною ставкою.

Суб'єкти надання первинної медичної допомоги, створені як нові юридичні особи після початку приписної кампанії [у яких немає жодного пацієнта в "червоному реєстрі"], повинні будуть якомога швидше набрати достатню кількість пацієнтів у "зелений реєстр". У протилежному випадку, такі суб'єкти повинні будуть шукати тимчасові можливості фінансування до моменту достатнього наповнення [наприклад, шляхом пошуку домовленостей з місцевою владою].

Існуючі заклади, пацієнти яких будуть незадоволені їхніми послугами і почнуть активно підписувати Декларації з іншими суб'єктами надання ПМД, можуть відчу-

вати стрімке скорочення кількості осіб, приписаних до них у "червоному реєстрі" при відсутності нових осіб у "зеленому реєстрі". Такі заклади стикнуться зі зменшенням фінансування, починаючи з липня, і повинні будуть вжити заходи для врахування цих обставин. Підписання Декларацій особами без місця реєстрації не створить проблеми для обрахунку фінансування за новою моделлю. Такі особи будуть враховуватись при визначенні фінансування закладу, який вони обрали. Однак, оскільки вони не були "приписані" до жодного іншого закладу, скорочувати фінансування для жодного іншого з закладів не потрібно [коригування "червоного реєстру" не відбувається].

"Приписна" кампанія триватиме постійно, і вимагатиме коригування розподілу коштів між закладами відповідно до рішень пацієнтів про вибір або зміну лікарів.

Середньострокова мета реформи охорони здоров'я в Україні – **інтеграція первинної та вторинної допомоги**.

Сучасна медична допомога – це "інтегрована" допомога, яка об'єднує первинну та вторинну [спеціалізовану] допомогу. Інтеграція первинки і вторинки дозволить контролювати ризик надмірного "перекидання" пацієнтів із первинки на дорогу вторинку. Інтеграція також дозволить в перспективі запровадити складніші методи оплати за медичні послуги із врахуванням ефективності та/чи результативності медичних послуг.

Тому важливо **не розривати медичну допомогу між рівнями врядування і джерелами фінансування**. Не можна допустити значимої варіації в якості чи доступності медичних послуг між територіальними громадами. Це національне зобов'язання і національна відповідальність.

Місцева влада не повинна мати можливості [а більшість громад практично і не мають такої можливості] значимо вплинути на медичні послуги в своїй громаді з точки зору їх суті і медичної якості. Таким чином, залишаючи це повноваження в громаді, можна створити ілюзорну місцеву псевдо функцію, де місцева влада має дуже обмежені можливості створити додану вартість.

Варто зауважити, що місцева влада може і повинна мати значний вплив на операційну ефективність надавачів послуг. Цей канал впливу на медичні послуги уряд планує залишити без змін, оскільки вони залишають надавачів послуг [лікарні] у власності і оперативному керуванні місцевої влади.

Існуючі заклади, пацієнти яких будуть незадоволені їхніми послугами і почнуть активно підписувати Декларації з іншими суб'єктами надання ПМД, можуть відчувати стрімке скорочення кількості осіб, приписаних до них у "червоному реєстрі" при відсутності нових осіб у "зеленому реєстрі".

Також, в перспективі, коли Національна служба здоров'я почне закуповувати послуги вторинного рівня, уряд вирівняє правила гри і надасть доступ до державного фінансування для приватних надавачів.

В протилежному випадку, Держава буде "страхувати" всіх громадян у мера або голови ОТГ. Технічно, це дуже схоже. Але сприймається це вже не як нова якість, а як дуже стара. І, за виключенням кількох вдаливих випадків хорошого місцевого менеджменту, місцева влада часто асоціюється із видимим занепадом медичної інфраструктури. Справедливо зауважити, що основні фактори занепаду інші – системні і за межами контролю місцевого самоврядування.

Можна навести приклади НАЗК, або антикорупційної прокуратури. Легше показати **нову якість сервісу на базі нових державних інституцій**. Особливо, коли в існуючих інституціях люди сильно розчаровані.

Що потрібно для запуску реформи охорони здоров'я?

- Узгодження з Мінфіном і політична воля Президента
- Внесення змін до Бюджетного кодексу та змін до Закону про Держбюджет-2017
- Оперативний збір даних для формування "червоного реєстру" за допомогою ОДА
- Готовність необхідних функцій системи E-Health до початку приписної кампанії
- Готовність місцевої влади підтримати активних нових суб'єктів надання ПМД

Резюме:

1. Міністерство охорони здоров'я хоче дати можливість людям **укладати прямі договори із усіма видами медичних закладів**, які надають первинну медичну допомогу - з амбулаторіями, приватними практиками – усіма лікарськими закладами, які є у громаді. Громада повинна мати можливість самостійно формувати свою мережу.

2. Можливість для педіатрів надавати первинну медичну допомогу. На первинці **буде три спеціальності** – це сімейний лікар, педіатр і дільничний терапевт.

3. **Заробітна плата лікаря більше не буде фіксованою**, вона залежатиме від кількості його пацієнтів і тарифу, визначеного для певних категорій пацієнтів. Є рекомендована цифра – 2 тисячі пацієнтів. Вона може відрізнятися залежно від умов, тому що не скрізь це фізично мож-

ливо. І лікар не може відмовляти пацієнту, якщо він до нього приходить.

4. **Тарифи залежатимуть від віку пацієнта. 210 гривень на одну людину в рік – це середній тариф.** Він буде удвічі більшим за маленьку дитину до 5 років і за людину 65+. Так само будуть проміжні тарифи – за дітей від 5 до 18 і так далі. В березні цю тарифну сітку оприлюднять. З наступного року розглянуть можливість ввести інші коефіцієнти – за пацієнтів із хронічними хворобами тощо.

НСЗУ починає виплати

2017

2018 — 2019

первинна
медична
допомога

діагностика,
спеціалісти,
ліки

стаціонарна
допомога

5. Модель розподілу коштів між лікарями всередині закладів визначатиме керівництво конкретного медичного закладу, але **лікар отримає можливість обирати, де йому працювати**. Таким чином, керівники закладів і місцева громада будуть зацікавлені у тому, щоб пропонувати лікарям кращі умови.

6. E-Health - це єдина електронна система обміну медичною інформацією, до якої вноситимуть дані усіх пацієнтів і відповідно розподілятимуть кошти. Єдиний реєстр пацієнтів є тим механізмом, який дозволить не мати пацієнта, зареєстрованого у трьох місцях. Реєстр не поширюється на випадки, коли людині потрібна невідкладна допомога.

7. Нова система почне діяти з весни у тих областях, які будуть готові швидше, з літа – у тих, які йдуть повільніше. З 2018 року – в усіх обов'язково. Основні критерії готовності – поінформованість пацієнтів і лікарів, налагоджена робота з електронним реєстром та готовність закладів укладати юридичні договори.

Реформа медицини – це єдина реформа, яка справді торкнеться всіх. Система, яку ми побудуємо, має пережити і нас, і наших дітей, і наших онуків.

Нова українська медицина – зараз чи у 2022?

Зміни, які ми пропонуємо, країни роблять раз у 50 років. Велика Британія обирала модель у 1948 році, знекровлена війною. Нікого з тих, хто запуслав цю модель, уже немає в живих – а система продовжує ефективно лікувати всіх підданих королівства.

Коли ми розгорнемо всю систему, обсяги зроблять тарифи значно меншими, ніж люди зараз платять з кишені. Тому хабарі повинні втратити сенс.

У великого проекту реформи охорони здоров'я є технічні дедлайни. Ми розробили ключовий закон – "Про Державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів".

Якщо ми ухвалимо цей закон, усе інше не так вже й важливо.

Якщо ми *не* ухвалимо цей закон – усе інше теж не так вже й важливо.

Якщо ми всі вирішимо, що закон правильний, але не встигнемо його прийняти, – то наступного разу зможемо спробувати впровадити реформу медицини десь у 2021-2022 роках.

Чому ми розповідаємо вам про гроші, а не про лікарів та лікарні?

Тому що ми робимо три головні принципові зміни в усій системі охорони здоров'я:

- ми починаємо платити не за те, що ви в лікарні – а за те, що **вас лікують, тобто за конкретні медичні послуги, надані конкретній людині**;

- ми чітко фіксуємо **однаковий для всіх громадян обсяг медичних послуг, які фінансово покриває держава**;

- ми переходимо на **міжнародні протоколи лікування та діагностики**, щоб усі могли проконтролювати, що ці послуги надані якісно.

Це не просто запитання "чи дати мільйон" тій чи іншій лікарні. Це – докторінна, повна зміна відносин.

Коли ми розгорнемо всю систему, обсяги зроблять тарифи значно меншими, ніж люди зараз платять з кишені. Тому хабарі повинні втратити сенс.

Ми кажемо – **досить брехати, що в нас безкоштовна медицина**.

Платить уся країна. І бреше одне одному теж вся країна. Зараз ми можемо це змінити – і це теж революція гідності в українській системі охорони здоров'я.

Наші зусилля – це не заклики й не прохання до корупціонерів "дотримуватись високих моральних принципів". Ми запроваджуємо правила, які зроблять хабарництво нераціональним, а брехню – непотрібною.

У новій моделі **у всіх рівні права**. За будь-ким – дорослим, дитиною, жінкою, чоловіком, літнім – стоїть **одне й те саме фінансове покриття, скільки б у вас не було грошей**. А якщо ви доросла людина та маєте щось за себе доплатити – це буде офіційна біла та однакова доплата для всіх.

Мало того – ці співоплати можна буде додатково застрахувати, отримати адресну соціальну допомогу.

Живучи з ідеями класового суспільства, важко повірити в рівні права. Але це так – ніхто не запитає, скільки у вас коштів. За ту саму проблему зі здоров'ям "Національна служба здоров'я України" заплатить однаково за будь-кого.

Це має стати Законом.

І це важливо для всіх – бо сьогодні ви народний депутат, а завтра мешканець Лук'янівки. Сьогодні ви міністр, а завтра у вас схопило серце у відрядженні в регіонах. Сьогодні ви мільйонер, а завтра ні.

Так, модель фінансування охорони здоров'я, яку ми пропонуємо – це професійна складна модель. Вона потребує розрахунків та потужного ІТ.

Уляна Супрун,
в.о. міністра охорони
здоров'я України



Ми зробимо це **за рік** – хоча зазвичай на це йде близько трьох років.

Але з точки зору "виробництва здоров'я" ця модель дуже надійна та проста: **"Національна служба здоров'я купує для громадян здоров'я за їхні податки"**.

У Великій Британії вона працює вже 69 років, і за страховкою від National Health Service лікуються навіть мільйонери. Бо це надійно. Така сама модель працює у Норвегії, Італії, Іспанії, Канаді, Бразилії, Польщі та Хорватії.

Півтора року ця модель, а потім закон дороблялись разом зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я, разом з українськими фахівцями – спеціально для України. І важливо розуміти, що для нашого суспільства **альтернатив їй нема**.

Зараз ми можемо розгорнути цю модель фінансування охорони здоров'я в Україні – а **міжнародні донори готові допомогти з вкладеннями в інфраструктуру**.

Ми повинні чітко прогнозувати: коли в нас буде наступна така можливість?

Якщо закон ухвалюється на поточній сесії Верховної Ради – ми розпочинаємо реформу на "первинці" вже з 1 липня.

Правки до бюджету дають можливість **підвищити лікарям первинки доходи вже з липня** і навіть більше, ніж ми розраховували раніше. За рік – до 1 липня 2018-го – у нас буде достатньо даних, щоб розрахувати Державний гарантований пакет до 15 вересня 2018-го та зверстати реальний бюджет на 2019 рік.

2019-й рік ми почнемо з моделлю, яка повністю працюватиме, а також з реальним бюджетом.

І тоді у 2018-му головна розмова йтиме не про те, якій лікарні дати мільйон – а у Верховній Раді, про те, скільки мільярдів виділено на програми онкології, стентування та інше.

Адже буде *рівний доступ* до цих програм.

Якщо ж закон не ухвалюють до кінця поточної сесії – ми можемо стартувати з реформою на первинній ланці тільки з 1 січня 2018-го року. Ми зможемо підняти дохід сімейним лікарям тільки з 2018-го. Нам не вистачить даних, щоб розрахувати Державний гарантований пакет до 15 вересня – і ми зайдемо в передвиборний 2019 рік без реального бюджету. Реформа спеціалізованої допомоги тоді теж почнеться в передвиборному 2020-му році.

Це – реальність політики в усьому світі.

Тому ніхто не зможе гарантувати, що "тоді реформа почнеться", і це буде справді реформа. Адже реформи ніде в світі не роблять протягом передвиборного циклу. Це неможливо. І це – реальність здорової політики всюди.

Вже за 20 років люди не згадають наші імена. Але всі пам'ятатимуть, як 20 років тому на вулицях України почали з'являтися сині щити з білим хрестом Національної служби здоров'я.

І відтоді українці пам'ятатимуть: де бачиш щит – там є допомога для кожного.

То на щиті, або зі щитом.

Зараз ми можемо розгорнути цю модель фінансування охорони здоров'я в Україні – а міжнародні донори готові допомогти з вкладеннями в інфраструктуру.



Юрій Джигир,
позаштатний радник в.о. Міністра охорони здоров'я,
Міністерства фінансів; Consultant at Fisco ID

Які проблеми покликані вирішити законопроекти №№ 6327, 6328, 6329, і як ці проблеми впливають зараз на сферу охорони здоров'я?:

Пакет законопроектів спрямований на подолання кількох системних факторів неефективності у поточній організації фінансування охорони здоров'я.

Передусім, нова модель фінансування, що пропонується законопроектами, замінює кошторисний принцип фінансування закладів на оплату їх послуг в залежності від обсягу і характеру наданої медичної допомоги. Наразі кошти сектору розподіляються між закладами залежно від того, якою є їхня існуюча інфраструктура: кількість ліжок, кількість найнятих працівників, площа приміщень. Такий підхід не створює ніякої мотивації для покращення якості послуг та для ефективного використання коштів. Законопроекти припускають запровадження нових методів оплати. Кожен заклад буде отримувати кошти в залежності від того, якою є його практична діяльність. Наприклад, лікарні почнуть отримувати фінансування в залежності від кількості пролікованих випадків (які будуть класифікуватись на діагностично-споріднені групи для врахування різниці у вартості лікування).

По-друге, реформа допоможе вирішити сьогоднішню проблему конфлікту інтересів у організації фінансування сектору. Більшість закладів охорони здоров'я в Україні є бюджетними установами і належить громадам – містам, районам, областям. При цьому фінансування цих закладів здійснюється через місцеві бюджети відповідних громад (через механізм медичної субвенції). Таким чином, місцеві ради фактично закуповують медичні послуги "самі у себе". Вони звітують перед виборцями за ефективність медичної допомоги, але також і за спроможність утримувати заклади. Це створює конфлікт інтересів: адже місцева рада не завжди зацікавлена закупити послуги у надавача, що їй не належить (навіть якщо це було б в найкращих інтересах пацієнта). Законопроекти пропонують перехід на закупівлю послуг у єдиного національного замовника. Ця служба буде закуповувати послуги від імені кожного громадянина, не будучи зацікавленою у підтримці того чи іншого закладу (адже нове відомство не буде їхнім власником).

По-третє, законопроекти спрямовані на вирішення проблеми фрагментованого витрачання коштів. Специфіка фінансування охорони здоров'я полягає в тому, що ймовірність настання хвороби дуже важко передбачити. Планування видатків в цій сфері є найбільш ефективним, якщо відбувається "пулінг ризиків". Це означає, що внески, що роблять громадяни на випадок хвороби (у випадку України – їхні податки) повинні збиратись в одному якомога більшому пулі, який можна використовувати в цільовий спосіб, спрямовуючи кошти саме туди, де трапилась хвороба. Якщо кошти, зібрані на охорону здоров'я у вигляді податків, розподіляються між громадами, де проживає кілька тисяч осіб, це означає що кожна з громад отримує занадто малу суму. Цих грошей може вистачити на базові послуги, але в разі якщо когось з мешканців спіткає серйозна недуга, що потребуватиме дорогого лікування, місцевий бюджет змушений буде або відмовити в належному лікуванні, або збанкрутувати.

Які законодавчі зміни у сфері охорони здоров'я, на Вашу думку, є найбільш нагальними?:

Найнагальнішою зміною є створення і розбудова національного замовника медичних послуг – прозорого, підзвітного і технічно потужного центрального органу виконавчої влади, захищеного від політичного впливу і озброєного сучасними навичками планування видатків у сфері охорони здоров'я та закупівлі відповідних послуг.

Крім того, нагальним є приведення бюджетного законодавства у відповідність до нової моделі фінансування послуг (більш сучасного і комплексного визначення розподілу функцій в цьому секторі між рівнями влади, введення нових методів фінансування медичної допомоги).

Катерина Майнзюк,
позаштатний радник в.о. Міністра охорони здоров'я,
Міністерства фінансів; Consultant at Fisco ID



Поясність, будь ласка, в чому полягає суть ключових новацій законопроектів №№ 6327, 6328, 6329:

Пакет законопроектів №№6327,6328,6329 розпочинає амбіційну 4-річну реформу фінансування охорони здоров'я в Україні. Основна мета – усунути фактори неефективності, що спричиняють вкрай низьку якість послуг (Україна має одне з найвищих місць за рівнем смертності в світі, причому більшість смертей трапляється від хвороб які можна було вилікувати або уникнути); надвисокий обсяг неформальних платежів за медичні послуги (92% населення живе в страху фінансової катастрофи через хворобу). Крім того, реформа має стимулювати економічне зростання: адже поточний стан системи охорони здоров'я призводить до скорочення робочої сили та змушує людей накопичувати кошти на випадок хвороби, замість вкладати в продуктивні проекти, свій бізнес тощо.

Основні зміни:

1. Перехід на закупівлю медичних послуг через єдиного національного замовника. Наразі охорона здоров'я фінансується, здебільшого, через надання трансфертів місцевим бюджетам. Кожна громада отримує частину загальнодержавних податків, пропорційну до кількості свого населення. Однак середня чисельність населення, скажімо, району – близько 45 тис. осіб. Така кількість платників податків недостатня для того, щоб розподілити між ними ризики настання хвороби. Іншими словами, в такій громаді може трапитись хвороба, що потребує дуже дорогого сучасного лікування – однак бюджету на 45 тис. осіб ніколи не вистачить, щоб заплатити за такий дорогий випадок. Саме тому в фінансуванні охорони здоров'я необхідно об'єднувати кошти якомога більшої кількості людей: тоді їх буде вистачати на фінансування навіть дуже дорогих випадків (адже вони трапляються не в кожній громаді).

2. Нові методи оплати медичних послуг. Наразі бюджетні кошти витрачаються шляхом утримання бюджетних закладів виходячи з їхньої існуючої інфраструктури. Гроші розподіляються залежно від кількості ліжок, ставок, квадратних метрів приміщень. Це вкрай неефективно. В новій системі кошти будуть спрямовуватись в залежності від того, яку медичну діяльність фактично здійснив заклад. Іншими словами, ми переходимо на стратегічні закупівлі медичних послуг (а не утримання закладів). Наприклад, стаціонарна допомога буде закуповуватись залежно від кількості пролікованих випадків; первинна медична допомога – в залежності від кількості осіб, які обрали відповідного лікаря.

3. Розведення ролей замовника та постачальника послуг. Наразі більшість закладів охорони здоров'я перебувають в комунальній власності – що є цілком ефективним. Однак якщо послуги "купують" місцеві бюджети, то це призводить до конфлікту інтересів, адже фінансуюча організація по суті купує послуги "сама у себе". Перехід на закупівлю медичних послуг через національного замовника означатиме, що місцева влада зможе повноцінно виконувати роль власника закладів (розвиваючи і підтримуючи його), а центральний бюджет візьме на себе відповідальність за фінансування послуг.

4. Перехід на загальнонаціональну електронну систему управління медичною інформацією. Законопроекти передбачають перехід на ведення розрахунків та організації медичної допомоги на основі електронної системи, що збиратиме дані про медичні та економічні показники діяльності закладів. Такий підхід є не лише значно ефективнішим у порівнянні з використанням паперової звітності. Він також дозволяє обробку інформації в межах загальнонаціонального медичного простору. Наприклад, при обрахунку обсягу фінансування закладу первинної медичної допомоги буде враховано кількість його пацієнтів незалежно від їхньої прописки. Вибираючи лікарню, людина також зможе звернутись в будь-який заклад країни, і при цьому відповідні кошти будуть спрямовані саме туди.

Чи були використані при розробці законопроектів успішні міжнародні практики фінансування сфери охорони здоров'я?:

Нову модель фінансування охорони здоров'я, яку втілюють законопроекти, розроблено на основі найпередовішого світового досвіду і з залученням низки міжнародних фахівців. Це підтверджується, зокрема, тим фактом, що у листопаді 2016 року цю модель було схвалено спільною заявою Єврокомісії, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Дитячого фонду ЮНІСЕФ, Світового Банку, Глобального фонду, та представництв організацій міжнародного розвитку США та Швейцарії. Нещодавно, запропоновану модель також підтримали спільною заявою представники країн G7.

ЕКСПЕРТНА ДУМКА



Ольга Стефанишина,
виконавчий директор "Пацієнти України"

Поясніть, будь ласка, в чому полягає суть ключових новацій законопроектів №№ 6327, 6328, 6329:

Проекти Законів України №6327, 6328, 6329 спрямовані на реформування існуючої та недосконалої системи охорони здоров'я в Україні.

Основним принциповим моментом, що запроваджується зазначеним законопроектом є зміна механізму та обсягу фінансування надання медичних послуг і лікарських засобів.

Законопроекти №6327, 6328, 6329:

- запроваджують гарантований пакет медичних послуг та ліків за принципом "гроші ходять за пацієнтом";
- дають змогу українським лікарям отримувати гідну заробітну плату за свою роботу, а отже, – ефективно працювати на благо пацієнта;
- фіксують застосування в Україні міжнародних протоколів лікування та діагностики захворювань, що значно прискорить доступ до лікування та розширить його спектр;
- створюють Національну службу здоров'я України.

Які наслідки (вказати позитивні та негативні) прийняття законопроектів №№ 6327, 6328, 6329 матиме для розвитку сфери охорони здоров'я:

До позитивних наслідків можна віднести:

1. Запровадження персоніфікованих виплат (кошти, йдуть за пацієнтом згідно з тарифом). Це означає, що державні кошти будуть відтепер спрямовуватися не на утримання будівель лікарень, ліжок-місць, не на зарплати подекуди необґрунтованих і непотрібних ставок персоналу, а за надані медичні послуги відповідно до чітко встановлених тарифів. Наслідком буде бажання лікарень отримати якомога більше пацієнтів, тобто підвищення конкуренції, що призводить до підвищення якості послуг.

2. Запровадження чіткого та реального державного гарантованого безоплатного пакета медичних послуг та лікарських засобів. В межах державного гарантованого пакету держава гарантуватиме повну оплату за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування необхідних медичних послуг та лікарських засобів на екстреному, паліативному та первинному рівні, та частково на вторинному (спеціалізованому) та третинному (високоспеціалізованому) рівні, наданих постачальниками медичних послуг (проте даний позитивний механізм можливо буде оцінити лише після ознайомлення з деталізованим описом, що визначатиме конкретні види медичних послуг і лікарських засобів, оплата надання яких застрахованим особам гарантується повністю або частково за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування). Запровадження принципу розподілу на безкоштовні медичні послуги, на послуги, які надаються за співоплатою та на платні послуги зніме напругу в суспільстві, пов'язану з декларованою безкоштовною медициною. Суспільство вже давно готове до оплати за медичні послуги за чіткими, однаковими для всіх затвердженими тарифами, оскільки неформальні платежі призводять до морального і матеріального виснаження українських пацієнтів.

3. Закріплюється принцип, що державний гарантований пакет медичних послуг та лікарських засобів не може бути зменшений. Це безперечний плюс, оскільки тепер кожен громадянин України буде впевнений у тому, що в разі необхідності отримання екстреної медичної допомоги, первинної меддопомоги або паліативної допомоги – ці види послуг є для всіх абсолютно безкоштовними.

4. Передбачено визнання міжнародних медичних протоколів. Це обов'язково полегшить доступ пацієнтів до необхідної медичної допомоги, оскільки українські лікарі при виборі методу лікування є наразі скутими українськими нормативними актами, які є не завжди гнучкими та часто не встигають відображати новітні світові розробки.

5. Запропоновані зміни дозволять залучити до надання медичних по-

слуг за рахунок бюджетних коштів заклади охорони здоров'я недержавної форми власності та фізичних осіб-підприємців, що має позитивно відобразитись на якості надання медичних послуг, буде існувати конкуренція, тобто пацієнти можуть самостійно обирати заклади, в тому числі приватні, обираючи більш якісні послуги.

До негативних наслідків можна віднести:

1. Відсутні або існують певні невизначеності у формулюваннях (наприклад функції страховика пп. 4 п. 2 ст. 9, коригувальні коефіцієнти -пп.6 п.2 ст.9, мають бути доопрацьовані).

2. Норма у п.7 перехідних положеннях: "Фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я, крім закладів охорони здоров'я відповідно до переліку, затвердженого Кабінетом Міністрів України, за рахунок коштів Державного бюджету України, крім коштів державного солідарного медичного страхування, після 1 січня 2019 року не здійснюється", знову передбачає можливість існування пільгових закладів охорони здоров'я для чиновників та депутатів.

3. Крім того, одним з негативних моментів може бути також відсутність в запропонованому проекті державних гарантій повної оплати за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування щодо таких захворювань як: онкозахворювання, туберкульоз, СНІД, орфанні захворювання, тощо та гарантії для незахищених верств населення. Можливо будуть передбачені у державному гарантованому пакеті ко-трий затверджується КМУ, проте слід передбачити це на законодавчому рівні.

Ірина Литовченко,
співзасновниця благодійного фонду "Таблеточки"



Які проблеми покликані вирішити законопроекти №№ 6327, 6328, 6329, і як ці проблеми впливають зараз на сферу охорони здоров'я?:

Сьогодні 99% пацієнтів змушені повністю або частково платити за своє лікування, купувати медикаменти та витратні матеріали, оплачувати роботу медичного персоналу, праця якого є фінансово недооціненою. Кошти держави виділяються на неефективні медичні заклади, використовуються неефективними способами, а державна допомога не доходить до її кінцевого бенефіціара – пацієнта.

За допомогою розроблених законопроектів ми зможемо перенаправляти кошти країни саме туди, де лікується пацієнт. Закриємо збиткові лікарні. Лікарі отримуватимуть достойну зарплату, а пацієнти – адекватний рівень лікування за міжнародними протоколами.

Вкажіть, будь ласка, загальні позитивні та негативні (якщо є) риси законопроектів №№ 6327, 6328, 6329:

Національна служба здоров'я буде ефективним управлінцем та забере з Міністерства невластиві йому функції розрахунку зі сторонами процесу лікування.

Надзвичайно важливим кроком також буде гарантована паліативна допомога пацієнтам, на сьогоднішній день повністю відсутня в країні. Кожен громадянин має право йти з життя без болю, із медичною та психологічною підтримкою.

Спрямування капітальних видатків регіональних бюджетів розвитку на оновлення матеріально-технічної бази лікарень дозволить відремонтувати вже давно застарілі будівлі обласних та районних лікарень.

Використання міжнародних протоколів та відсутність необхідності постійного узгодження нових протоколів всередині країни дозволить застосовувати новітні методи лікування важких захворювань та рятувати життя у складних клінічних випадках захворювань.

ЕКСПЕРТНА
ДУМКА

Україну поділять на "госпітальні округи"

"В Іспанії три госпітальні ліжка з розрахунку на тисячу душ населення, в Німеччині – 7. Загалом у середньому по ЄС – 5-6 ліжок на тисячу населення. В Україні – 9. Найдорожчим у медицині є утримання пацієнта на стаціонарному лікуванні, тому кожна система тяжіє до того, щоб людина мінімум часу провела в лікарні і максимум видужала за цей час. На цьому побудована економіка медицини. У нас все навпаки: вигідно тримати людину на стаціонарі, бо оплачується ліжко. Тобто маємо не мережу медичних послуг, а мережу стін і лікарняних ліжок, яка не відповідає ні реальній кількості хворих, ні потребам людей", – пояснює заступник міністра охорони здоров'я **Павло Ковтонюк**.



Формування госпітальних округів, переконана команда реформаторів у МОЗ, – це насамперед спосіб навести лад у мережі стаціонарних лікарень у районах, дати не абиякі, а саме якісні і доступні медичні послуги людям, котрі живуть у селах та невеликих містах. Проте "на місцях" є і деяке нерозуміння процесу створення ГО, і протекціонізм "своєї" лікарні, і страх невідомості.

Які комплексні цілі створення ГО? Що це дасть громадам та конкретним пацієнтам? Яка система фінансування передбачена надалі і що робити з "неперспективними" лікарнями? Спробуємо розібратися.

Більшість державних медичних закладів – це малопотужні та малозавантажені лікарні, які мають зношені основні фонди та застаріле технічне оснащення. На такому обладнанні та за відсутності точних даних лабораторних аналізів, не виключено, що й геніальний терапевт може "промахнутися" у визначенні діагнозу. При цьому працюючі українці справно сплачують податки, аби держава оплачувала послуги таких лікарень. Чи не абсурд?

Важливий у цьому контексті аспект – фахівці, які не мають достатньої завантаженості, на відміну від тих, хто працює "на потоці" у потужних, добре оснащених лікарнях, поступово втрачають кваліфікацію та практичні навички. "Чи варто очі-

кувати якісних та безпечних послуг від хірурга, який здійснює – це у кращому випадку! – лише кілька серйозних операційних втручань на місяць?" – запитує Ковтонюк.

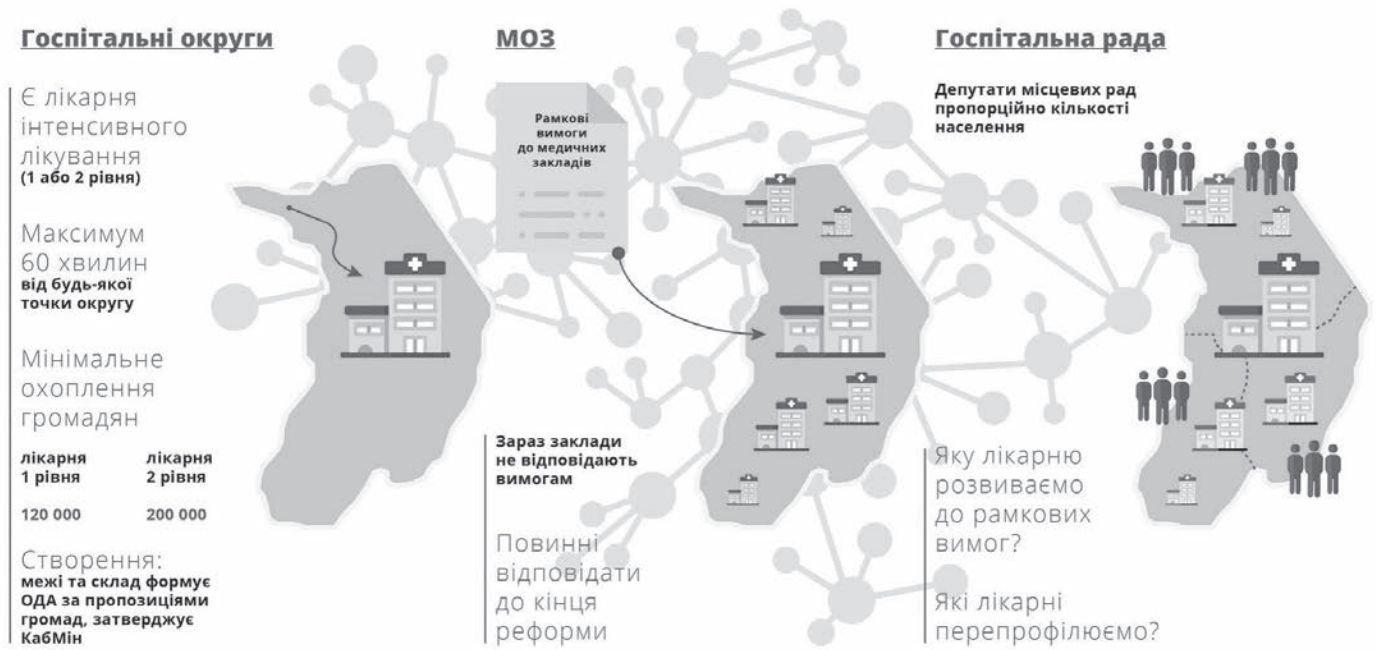
Як можна обчислити кількість "зайвих" лікарень у масштабах країни? Приблизну уяву дає статистика про кількість хворих та кількість пологів. щорічний рівень народжуваності в Україні – 10 дітей на тисячу населення. Отже, на 200 тисяч (а це мінімальна кількість населення в госпітальному окрузі, не враховуючи винятків) припадає приблизно 2000 пологів. Відповідно, можна обчислити, скільки потрібно лікарень, щоб надати такій кількості жінок і дітей якісну допомогу.

Недолугість існуючої системи медпослуг на периферії Ковтонюк демонструє саме на прикладі пологових відділень. Їх в Україні – безліч, майже в кожному райцентрі, тільки от чомусь смертність новонароджених жахає найвищою в Європі статистикою. Згідно з даними Світового банку, в Україні помирає восьмеро з кожної тисячі живонароджених немовлят, тоді як у середньому в ЄС цей показник вдвічі нижчий (4): до прикладу, в Польщі і Угорщині – 5, в Чехії і Литві – 3, в Естонії – двоє немовлят.

Існують і пологові відділення, "трудоі" показники яких вразять навіть нефахівця – у лікарні Недригайлова, райцентра Сум-

Ідея госпітальних округів, упевнені реформатори, допоможе зламати стару систему і надати людям у селах та невеликих містечках гарантований доступ до якісних медичних послуг.

Як працюватимуть госпітальні округи (пояснення до постанови про госпітальні округи):



ської області, за весь минулий рік побачили світ лише 11 малюків! Завантаженість тамтешніх акушерів – менш, ніж одні пологи на місяць.

Ідея госпітальних округів, упевнені реформатори, допоможе зламати стару систему і надати людям у селах та невеликих містечках гарантований доступ до якісних медичних послуг.

Всю владу – радам!

Початок процесу створення госпітальних округів можна датувати 30 листопада 2016 року, коли на засіданні уряду було схвалено відповідну постанову. Уряд запропонував громадам примірний план географічного розподілу на округи: населення не менше 200 тисяч осіб і наявність на цій території лікарні II рівня; або ж населення 120 тис. осіб, лікарня I рівня та можливість дістатися до неї за 60 хвилин. Цей час – так звана "золота година", впродовж якої є надії врятувати життя пацієнта зі складною травмою чи в інших ургентних випадках. Також уряд постановив, що доїзд до лікарні II рівня від будь-якого населеного пункту на території госпітального округу не має перевищувати двох годин.

Таким чином, кожна область країни буде поділена на 4-5 госпітальних округів.

Лікарня інтенсивної терапії (лікарня II рівня) потребує масштабів – це великі корпуси, багато відділень, багато вузьких спеціалістів, апаратура і головне – багато пацієнтів, що створюють достатнє навантаження і практику для лікарів. "Це означає, що більшості районів і міст доведеться кооперуватись, щоб створити

справді потужні сучасні медичні заклади з достатнім потоком пацієнтів. У середньому в районі проживає лише кілька десятків тисяч людей – цього недостатньо, щоб завантажити сучасну лікарню інтенсивної терапії", – аргументує радник міністра охорони здоров'я **Катерина Майнзюк**, яка входить до групи, що розробляла "дорожню карту" медичної реформи.

Отож примірні плани поділу на ГО викликали в деяких регіонах бурхливі дискусії і навіть протести. Загалом за два з половиною місяці вдалося досягти згоди та затвердити межі госпітальних округів приблизно в половині областей.

Уряд дав рамкові національні критерії і примірний план розподілу на госпітальні округи, втім громади можуть коригувати цей план і надалі самостійно визначатимуть, як їм краще організувати мережу медичних закладів у своєму окрузі.

"У 2017 році ніяких змін щодо фінансування медзакладів "вторинки" немає, – намагається заспокоїти розбурхану громадськість Катерина Майнзюк. – Госпітальні округи ми розглядаємо як інструмент координації надання вторинної допомоги всередині громад. Важелі керування цим механізмом – у руках громад. Вони самі, а не чиновники з Києва, визначатимуть, яка лікарня стане опорною, куди треба спрямувати більші кошти, а яку доведеться перепрофілювати".

Майданчиком для пошуку консенсусу всередині громади має стати Госпітальна рада (ГР), повноваження якої визначено у положенні про госпітальні округи, яке

Уряд дав рамкові національні критерії і примірний план розподілу на госпітальні округи, втім громади можуть коригувати цей план і надалі самостійно визначатимуть, як їм краще організувати мережу медичних закладів у своєму окрузі.

ГОСПІТАЛЬНА РАДА



ДОРАДЧИЙ ОРГАН
допомагає громадам
координувати дії та
розробляти спільні
рішення



Розробляє **ПРОПОЗИЦІЇ**
та **РЕКОМЕНДАЦІЇ**,
які можуть бути
затверджені місцевими
радами



СКЛАД:
представники громад,
делеговані відповідними
радами (пропорційно до
кількості населення).
ОДА може відвідувати
засідання з правом
дорадчого голосу

До складу Госпітальної ради увійдуть представники власників лікарень (тобто міських, районних рад та рад об'єднаних територіальних громад) у кількості, пропорційній до кількості населення. Тобто чим більше людей проживає в місті чи районі, тим більше своїх представників він зможе делегувати для роботи в ГР. Це може бути і не депутат, а головлікар чи, скажімо, авторитетна в громаді особистість, якій рада делегує таке право. Важливо знати, що ГР є лише дорадчим органом, всі рекомендовані нею рішення затверджуватиме (або ні) відповідна місцева рада.

Усі питання щодо формування мережі медзакладів, перепрофілювання лікарень, складання карт доїзду до лікарень тощо мають знайти вирішення саме на засіданнях місцевих рад. Госпітальна ж рада розроблятиме рекомендації у тих випадках, коли рішення стосуються більш ніж одного району чи міста.

було затверджено днями. Реформатори сподіваються, що за кілька місяців у всіх округах вже почнуть діяти Госпітальні ради.

Монетизувати стимул

Болісний процес реформування залишків радянської медичної системи пройшли всі посткомуністичні держави Центрально-Східної Європи. Декотрі, наприклад, Польща, провели реформу різко, застосувавши у прямому сенсі слова "шокову терапію". "Ми обрали м'якіший варіант. Госпітальні округи – не вказівка, спущена "згори", а алгоритм дій для громад", – переконує Катерина Майнзюк.



Майбутні госпітальні округи не є адміністративними одиницями, проте вони грають важливу роль у реформі децентралізації влади. За задумом, у більшості випадків межі госпітальних округів збігатимуться з межами майбутніх районів і будуть природно "лягати" на карту.

"Легідна терапія" по-українськи полягатиме, зокрема, в тривалості перехідного періоду на нові принципи фінансування. Як відомо, сьогодні держава виділяє медичну субвенцію місцевим бюджетам, а ті, своєю чергою, розподіляють ці кошти залежно від кількості лікарень та ліжок у них. З 2018-2019 року кошти почнуть поступово спрямовуватись за новим принципом. Між органом, який буде створено – Національною службою здоров'я, – та лікарнями укладатимуться контракти, і гроші йтимуть залежно від кількості пролікованих пацієнтів, а не від кількості ліжок чи лікарів. Перехідний період до нової моделі фінансування, планують у МОЗ, триватиме приблизно чотири роки – до кінця 2020-го.

"У цьому контексті ми розглядаємо госпітальні округи як допоміжний спосіб лікарням підготуватися до наступного етапу реформи, до нової форми фінансування. Щоб у нас не "лягла" районна медицина", – підкреслює Ковтонюк.

Отже, через кілька років лікарні, які не надаватимуть послуги, чи надаватимуть

їх недостатньо, зіштовхнуться з браком коштів. "І тоді тільки місцева рада вирішуватиме, що робити з такою лікарнею – перепрофілювати її для інших цілей чи підтримувати надалі за власний кошт, – передбачає Катерина Майнзюк, – У таких випадках навряд чи ефективним буде аргумент "політичного" захисту "своїх" лікарні. Рух пацієнтів, їхній вибір закладів та лікарів підказуватиме оптимальні рішення".

Що ж робити районним лікарням, які "не впишуться" в продиктовані новим економічним становищем "оптимальні рішення"? Вихід із ситуації, вважає МОЗ – у перепрофілюванні медзакладів, які не мають достатнього навантаження, на амбулаторії, реабілітаційні центри, центри догляду за людьми похилого віку чи людьми з особливими потребами. Врешті-решт, на хоспіси, кількість яких в нашій країні можна порахувати на пальцях. Чи знаєте ви, що у 2013 році (за даними громадської організації Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги) на всю країну працювали всього 10 хоспі-

сів та 15 спеціалізованих хоспісних відділень?

Перепрофільовані медустанови тільки виграють, бо на їх перепрофілювання теж підуть державні кошти.

Окрім того, МОЗ пропонує в перспективі запровадити додаткове заохочення місцевої влади до формування ГО – через інвестиційні програми. І хоч наразі немає чіткого рішення щодо того, чи буде підтримана ця пропозиція урядом і коли можна розраховувати на впровадження цих програм, виглядають вони заманливо. "Тим, хто сформує Госпітальні ради, зможе вдало провести переговори в межах округу, визначити консенсусно перспективні лікарні, а відтак зафіксувати свої мрії в 5-річному плані розвитку, – буде легше отримати державні інвестиції, – ділиться задумом пані Майнзюк. – У план має ввійти не тільки розвиток власне лікарні і придбання необхідної апаратури, але і ремонт доріг тощо, – все, що допоможе привести медичне обслуговування в окрузі до нормального стану. Звісно, всі потреби, заявлені в цьому інвестиційному плані, мають бути реальними і добре аргументованими".

Як і в історії з ОТГ, в госпітальних округах більш пощастить тим, хто йде першим. Щонайменше піонери процесу отримують фінансування під перспективні плани вже з наступного року. Крім того, вони ширше скористаються допомогою міжнародних донорів.

"Громади мають показати свій рівень креативності в залученні коштів – місцева спонсорська допомога, залучення міжнародної підтримки. Наразі така підтримка може стосуватися складання інвестиційних проектів. Наприклад, ЄС лишається одним з великих донорів, він підтримує децентралізацію, працює з громадами і вже заявляє про готовність надати консультативну підтримку", – розповідає Катерина Майнзюк.

Майбутні госпітальні округи не є адміністративними одиницями, проте вони грають важливу роль у реформі децентралізації влади. За задумом, у більшості випадків межі госпітальних округів збігатимуться з межами майбутніх районів і будуть природно "лягати" на карту. Винятками можуть бути великі міста, які знаходяться неподалік центрів госпітальних округів. Приклад – 77-тисячний Бердичів, що розташований зовсім неподалік обласного центру: відстань між Бердичівом та Житомиром – усього 35 км. Логічно, що навколо Бердичіва утворюється окремий госпітальний округ. Утім це виняток.

У формуванні госпітальних округів ми бачимо народження суб'єктності гро-

мад, підкреслює Ковтонюк. Місцеві ради повинні будуть вийти на новий рівень здатності вести переговори з сусідами, створювати горизонтальні зв'язки і спільні проекти з іншими громадами. Це принципово відрізняється від лобювання інтересів свого міста чи району перед центром, пошуку точок впливів на депутатів чи чиновників "нагорі", до чого ми



звикли зі старих часів. Врешті, саме це і є задача децентралізації: сильні місцеві рішення, навіть якщо вони важкі, відповідальність за ці рішення перед власними громадами, а не звинувачування Києва у всіх бідах. Чи справді українські громади уже готові вийти на цей новий рівень, покажуть найближчі чотири роки.



Уряд затвердив Порядок створення госпітальних округів. Прийняття даного рішення дозволить забезпечити своєчасний доступ населення до послуг вторинної медичної допомоги належної якості, оптимізувати ресурси закладів охорони здоров'я, підвищити ефективність використання бюджетних коштів, що спрямовуються на забезпечення фінансування вторинної медичної допомоги. Порядок встановлює критерії для визначення складу та меж госпітальних округів, а також визначає механізм їх створення.

Документом, зокрема, передбачено, що центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, в якому розміщена багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Склад, межі та зона обслуговування госпітального округу повинні бути визначені таким чином, щоб жителі, які проживають у його межах, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у межах свого округу.

Слід зазначити, що створення госпітальних округів здійснюється з урахуванням належного робочого навантаження для закладів охорони здоров'я, дотримання норм часової доступності необхідної медичної допомоги, поточних демографічних показників тощо.

**“Про затвердження Порядку створення госпітальних округів” № 932 —
редакція від 30.11.2016**

**КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА**

від 30 листопада 2016 р. № 932

Київ

**Про затвердження Порядку створення
госпітальних округів**

Відповідно до частини одинадцятої статті 352 Основ законодавства України про охорону здоров'я Кабінет Міністрів України постановляє:

1. Затвердити Порядок створення госпітальних округів, що додається.
2. Установити, що госпітальні округи починають функціонувати з дати затвердження їх переліку та складу Кабінетом Міністрів України.
3. Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним державним адміністраціям у місячний строк подати Міністерству охорони здоров'я пропозиції щодо переліку та складу госпітальних округів згідно з Порядком, затвердженим цією постановою.
4. Міністерству охорони здоров'я:
затвердити у місячний строк примірне положення про госпітальний округ;
розробити і подати Кабінетові Міністрів України до 1 лютого 2017 р. проект нормативно-правового акта щодо затвердження переліку та складу госпітальних округів.
5. Визнати такою, що втратила чинність, постанову Кабінету Міністрів України від 24 жовтня 2012 р. № 1113 “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві” (Офіційний вісник України, 2012 р., № 92, ст. 3736).

Прем'єр-міністр України

В. ГРОЙСМАН

ЗАТВЕРДЖЕНО

постановою Кабінету Міністрів України
від 30 листопада 2016 р. № 932

**ПОРЯДОК
створення госпітальних округів**

Загальна частина

1. Цей Порядок встановлює критерії для визначення складу та меж госпітальних округів, а також визначає механізм їх створення.
2. Терміни, що вживаються у цьому Порядку, мають таке значення:
багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня — заклад охо-

рони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та екстреної медичної допомоги населенню у разі виникнення патологічних станів, що загрожують життю, та потерпілим під час надзвичайних ситуацій;
багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня — заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання

вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах населенню у гострому стані захворювання або з хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування та догляду, з обов'язково наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;

госпітальний округ — це функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню такої території.

3. Госпітальні округи створюються з метою організації мережі закладів охорони здоров'я у спосіб, що дасть змогу забезпечити:

гарантований своєчасний доступ населенню до послуг вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги належної якості;

ефективне використання бюджетних коштів, що спрямовуються на забезпечення фінансування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;

створення умов для підготовки закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, до функціонування в умовах управлінської та фінансової автономії та надання медичної допомоги в межах договорів про медичне обслуговування населення з головним розпорядником бюджетних коштів.

4. Госпітальні округи створюються на основі критеріїв, встановлених цим Порядком, та діють відповідно до примірного положення, яке затверджується МОЗ.

5. Створення госпітальних округів здійснюється на основі поєднання таких принципів:

безпечність та якість медичної допомоги на основі доказової медицини;

своєчасність доступу до медичної допомоги;

економічна ефективність — забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання бюджетних коштів.

6. Створення госпітальних округів здійснюється з урахуванням:

належного робочого навантаження для закладів охорони здоров'я, що сприяє забезпеченню рівня безпеки та якості медичної допомоги;

дотримання норм часової доступності необхідної медичної допомоги;

поточних демографічних показників, структури захворюваності, тенденцій міграції населення, а також їх прогнозу;

усталених клінічних маршрутів пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу;

інституційної спроможності прийняття управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я, у тому числі рішень щодо перепрофілювання існуючих закладів охорони здоров'я або їх подальшої спеціалізації.

Критерії визначення складу та меж госпітального округу

7. Госпітальні округи створюються Кабінетом Міністрів України в межах Автономної Республіки Крим, області.

8. До складу госпітального округу входять не менше однієї багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого та/або другого рівня та інші заклади охорони здоров'я.

9. Об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, затверджується МОЗ.

10. Оснащення закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, здійснюється відповідно до примірних табелів матеріально-технічного оснащення, що затверджуються МОЗ.

11. Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб.

12. Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб.

Процедура визначення складу, меж та зони обслуговування госпітального округу

13. Склад, межі та зона обслуговування госпітального округу повинні бути визначені таким чином, щоб жителі, які проживають у його межах, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у межах свого госпітального округу.

14. Центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, в якому розміщена багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня.

Центром госпітального округу може бути населений пункт, що географічно є найближчим до центру округу, де розташована багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування.

15. Зона обслуговування госпітального округу визначається своєчасністю прибуття до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, що не повинно перевищувати 60 хвилин, та повинна бути еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям.

Зона обслуговування може бути меншою за відсутності шляхів сполучення чи особливостей рельєфу, які суттєво ускладнюють комунікації (ріки без мостів, гори).

16. Якщо за межами зон обслуговування госпітальних округів, визначених відповідно до пункту 15 цього Порядку, проживає понад 120 тис. жителів, то на таких територіях створюється госпітальний округ навколо населеного пункту, де розташована багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня, як правило, в центрі такого округу.

17. Якщо за межами зон обслуговування госпітальних округів, визначених відповідно до пункту 15 цього Порядку, проживає менш як 120 тис. жителів, то такі території повинні бути віднесені до сусідніх госпітальних округів.

18. Межі госпітальних округів повинні проходити, як правило, посередині між центрами госпітальних округів. Зазначені межі можуть зміщуватися за межі зон обслуговування, визначених у пункті 15 цього Порядку, залежно від основних клінічних маршрутів пацієнтів до закладів охорони здоров'я.

**ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ
про госпітальний округ****I. Загальні положення**

1. Це Примірне положення (далі – Положення) визначає загальні організаційні та процедурні засади діяльності госпітальних округів, а також права і обов'язки органів влади, що здійснюють співробітництво у межах госпітального округу.
2. Метою створення госпітальних округів є сприяння організації та функціонуванню мережі закладів охорони здоров'я у спосіб, що дозволить забезпечити якість і своєчасність надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню, ефективне використання бюджетних коштів.
3. Терміни, що вживаються у цьому Положенні, застосовуються у значенні, визначеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я, постанові Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 932 "Про затвердження Порядку створення госпітальних округів".
4. Госпітальний округ не є окремим організаційно-правовим рівнем організації виконавчої влади, окремою юридичною особою чи суб'єктом господарювання і створюється на основі критеріїв, встановлених Порядком створення госпітальних округів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 932, Кабінетом Міністрів України в межах Автономної Республіки Крим, області.
5. Учасниками госпітального округу є міські (міст обласного значення), районні ради та ради об'єднаних територіальних громад (далі – ОТГ), що здійснюють співробітництво у сфері охорони здоров'я.
6. Учасники госпітального округу у своїй діяльності керуються Конституцією, Господарським та Бюджетним кодексами України, законами України, іншими нормативно-правовими актами з питань охорони здоров'я та цим Положенням.

II. Госпітальна рада госпітального округу

7. Для визначення проблемних питань, координації дій, розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального

округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також щодо організації та функціонування медичної допомоги в госпітальному окрузі створюється Госпітальна рада.

Госпітальна рада є дорадчим органом, створеним учасниками госпітального округу для визначення проблемних питань, координації дій, розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також щодо організації та фінансування медичної допомоги в госпітальному окрузі.

8. До повноважень Госпітальної ради належать вироблення пропозицій для їх затвердження учасниками госпітального округу щодо:

- трансфертів між бюджетами учасників госпітального округу для фінансування програм вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- багаторічного плану розвитку госпітального округу згідно з вимогами, встановленими Розділом III цього Положення;
- реорганізації і перепрофілювання закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в межах госпітального округу;
- визначення перспективних закладів охорони здоров'я;
- призначення та звільнення керівників закладів охорони здоров'я комунальної власності, що знаходяться в межах госпітального округу;
- інших питань, визначених рішеннями учасників госпітального округу, які належать до компетенції органів місцевого самоврядування щодо, забезпечення надання медичної допомоги в госпітальному окрузі.

9. Членами Госпітальної ради є представники міст обласного значення, районів, ОТГ, делеговані для роботи у складі Госпітальної ради рішенням відповідних місцевих рад.

10. Госпітальна рада утворюється за ініціативою Ради міністрів Автономної Республіки Крим, відповідної обласної, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій або одного з учасників госпітального округу.

11. Госпітальна рада вважається сформованою, якщо рішення про делегування членів до її складу ухвалило не менше половини учасників госпітального округу і якщо кількість делегованих членів Госпітальної ради становить не менше від двох третин загальної кількості її членів, визначеної згідно з пунктом 13 цього Положення.

12. Госпітальна рада виконує свої повноваження до наступних чергових виборів рад учасників госпітального округу.

13. Кількість членів Госпітальної ради від кожного його учасника визначається за такою формулою:

$$Li = 1 + S \times Ni / N$$
, де:

Li – кількість членів Госпітальної ради від i -ї адміністративно-територіальної одиниці (району, міста обласного значення, ОТГ);

S – загальна кількість адміністративно-територіальних одиниць (районів, міст обласного значення, ОТГ), що входять до госпітального округу;

Ni – кількість жителів в i -й адміністративно-територіальній одиниці (районі, місті, ОТГ), встановлена для розрахунків міжбюджетних трансфертів з державного бюджету;

N – загальна кількість жителів в госпітальному окрузі.

Представництво від районної ради в районі, територія якого повністю покривається ОТГ, в госпітальній раді відсутнє.

Загальна кількість членів Госпітальної ради визначається за формулою:

$$L = 2 \times S$$
.

14. У разі створення в межах госпітального округу нової ОТГ, рада такої ОТГ набуває статусу учасника госпітального округу у випадку і з моменту, якщо бюджет такої ОТГ отримує міжбюджетні трансферти з Державного бюджету України. У цьому разі склад Госпітальної ради відповідного госпітального округу переглядається згідно з вимогами пункту 13 цього Положення з метою врахування змін у кількості адміністративно-територіальних одиниць госпітального округу та розподілу населення між ними.

15. Госпітальну раду очолює голова, який обирається з числа членів ради на її першому засіданні.

За поданням голови Госпітальної ради з числа її членів обираються заступник голови та секретар Госпітальної ради на строк її повноважень.

Голова Госпітальної ради звільняється членами Госпітальної ради.

16. Організаційна діяльність Госпітальної ради забезпечується головою Госпітальної ради, якщо інше не встановлено Госпітальною радою.

17. Формою роботи Госпітальної ради є засідання, що проводяться за ініціативою третини членів госпітальної ради чи відповідної обласної державної адміністрації.

Засідання Госпітальної ради веде її голова, а за його відсутності – заступник або інший призначений ним (нею) член Госпітальної ради.

Засідання проводиться в адміністративному

центрі, визначеному за назвою госпітального округу, а в разі, якщо він не визначений, – в іншому населеному пункті за ініціативою того, хто ініціює таке засідання.

Засідання Госпітальної ради вважається правомочним і таким, що відбулося, якщо на ньому присутня більш ніж половина його членів. На засіданні Госпітальної ради мають право бути присутніми представники обласної державної адміністрації з правом дорадчого голосу.

Перше засідання Госпітальної ради ініціюється відповідною обласною державною адміністрацією протягом двох тижнів з моменту її формування відповідно до цього Положення.

У разі, якщо перше засідання Госпітальної ради не було ініційоване відповідною обласною державною адміністрацією в зазначений термін, з відповідною ініціативою може виступити будь-яка місцева рада з числа учасників даного госпітального округу.

18. Госпітальна рада приймає свої акти у формі пропозицій для їх затвердження відповідними радами учасників госпітального округу. З питань організації діяльності Госпітальної ради Госпітальна рада приймає акти у формі рішення.

Пропозиції та рішення Госпітальної ради вважаються схваленими, якщо за них проголосувала більш як половина присутніх на її засіданні членів Госпітальної ради. У разі рівного розподілу голосів, вирішальним є голос головуючого на засіданні.

Член Госпітальної ради, який не підтримує пропозиції та рішення, може викласти у письмовій формі свою окрему думку, що додається до протоколу засідання.

19. Пропозиції та рішення фіксуються у протоколі засідання, який підписується головою та секретарем Госпітальної ради у двох примірниках, один з яких надсилається до структурного підрозділу з питань охорони здоров'я (Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласної, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій).

У протоколі має бути зазначено:

- дата, місце та час проведення засідання; прізвище, ім'я, по батькові присутніх членів;
- питання, винесені на голосування, і підсумки голосування з цих питань;
- пропозиції та внутрішні організаційні рішення, ухвалені Госпітальною радою.

20. Організаційне, інформаційне, матеріально-технічне забезпечення діяльності Госпітальної ради забезпечує виконавчий орган ради адміністративного центру, визначеного за назвою госпітального округу, а в разі, якщо він не визначений – Радою міністрів Автономної Республіки Крим, відповідною обласною, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями.

21. Повноваження членів Госпітальної ради закінчуються у зв'язку із закінченням терміну повноважень ради відповідної адміністративно-територіальної одиниці, за

власною ініціативою члена Госпітальної ради чи відкликом члена Госпітальної ради радою відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

22. З метою аналітичної та технічної підтримки розробки пропозицій та рішень, Госпітальна рада може залучати до своєї діяльності відповідних фахівців, науковців та представників громадськості. Залучення таких фахівців здійснюється на громадських засадах, шляхом фінансування з місцевих бюджетів рад – учасників госпітального округу або за рахунок інших джерел, не заборонених законодавством України.

III. План розвитку госпітального округу

23. Госпітальна рада розробляє багаторічний План розвитку госпітального округу (далі – План розвитку).

План розвитку складається на період до п'яти років (включно), містить щорічні проміжні показники досягнення кінцевих показників результативності і затверджується рішенням місцевих рад – учасників госпітального округу.

24. План розвитку описує цілі та завдання, що повинні бути досягнуті для забезпечення населення госпітального округу медичною допомогою на рівні, що відповідає вимогам, встановленим Міністерством охорони здоров'я України для перспективних закладів охорони здоров'я, принципи та етапи реорганізації мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу з метою приведення їх функціональних потужностей (кадрового потенціалу, технічного оснащення) до рівня зазначених вимог.

25. План розвитку містить такі частини:

- коротку описову частину стратегічного розвитку госпітального округу (мета, аналіз поточної ситуації у сфері діяльності госпітального округу, стратегічні цілі, завдання, їх зв'язок з пріоритетами стратегічного розвитку країни, шляхи реалізації завдань та досягнення стратегічних цілей, очікувані результати);
- опис маршрутів пацієнтів в межах госпітального округу (наводиться у вигляді окремого додатка);
- оптимальний розподіл функцій щодо надання медичної допомоги між учасниками госпітального округу та визначення видів та обсягу медичної допомоги, що має надаватись закладами охорони здоров'я на його території, відповідно до маршрутів пацієнтів в процесі отримання послуг первинної та вторинної медичної допомоги (наводиться у вигляді окремого додатка);
- перелік перспективних закладів охорони здоров'я округу;
- плани розвитку перспективних закладів охорони здоров'я з оцінкою можливих ризиків і оцінкою відповідних інвестиційних потреб (наводяться в розрізі кожного закладу охорони здоров'я у вигляді окремого додатка);
- пропонувані підходи та заходи щодо реорганізації, в тому числі перепрофілювання, за-

кладів охорони здоров'я, функції яких буде поступово переорієнтовано для виконання перспективними закладами охорони здоров'я округу (переобладнання, програми перекваліфікації тощо), а також оцінку фінансових потреб на проведення відповідних заходів; оцінку обсягів коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування викладених в Плані розвитку заходів за рахунок місцевих бюджетів відповідних територіальних громад, недержавних інвестицій, спонсорських та благодійних внесків, коштів міжнародної допомоги та інших джерел (наводиться з розбивкою на кожен рік; прогноз залучення коштів з місцевих бюджетів попередньо узгоджується з виконавчим органом та бюджетною комісією відповідної місцевої ради, про результати узгодження зазначається у плані розвитку; у разі, якщо очікується залучення недержавних коштів, до плану розвитку докладаються відповідні угоди з потенційними спонсорами), а також оцінку додаткової потреби в коштах, яка не може бути покрита з перелічених вище джерел;

- механізми моніторингу та звітування перспективними закладами охорони здоров'я про хід процесу розвитку та поліпшення послуг, що будуть надаватись в процесі розширення їх потужностей, перед іншими учасниками госпітального округу та населенням, що проживає у межах його території.

26. Перспективні заклади охорони здоров'я госпітального округу – заклади охорони здоров'я, обрані рішенням учасників округу з метою поступового розвитку до рівня вимог щодо функціональних потужностей закладів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, встановлених Міністерством охорони здоров'я України.

27. Госпітальна рада щороку проводить аналіз виконання Плану розвитку та звітує про це відповідним радам, органу виконавчої влади, уповноваженому на виконання програми державного медичного страхування, а також населенню відповідних громад.

28. За результатами аналізу виконання Плану розвитку Госпітальна рада пропонує внесення змін та оновлень до цього документа. При цьому внесення змін до очікуваних показників результативності допускається не частіше, ніж один раз на три роки.

29. Після закінчення терміну дії багаторічного Плану розвитку Госпітальна рада готує і подає на затвердження план на наступний багаторічний період.

IV. Фінансування розвитку госпітального округу

30. Джерелом фінансування розробленого госпітальним округом багаторічного плану розвитку можуть бути: місцеві бюджети територіальних громад, недержавні інвестиції, спонсорські та благодійні внески, кошти міжнародної допомоги та інші джерела, не заборонені законодавством України.

ГОСПІТАЛЬНІ ОКРУГИ

ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ? ЯК ПОЯСНИТИ ЗМІНИ СУСПІЛЬСТВУ?

Що таке Госпітальний округ?

Функціональне об'єднання медичних закладів на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) допомоги мешканцям цієї території

Що це означає?

Усі медичні заклади спеціалізованої допомоги в окрузі об'єднуються в єдину мережу. Вони координують свою роботу за медичною функцією, тому це об'єднання зветься функціональним.

Одна або кілька лікарень, обраних мешканцями опору, значно підсилюються. Інші — перепрофілюються.

Навіщо це потрібно?

Перш за все за медичними вимогами, але також є і фінансові причини.

Для того, щоб спеціалізоване лікування було якісним, лікар повинен працювати багато, це медичний факт. Хірург, який робить всього декілька операцій на тиждень, ніколи не зможе робити їх гарантовано якісно — йому просто не буде вистачати практики. Ви й самі розумієте, що хороша лікарня — це лікарня, де багато пацієнтів.

Також ми переходимо на страхову систему фінансування охорони здоров'я. За кожним пацієнтом в лікарню прийде страхова виплата. Тому малозавантаженим лікарням буде завжди не вистачати коштів, лікарі будуть отримувати там значно меншу зарплатню, а в деяких випадках може постати питання, що навантаження лікарні є замалим для безпеки пацієнтів.

І так ще десь роблять?

Взагалі ця модель довела свою високу ефективність у Фінляндії — на 5,5 млн населення та не дуже щільно заселеній території, там діє 20 госпітальних округів. Це в середньому 275 тис. людей в окрузі.

Наприклад, госпітальний округ Гельсінкі та Уусімаа об'єднує



24 муніципалітети та 20 лікарень, більшість з яких розташовані у Гельсінкі.

Є також невеликі госпітальні округи, у яких є лише одна лікарня. Наприклад, в Лапландському госпітальному окрузі тільки одна лікарня інтенсивного лікування.

Тобто, нашу лікарню закриють?

Ні, це заборонено Конституцією. Зараз в Україні є дуже великий запит на медично-соціальні та соціальні послуги. Це реабілітаційні центри, хоспіси, будинки для літніх людей тощо — і для них взагалі немає доступної інфраструктури.

Звичайно, перепрофілювання закладів створює необхідність перекваліфікації їхнього персоналу та соціального захисту для спеціалістів, що змінять працевлаштування.

То що з нею буде?

Лікарні належать саме громадам. Госпітальні округи потрібні для координації роботи медичних закладів, але ж все майно залишається у власності громад і остаточні рішення будуть приймати саме громади.

Скільки буде округів?

Близько 100 округів. Таким чином, в кожній області буде від 3 до 5

Госпітальних округів залежно від кількості та щільності населення.

Як вони будуть влаштовані?

Госпітальний округ може покривати територію з кількістю мешканців від 200 тисяч до 1,5 млн людей. Як виняток, при низькій щільності допускається створення Госпітального округу із населенням від 120 тис. осіб.

В склад кожного округу входить принаймні одна багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування та інші медзаклади — спеціалізовані лікарні, діагностичні, реабілітаційні центри, хоспіси.

Час доїзду до лікарні інтенсивного лікування з будь-якої точки округу не може перевищувати 60 хвилин. Тобто радіус зони обслуговування — приблизно 60 км.

Адміністративним центром госпітального округу визначається населений пункт, в якому розміщена багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Як правило, це місто з населенням понад 40 тис. осіб.

Як конкретно буде влаштований Госпітальний округ, вирішує Госпітальна рада

Навіщо потрібні Госпітальні ради?

Для того, щоб інтереси всіх мешканців округу були враховані.

Госпітальна рада — це дорадчий орган та майданчик для перемовин, створений учасниками Госпітального округу для визначення проблем

та координації дій, організації та фінансування медичної допомоги.

Членами госпітальної ради є представники міст обласного значення,

районів, ОТГ, делеговані рішенням своїх місцевих рад пропорційно до чисельності населення.

Я зможу використовувати тільки лікарні нашого Госпітального округу?

Звичайно ні, вас ніхто не може обмежити в виборі медичного

закладу. Але в житті бувають ситуації, коли лікарня потрібна вам поруч і зараз. Мета створення

Госпітальних округів — зробити так, щоб з будь-якої точки країни де живуть люди, можна було дістатися до якісної лікарні інтенсивного лікування максимум за годину.

ФОРМУВАННЯ ОКРУГІВ

План формування:

1. Конкретні межі округів пропонують обласні державні адміністрації, виходячи з технічних критеріїв формування округу — кількість мешканців, розміри, мінімальне навантаження лікарні тощо. (постанова КМУ «Порядок утворення госпітальних округів»)
2. Кабінет Міністрів України затверджує межі та склад кожного округу.
3. Створюється Госпітальна рада з представників міст обласного значення, районів та ОТГ пропорційно до чисельності населення.
4. Госпітальна рада формує план розвитку округу на 5 років.
5. Спільний план мають схвалити всі члени округу: кожна районна, міська рада та ради ОТГ.

Що потрібно для плану розвитку округу:

- вирішити, скільки і яких медзакладів буде в окрузі
- вирішити, які медзаклади будуть додатково оснащені та посилені кадрами, а які перепрофільовані
- побудувати маршрути доїзду пацієнтів до медзакладів
- прорахувати інвестиційні потреби для втілення багаторічного плану — скільки для цього потрібно коштів

Де взяти гроші?

ОТРИМАТИ ІНВЕСТИЦІЙНУ СУБВЕНЦІЮ ВІД УРЯДУ НА ПІДСИЛЕННЯ ТА ПЕРЕПРОФІЛЮВАННЯ

Уряд вирішив виділити інвестиції на закупівлю обладнання та підсилення лікарень — і ці кошти підуть тим закладам, в яких очікується великий потік пацієнтів.

Також уряд виділяє інвестиції на перепрофілювання лікарень.

Щоб отримати ці інвестиції, Госпітальна рада повинна буде домовитись про те, як будуть розвиватися медичні заклади в Госпітальному окрузі і зафіксувати це в своєму багаторічному плані.



максимальний час доїзду до інтенсивного лікування



термін дії плану розвитку госпітального округу

(визначає кількісний склад медзакладів в окрузі, маршрут пацієнта, перспективні медзаклади і ті, що підлягають реорганізації)



ГОСПІТАЛЬНА РАДА

Дорадчий орган, рішення якого ухвалюються місцевою владою
Складається з представників кожного міста обласного значення, району та ОТГ госпітального округу пропорційно до чисельності їх населення.



ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

I рівня — 120 тис пацієнтів
II рівня — 200 тис пацієнтів





МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНЕ СОЛІДАРНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ: ЩО ЗМІНЮЄТЬСЯ ТА ЯК ВЗЯТИ ВІД РЕФОРМИ МАКСИМУМ?

Система охорони здоров'я змінюється вперше за десятки років.

Головна зміна на рівні закладів та місцевого самоврядування — перехід на контрактні відносини та розширення можливостей.

Зараз медичні заклади можуть робити тільки те, що їм прямо дозволено.

Після автономізації, яку може провести місцева влада, медзаклади стануть неприбутковими комунальними підприємствами і зможуть робити все, що не заборонено законодавством.

То що потрібно знати про ці зміни, та як представникам місцевого

самоврядування, лікарям та керівникам медзакладів взяти максимум від можливостей реформи?

ЯК Є ЗАРАЗ:

Можна тільки те, що дозволено бюджетному закладу

Нормативи по ставках, тарифна сітка

Обмежене використання інфраструктури

Фактична заборона немедичних послуг

Необхідність робити все на своїй інфраструктурі

Призначення головних лікарів

Утримання закладу

Фінансування тільки державних та комунальних медичних закладів

Постатейне бюджетне фінансування

Субвенція в місцевий бюджет на «проживаючих в зоні обслуговування»

Територіальна прив'язка

Фактичне прийняття готівки лікарями

ЯК БУДЕ:

Можна все, що НЕ заборонено комунальному підприємству

Вільний ринок праці та встановлення зарплат

Вільне перепрофілювання з виконанням рамкових вимог

Легальне надання додаткових послуг

Можливість контракувати субпідрядників

Місцева процедура відбору директора КП

Страхові виплати за громадян

Контрактування медзакладів будь-якої форми власності та лікарів-ФОПів

Закупівля послуг для громадян на довгостроковий термін

Виплати напряму медзакладам за підтримку конкретних людей

Вільний вибір медзакладів та лікарів громадянами

Розрив контракту за прийняття готівки

ЩО ПОТРІБНО ЗРОБИТИ ЗАЗДАЛЕГІДЬ?

Автономізувати медичний заклад вашої громади

Рішенням місцевої ради бюджетний медичний заклад перетворюється на комунальне неприбуткове підприємство.

Для того, щоб процес йшов без проблем, рекомендуємо заздалегідь залучити медичний персонал та керівництво закладів, які автономізують, до створення спільного плану.

Перейти на пряме фінансування

Автономні медзаклади та лікарі-ФОПи зможуть підписати контракт з Національною службою здоров'я України та отримувати страхові виплати (на первинці — з середини 2017-го року).

Пояснювати зміни громадянам

Вперше за 25 років держава почне адресні виплати в системі охорони здоров'я.



Хто і чому протистоїть медичній реформі?

Реформа охорони здоров'я торкнеться всієї медичної галузі – від освіти до фармринку, повністю зруйнує стару філософію відносин між лікарем та пацієнтом, вдарить по лобістах, які захищають тіньові потоки, та викличе спротив "споживачів" бюджетних коштів за ліжко-місця. Про це заявив заступник міністра охорони здоров'я Павло Ковтонюк, коментуючи питання хто виграє/програє від медичної реформи та чи очікувати спротиву змінам.

Напередодні винесення відповідних законопроектів на розгляд парламенту він, зокрема, зазначив: **"Будь-які зміни завжди лякають, і це нормальна реакція людей на реформу. Однак її подальше зволікання призводитиме до того, що чисельність українців й надалі скорочуватиметься, про що свідчать демографічні показники. За даними офіційної статистики, за 25 років незалежності населення України скоротилося на понад 9 млн осіб, дитяче – зменшилось майже вдвічі і сьогодні становить 7,6 млн. У цій сумній статистиці не останню роль відіграє неефективна система охорони здоров'я".**

Павло Ковтонюк розповів як реформа вплине на галузь. Так, впровадження оплати за конкретну медичну послугу або пролікований випадок знищить хабарі в конвертах, які пацієнти зараз платять всім – від санітарки до головного лікаря. **"Між лікарем та пацієнтом не буде готівкових розрахунків і хворого на каталці не питатимуть чи є у його родичів гроші, аби заплатити за операцію"**, – зазначив заступник міністра.

Використання європейських протоколів лікування, у свою чергу, знищить таке поняття як "поліпрагмазія", коли пацієнту

виписували надмірну і непотрібну кількість ліків.

Впровадження референтних цін на ліки суттєво вплине на їх вартість та унеможливить "накрутки", коли ціна одного й того ж препарату в Україні вища, ніж, наприклад, у Польщі. А закупівля ліків через міжнародні організації знищить корупцію на тендерах.

Окремо масштабні зміни торкнуться інфраструктури галузі у зв'язку з підсиленням одних лікарень та перепрофілюванням інших.

За всіма згаданими сферами стоять великі фінансові потоки. Тож, реформа матиме широке коло противників в особі: хабарників в лікарнях та медуніверситетах, фармацевтичних лобістів та несумлінних дистриб'юторів, функціонерів, які утримували стіни і ліжка, депутатів, які не хочуть робити непопулярні кроки і ховаються за риторикою про недосконалість законопроектів чи неідеальність розрахунків.

До тих, хто виграє від реформи належать: звичайні лікарі, які сумлінно роблять свою роботу та зарплата яких тепер залежатиме від кількості пацієнтів; молоді лікарі, які отримають європейську освіту; аптечний та фармацевтичний бізнес, які готові до чесної роботи на ринку; всі українці, які не будуть нести необґрунтовані витрати на ліки та медпослуги.

ЧОМУ МЕДИЧНУ РЕФОРМУ НАМАГАТИМУТЬСЯ ДИСКРЕДИТУВАТИ?



Європейські вимоги до медичної освіти



БУДЕ ЗНИЩЕНО
хабарництво
в навчальних
закладах



ПРОГРАЮТЬ
викладачі-хабарники,
студенти-ледарі



ВИГРАЮТЬ
молоді лікарі, які отримують європейську освіту та будуть конкурентоздатними на ринку праці

ЧОМУ МЕДИЧНУ РЕФОРМУ НАМАГАТИМУТЬСЯ ДИСКРЕДИТУВАТИ?



Закупівлі ліків міжнародними організаціями



БУДЕ ЗНИЩЕНО
корупційні схеми
в тендерах



ПРОГРАЮТЬ
фармацевтичні
лобісти



ВИГРАЮТЬ
держава, що фінансує
програми лікування,
та пацієнти, які зможуть
отримати більше ліків

ЧОМУ МЕДИЧНУ РЕФОРМУ НАМАГАТИМУТЬСЯ ДИСКРЕДИТУВАТИ?



Європейські протоколи лікування



БУДЕ ЗНИЩЕНО
надмірне виписування
дорогих непотрібних
ліків та неефективне
лікування



ПРОГРАЄ
«фармацевтична
мафія»



ВИГРАЮТЬ
лікарі, які отримують чітке
і зрозуміле керівництво до дії,
та пацієнти, що заощадять
на «фуфломіцинах» і будуть
здоровішими

ЧОМУ МЕДИЧНУ РЕФОРМУ НАМАГАТИМУТЬСЯ ДИСКРЕДИТУВАТИ?



Створення госпітальних округів



БУДЕ ВИЯВЛЕНО
«лікарні-привиди»
з неякісними
послугами



ПРОГРАЮТЬ
колишні функціонери,
що «утримували стіни
та ліжкомісця»



ВИГРАЮТЬ
пацієнти та лікарі,
які отримують оптимальну
та якісну мережу медичних
закладів у кожному регіоні,
кожній громаді

ЧОМУ МЕДИЧНУ РЕФОРМУ НАМАГАТИМУТЬСЯ ДИСКРЕДИТУВАТИ?



Референтні ціни на ліки



БУДЕ ЗНИЩЕНО
спекуляції на ринку
ліків, неконтрольовані
«накручування»
вартості



ПРОГРАЮТЬ
«аптечна мафія»
та несумлінні
дистриб'ютори



ВИГРАЮТЬ
усі українці, які не матимуть
необґрунтованих витрат,
і готовий до чесної роботи
аптечний бізнес

ЧОМУ МЕДИЧНУ РЕФОРМУ НАМАГАТИМУТЬСЯ ДИСКРЕДИТУВАТИ?



Оплата медпослуги або пролікованого випадку



БУДЕ ЗНИЩЕНО
систему, що стимулює
пацієнтів давати хабарі
в конвертах



ПРОГРАЮТЬ
хабарники
в медичних
закладах



ВИГРАЮТЬ
сумлінні лікарі, зарплата
яких залежатиме
від якості роботи

Онлайн-медицина: що таке "eHealth"?



Система eHealth в Україні має замінити стоси паперів на електронний ресурс, яким зможуть користуватися і лікарі, і пацієнти

Записатися до лікаря на прийом, перевірити наявність ліків у медзакладах чи аптеках, отримати рецепт на препарат – скоро це все можна буде зробити, не виходячи з дому.

Єдина електронна система охорони здоров'я eHealth має замінити стоси паперів на електронний ресурс, яким зможуть користуватися і лікарі, і пацієнти.

Уляна Супрун, в.о. міністра охорони здоров'я, заявила на презентації, що перші складові eHealth запрацюють на первинній ланці з 1 липня 2017 року.

"Ми знаємо, що більшість приватних клінік, у які держава не втручається, вже мають електронні системи. Запуск демо-версії перших складових eHealth – це реєстр медустанов, лікарів і пацієнтів. Угоди між лікарем і пацієнтом ми і будемо проводити в електронному вигляді", – голова проектного офісу eHealth Юрій Бугай.

Спочатку будуть зареєстровані медичні заклади, потім – лікарі, зокрема й ті, хто вирішили працювати як ФОП (фізич-

на особа підприємець). Наступний крок – підписання угоди між лікарем і пацієнтом. Саме на цьому етапі в базу вноситиметься основна інформація про пацієнта: прізвище, ім'я, по-батькові, дата народження.

Розробники також рекомендують вказувати контактний телефон та електронну пошту, щоб отримати код авторизації у вигляді смс. Це дасть можливість переконатися, що один пацієнт зареєстрований лише раз. Якщо ж пацієнт не матиме електронної пошти чи телефону, аби внести ці дані самостійно, лікар йому допоможе.

Для того, щоб користуватися eHealth, лікареві потрібен електронний підпис, який він може отримати у Державній фіскальній службі.

Пацієнт електронний цифровий підпис не отримає, але у кожного пацієнта буде номер, так само як і у лікаря, закладу, таблетки, у процедури, причини звернення, діагнозу... Так працює eHealth. Зараз це будуть лікарі, пацієнти, заклади і дого-

вори. Це мінімум, який потрібен, щоб цю базову функцію запису пацієнта до лікаря запустити.

Кожен пацієнт отримає унікальний ідентифікатор (додатково до тих, що вже є у людини), за допомогою якого зможе користуватися eHealth:

Влітку 2017-го року планують запустити систему електронних рецептів. Це спростить отримання препаратів за рецептом та підтримає пілот із реімбурсації. Наступний етап – реєстри аптек, ліків, направлення на діагностику.

В eHealth також буде сторінка зі статистикою, де можна відстежити укладання угод лікаря з пацієнтом. Які регіони першими почнуть працювати з електронною системою, поки не відомо, адже вони самі мають виступити з ініціативою.

Сьогодні вже існує чимало медичних ресурсів, створених окремими лікарнями або ж громадськими організаціями

Юрій Бугай запевняє, що залежно від можливостей та пріоритетів розвитку eHealth, в систему будуть інтегрувати доступні рішення та ресурси. *Запис на прийом до лікаря через Інтернет – це сервісне питання, а не опція без якої не можна існувати. Не можна працювати без реєстру пацієнтів і лікарів, і ми над цим працюємо. Сьогодні є маса сервісів, які*

дозволяють записуватися до лікарів на прийом онлайн. І не треба було наказу МОЗ, щоб вони з'явилися.

Для координації роботи створили спеціальний Проектний офіс, який очолив представник "Transparency International" Юрій Бугай. До цього офісу увійшли понад 180 людей: розробники інформаційних систем, представники пацієнтів, лікарів та державних органів. Усі вони – волонтери.

"Transparency International" та "Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД" розділили обов'язки. Перша відповідає за розробку та тестування елементів системи, юридичний супровід, комунікацію, технічну підтримку.

Безпека даних пацієнта – одна з ключових вимог до eHealth. Оскільки у системі з'являтиметься щоразу більше інформації, то рано чи пізно там будуть дані про стан здоров'я, діагноз, аналізи, відвідування того чи іншого лікаря, рецепти ліків, які призначатимуться пацієнтові. Тобто вся чутлива інформація, яка має бути належним чином захищена.

Повну конфіденційність пацієнтам гарантує Конституція України, Цивільний та Кримінальний кодекси, а також закони "Про захист персональних даних" і "Про доступ до публічної інформації"

Уляна Супрун, в.о. міністра охорони здоров'я, заявила на презентації, що перші складові eHealth запрацюють на первинній ланці з 1 липня 2017 року.



Конституція України: "не допускається збирання, зберігання, використання і поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини".

Цивільний кодекс України ст. 285-286: "фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні. Також, забороняється вимагати та подавати інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи за місцем роботи або навчання".

Кримінальний Кодекс України ст. 145: "Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів [...] або громадськими роботами [...], або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років".

За словами керівника Проектного офісу Юрія Бугая, до роботи вже залучені спеціалісти з безпеки даних, ведуться перемовини не лише з українськими фахівцями, а й з міжнародними експертами.

Інформацію про пацієнта зможуть отримати не всі. У майбутньому, коли проект розшириться і туди потраплять медичні

картки пацієнтів, розробники планують, що відповідний учасник – лікар, Національна служба, МОЗ – матиме доступ лише до тієї частини інформації, яка йому потрібна для роботи.

Впровадження єдиної електронної системи торкнеться всіх лікарів, передусім тих, хто працює на первинній ланці.





КРОК 1

ОТРИМАТИ ЕЛЕКТРОННИЙ ЦИФРОВИЙ ПІДПИС (ЕЦП)

- ЕЦП від суб'єкта господарювання для керівника закладу, головного бухгалтера чи керівника відділу кадрів закладу.
- ЕЦП фізичних осіб для лікарів та інших користувачів (не стосується лікарів ФОП за умови, що керівник та лікар це одна особа – лікар використовує ЕЦП суб'єкту господарювання).



КРОК 2

ЗАБЕЗПЕЧИТИ ТЕХНІЧНЕ ОСНАЩЕННЯ РОБОЧОГО МІСЦЯ ТА ЗАКЛАДУ В ЦІЛОМУ (КОМП'ЮТЕР, ІНТЕРНЕТ)



КРОК 3

ВИБРАТИ ТА ПІДКЛЮЧИТИ МЕДИЧНУ ІНФОРМАЦІЙНУ СИСТЕМУ (МІС)

- Усі необхідні базові функціональні продукти для роботи з Центральним компонентом eHealth будуть надаватися **безкоштовно**.

ЯК ЗАРЕЄСТРУВАТИ ЗАКЛАД В ЕЛЕКТРОННІЙ СИСТЕМІ?

Через інтерфейс Медичної інформаційної системи, що була заздалегідь обрана, керівник закладу (КЗ) починає процес реєстрації закладу:

1

Обирає тип закладу (бюджетна/приватна власність)

2

Вводить дані про заклад (Код ЄДРПОУ, Організаційно - правова форма, Повна назва, Скорочена назва (за наявності), Публічна назва (якщо відрізняється), Види діяльності (КВЕД), Місце реєстрації, Фактичне місцезнаходження)

3

Вводить свої персональні дані, контакти закладу (номер телефону та email)

4

Вказує відокремлені підрозділи

5

Державна акредитація (категорія, дата видачі, термін дії, дата, номер наказу МОЗ)

6

Ліцензія (серія, номер, дата видачі та термін дії)

7

КЗ підписує Електронним цифровим підписом (ЕЦП)

ЯК ЗАРЕЄСТРУВАТИ ЛІКАРЯ У ЕЛЕКТРОННІЙ СИСТЕМІ?

1

Керівник закладу (КЗ) зареєстрував заклад, пройшов верифікацію та отримав на e-mail посилання для логіну та паролю.

2

На вказаний e-mail Відповідальна особа отримує посилання для логіну та паролю по входу у систему.

3

Відповідальна особа підписує Електронним цифровим підписом (ЕЦП) ВАЖЛИВО інформацію можна ввести вручну або скопіювати з програми управління кадрами (наприклад Медичні кадри)

4

Лікар входить в систему та отримує можливість реєструвати декларації

5

КЗ назначає ролі та вводить інформацію про бухгалтера та представника відділу кадрів закладу (далі - "відповідальна особа").

6

Відповідальна особа входить у систему через інтерфейс МІС. Назначає ролі та вводить інформацію про:
- лікарів закладу, які надають ПМД
- інший персонал, який буде користувачами системи для роботи з формами декларацій (реєстратори, медсестри, фельдшери закладу тощо)

7

На вказані e-mail лікарі та інший персонал, що внесені в систему, отримують посилання для логіну та паролю по входу у систему.

8

Реєстрація декларації. Лікар або інший персонал вводить в систему в інформацію про пацієнта та роздруковує копію для підписання пацієнтом.

Важливо

Внутрішній номер декларації обраного лікаря формується автоматично.

Верифікація пацієнта

1 варіант Миттєва верифікація. СМС-повідомлення на зазначений номер мобільного телефону.

2 варіант Віддалена верифікація. Надання скан/фото-копії документів пацієнта (паспорту у формі книжки або у формі картки, облікової картки платника податків - ІПН)."

Навіщо потрібна електронна система охорони здоров'я?

Мета впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) - щоб всі відносини в охороні здоров'я відбувались без паперу, щоб лікар займався лікуванням пацієнтів, а не заповненням численних "папірців".

Що це дасть лікарям? Це в разі спростить їм звітність і зменшить кількість заповнення паперів. Адже зараз вони вручну заповнюють десятки форм. В майбутньому в комп'ютер вводитимуть лише дані про конкретного пацієнта, всі форми звітності будуть генеруватися автоматично. Лікар приділятиме більше уваги пацієнтам і для останніх буде багато додаткових сервісів. Через інтернет можна буде обрати лікаря, подивитись свою медичну картку, свої аналізи. На приватному ринку така практика вже є, а дуже скоро це буде доступним для кожного на рівні всієї держави.

Що це дасть державі? найважливіше - це прозорість і облік. Буде видно куди йдуть гроші, на які послуги, на яких пацієнтів. Буде видно скільки кожна копія створює здоров'я. На жаль, сьогодні гроші виділяються на лікарні, а хто як кого пролікував - не відомо. Гарним прикладом дії електронної звітності є досвід Одеси. Там зробили дуже просту річ - почали заповнювати онлайн перелік ліків, що є в лікарнях. Ефект був фантастичний. Вони просто винесли на світло статистику. Це стимулювало повністю змінити поведінку і дуже сильно знизити корупцію. Ліки, які зараз закуповує держава на паперах нібито десь є, але ніхто реально не знає де і скільки цих ліків, і пацієнт не може це перевірити. А тепер все це онлайн і можна побачити який препарат є, скільки штук його залишається в лікарні. Коли це буде все на рівні країни і не лише по ліках, а й по всіх медичних послугах, ми матимемо хороший ефект.

Що таке електронна системи охорони здоров'я (eHealth)?

eHealth - це електронна система, яка складається з Центрального Компонента і Медичної Електронної Системи (MIC).

Центральний компонент містить реєстри медичних установ, лікарів, пацієнтів, а також необхідною інформацією про них. Централізоване зберігання даних дозволить лікарю і пацієнту побачити всі дані пацієнта, включаючи різні аналізи і огляди різних фахівців, незалежно від того в якому лікувальному закладі / місті / селі ... вони були зроблені. Так само центральний компонент забезпечить можливість формування всіх статистичних даних автоматично, що зніме з лікаря роботу по веденню та заповненню численних журналів.

Медична Електронна Система (MIC) - це різні електронні системи, якими вже зараз успішно користуються приватні і деякі державні медичні установи. Вони забезпечують зручність роботи з пацієнтами та їх даними на місцях (для лікарів, головних лікарів, адміністраторів, пацієнтів). Наприклад, вони дозволять уникнути черг в поліклініках, дадуть можливість записатися на прийом через інтернет, зменшать обсяги того, що лікар

повинен писати (містять шаблони різних документів)...

Центральний компонент - один для всієї України. MIC кожна поліклініка (або лікар ФОП) вибирають на свій розсуд. Ту, яка більше відповідає їх вимогам. MICи збирають інформацію з різних медустанов і, ту її частину, яка повинна зберігатися на центральному рівні, передають на зберігання в центральний компонент. Лікар може побачити всю інформацію про свого пацієнта з центрального компонента незалежно від того з якою MIC він працює.

Хто і як буде фінансувати створення eHealth?

Зараз це відкрита платформа, всі в кого є бажання може докластись і фінансово, й інтелектуально. Є підписаний меморандум про започаткування відкритої ініціативи, є створений майданчик між громадськістю, IT-виробниками, та міжнародними організаціями. Продукт розробляється на абсолютно відкритій основі. В майбутньому може бути створений фонд з наглядовою радою, Тож, всі процеси прозорі, а всі бажаючі можуть долучатись до роботи.

Коли запровадять eHealth?

Електронна система охорони здоров'я (eHealth) буде запроваджуватися поетапно. Етапи створення електронної системи охорони здоров'я залежать від рішень, прийнятих в Міністерстві Охорони Здоров'я (МОЗ). Зараз громадська ініціатива, яка створює eHealth синхронізувала етапи створення eHealth з планами МОЗ.

Перший етап буде впроваджений влітку 2017. На першому етапі центральний компонент буде надавати можливість зберігати на центральному рівні реєстр медичних установ, реєстр лікарів, реєстр пацієнтів, а так само договора і декларації, укладені між ними.

Які етапи плануються в запровадженні eHealth?

МОЗ починає зміни з первинної ланки (сімейні лікарі, терапевти, педіатри), з того, що змінюється система оплати лікарів первинної ланки. Тепер лікар буде отримувати гроші залежно від кількості пацієнтів, яких він обслуговує. Лікар, у якого багато пацієнтів отримуватиме більше, ніж лікар, який обслуговує менше кількість пацієнтів. У лікаря з'являється можливість заробляти більше, набираючи більшу кількість пацієнтів і ще більше, якщо лікар піде з поліклініки і буде працювати як фізична особа підприємця (ФОП).

Відповідно до цього і електронна система eHealth на першому етапі почне забезпечувати електронізацію роботи первинної ланки. Перша версія, яка почне працювати в липні 2017 року, буде надавати можливість реєструвати і зберігати реєстри медичних закладів, лікарів первинної ланки (сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів) і пацієнтів. Так само вона буде надавати можливість реєструвати договори між медичними установами / лікарями ФОП

і Центром Національної Служби Здоров'я України (НЦСЗУ), і реєструвати декларації між лікарем і пацієнтом. На основі цих договорів і декларацій НСОЗ буде перераховувати гроші медичним установам і лікарям ФОП.

Далі медична електронна система eHealth буде розширюватися і на другому етапі буде надавати можливість вести електронну медичну картку пацієнта, виписувати електронні рецепти, підтримувати реімбурсації (повернення грошей аптеці за безкоштовно видані пацієнтові ліки, повернення грошей лабораторії за безкоштовно зроблені аналізи ...), автоматично формувати різні статистичні звіти ...

На третьому етапі буде забезпечуватися електронізація роботи вузьких спеціалістів і госпітальний сегмент. Тобто впровадження буде поступовим.

Хто зобов'язаний забезпечити лікарів первинної ланки комп'ютерами?

За організацію забезпечення лікарів в поліклініці відповідає головний лікар. Він зацікавлений якомога швидше забезпечити лікарів комп'ютерами та інтернетом. Тому що в 2018-му році поліклініка почне отримувати з бюджету гроші в залежності від кількості зареєстрованих в eHealth декларацій між лікарем і пацієнтом. Якщо головлікар не забезпечить сімейних лікарів, педіатрів і терапевтів поліклініки комп'ютерами, то заклад не отримає грошей на їх фінансування.

У якому порядку буде проходити комп'ютеризація регіонів? Яке місто / область буде першим?

Немає ніяких преференцій для Києва, або для іншого міста або області. Хто буде готовий, той і буде першим. Головні вимоги це технічне забезпечення, готовність проведення комунікаційної кампанії та бажання.

Як зареєструвати медичний заклад в електронній системі eHealth?

Це робить головний лікар. Для реєстрації потрібно вибрати одну з МІС, через яку в подальшому медична установа буде працювати. Далі, в поля що з'явилися, необхідно ввести інформацію про медичний заклад і дані Відповідальної особи, яка далі буде вводити інформацію про лікарів закладу. По закінченню введення Інформації потрібно підписати її своїм Електронним Цифровим Підписом. Детально процес реєстрації медичного закладу можна подивитися тут: <http://ehealth-ukraine.org/likaryam/yak-priyednatis-do-ehealth>

Де обрати МІС?

На сайті: <http://ehealth-ukraine.org> в розділі "Партнери" ви можете подивитися перелік МІС, що вже приєдналися до eHealth

Як зареєструватися Лікарю в електронній системі eHealth?

Якщо лікар є найманим робітником закладу ПМСД, то його реєструє відповідальна за це особа, призначена головним лікарем (наприклад, працівник відділу кадрів чи бухгалтерії). Після реєстрації на e-mail

лікаря приходить логін і пароль для роботи в системі. Зайшовши в систему лікар вже може реєструвати декларації з пацієнтами.

Як лікарю отримати Електронний Цифровий Підпис (ЕЦП)?

Для отримання ЕЦП необхідно завітати до податкової, взявши з собою ІНН, паспорт, заповнену анкету і будь-який цифровий носій (диск або флешку ...). На першому етапі eHealth буде працювати тільки з електронним підписом від Акредитованого Центру Сертифікації Ключів при фіскальній службі, який надає ці послуги безкоштовно. Детально з тим, як отримати ЕЦП можна ознайомитися на сайті: <https://acskidd.gov.ua/contacts>

Як зареєструвати декларацію між лікарем та пацієнтом в електронній системі eHealth?

Для реєстрації декларації з пацієнтом необхідно внести дані пацієнта в систему. Це може зробити або лікар, або працівник реєстратури. Пацієнту необхідно принести паспорт (або свідоцтво про народження, якщо це дитина) і іпн.

Після внесення інформації на телефон пацієнта приходить смс з кодом. Реєстратор вводить цей код в систему (верифікація пацієнта). Якщо у пацієнта немає телефону, то для верифікації можуть бути використані скан / фото копії паспорта та іпн, які потрібно буде завантажити в систему.

Після верифікації пацієнта лікар і пацієнт повинні підписати декларацію в електронному вигляді своїми ЕЦП. Якщо у пацієнта немає ЕЦП, то можна роздрукувати декларацію і підписати її паперовий варіант.

Де буде знаходитися зразок декларації між лікарем та пацієнтом?

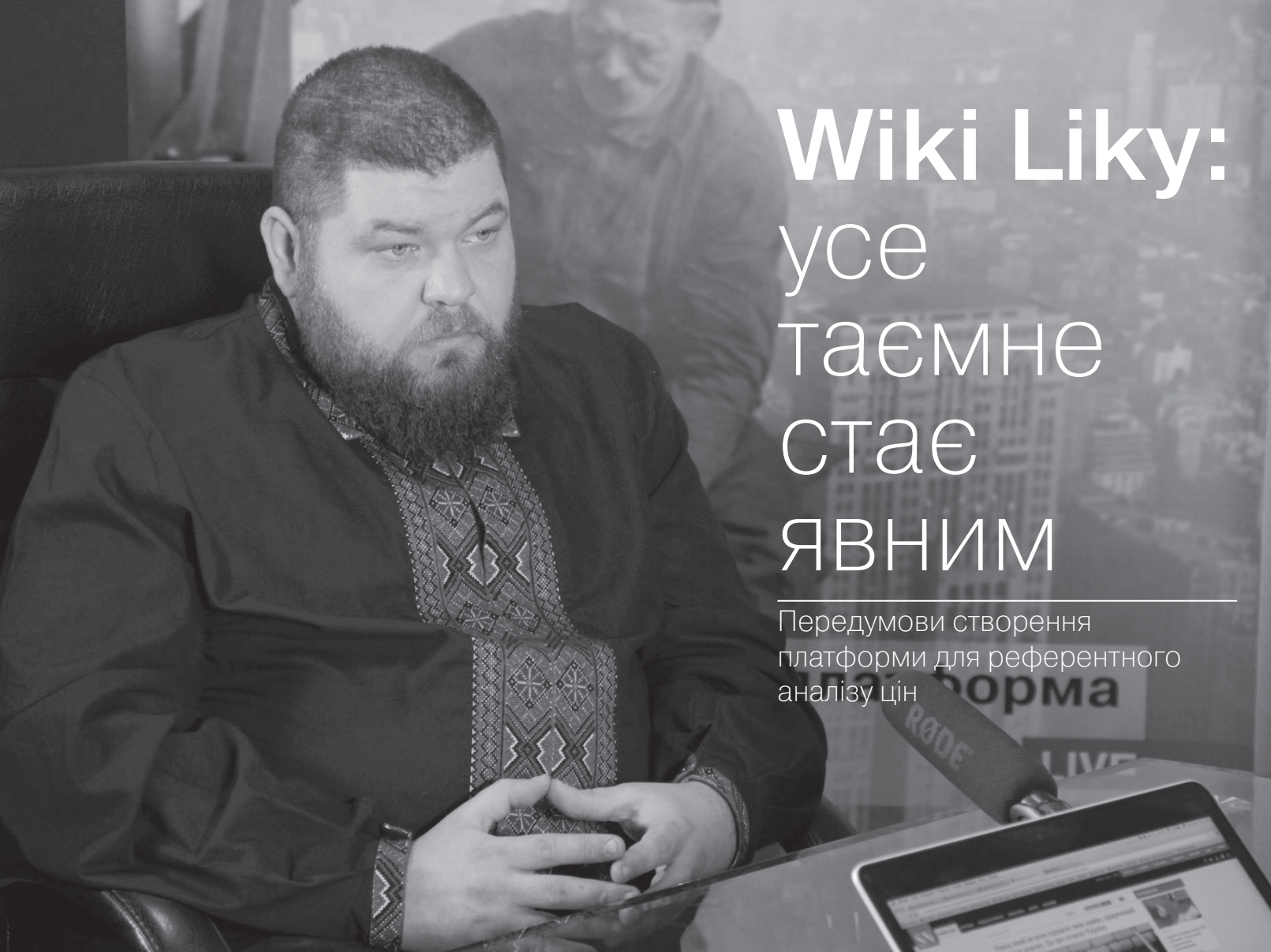
Попередні шаблони декларації зараз у процесі підготовки, та з часом їх можна побачити на сайті МОЗ. Укладена (підписана) декларація буде розміщена в Центральному компоненті системи eHealth через інтерфейс МІС, що буде встановлена в закладі.

Чи буде можливість у лікаря працювати в новій системі якщо у нього немає постійного доступу в інтернет?

Можливість працювати без постійного доступу в інтернет буде. Однак інтернет буде потрібен при зберігання даних на Центральному Компоненті eHealth. Наприклад, є можливість заповнити паперову декларацію, зробити фото/скан документів пацієнта (паспорт+ІНН), внести ці данні оффлайн, а коли буде доступ до інтернету, необхідно буде підписати та зберегти документи у Центральному Компоненті.

Чи існує мінімальна\максимальна кількість пацієнтів яку має вести лікар?

Ні, такої кількості не має. Лікар сам визначає скільки пацієнтів він хоче вести та, пропорційно кількості, отримувати Заробітну Плату. Рекомендована кількість пацієнтів на одного лікаря 2000 осіб.



Wiki Liky: усе таємне стає явним

Передумови створення
платформи для референтного
аналізу цін

Анрій Букін,
експерт громадської
організації
"Клуб Шанс"

В Україні як на національному, так і місцевому рівнях підвищений рівень корупції у сфері закупівель ліків і фактична відсутність інформації про наявність закуплених державою ліків у лікарнях — одні з головних проблем, які поки що не вирішені. З появою електронної системи публічних закупівель ProZorro, рівень корупції у цих сферах мав знизитися. Так певною мірою і сталося. Завдяки впровадженню ProZorro ми маємо можливість побачити усі подробиці держзакупівель. Те, що раніше доводилось вибивати кулеметними чергами запитів на публічну інформацію, тепер доступне всім.

Але є кілька прогалин, які ускладнюють роботу з цим ресурсом:

- за основним своїм призначенням ProZorro є інформаційною платформою, а не інструментом для моніторингу та контролю за використанням коштів бюджетів при здійсненні держзакупівель;
- навіть "найпрозоріший" тендер може бути корупційним. Виявити суттєву різницю вартості одиниці можна лише зробивши порівняль-

ний аналіз цін на ідентичні товари та послуги у декількох тендерах;

- прихований характер даних, відсутність специфікації і назв, яких немає в державному реєстрі лікарських засобів — саме ці чинники ускладнюють отримання даних щодо закупівель ліків.

Звідси й виникла ідея створення платформи, головною метою якої буде розвиток інформаційного сектору сфери охорони здоров'я на місцевому рівні для забезпечення раціонального та ефективного використання коштів місцевих бюджетів у закупівлях ліків.

Так у вересні 2016 року командою українських активістів та IT-фахівців була розроблена концепція програмного забезпечення для здійснення референтного аналізу цін у закупівлях ліків закладами охорони здоров'я — Wiki Liky. Згодом ця концепція перетворилася на повноцінний сайт wikiliky.org.ua, аналогів якого наразі не існує.

ЩО СОБОЮ ПРЕДСТАВЛЯЄ WIKI LIKY

Wiki Liky — це не комерційний і не бю-

джетний проект. Він не підтримується у рамках якогось окремого гранту. Це ініціатива, яку втілюють люди, котрі вирішили довести, що все таємне обов'язково стане явним.

Система фокусується тільки на аналізі закупівель ліків. Усі інші дані відсіюються під час їх обробки. Крім того, вся інформація на сайті несе відкритий характер: ніяких відсканованих документів, PDF-файлів тощо. Відповідати за збір та оприлюднення інформації щодо здійснених закупівель та наявних у закладах охорони здоров'я ліків повинна місцева влада.

Ресурс допомагає не тільки знизити ризики корупції самої процедури, а й показати якість закупівлі у порівнянні. Так, окрема закупівля може проводитись без порушень будь-яких процедур. Але якщо порівняти кілька закупівель, здійснених за один період часу на одній території, можна прослідкувати суттєві різниці у цінах.

Для отримання необхідної інформації користувачеві достатньо здійснити всього кілька кліків. Таким чином витрати часу на пошук інформації значно скорочуються, а обсяг отриманих даних — розширюється, адже у поєднанні з ProZorro, інструментом моніторингу в сфері державних закупівель, Wiki Liky значно полегшує процес виявлення корупційних схем у закупівлях ліків.

Сайт одночасно є джерелом інформації, зручним інструментом для здійснення аналітики та механізмом соціальної підзвітності влади, платформою для тісної співпраці влади та активних громадян. На сьогодні не існує аналогів такого веб-ресурсу, який поєднує в собі стільки функціональних можливостей та працює за таким принципом.



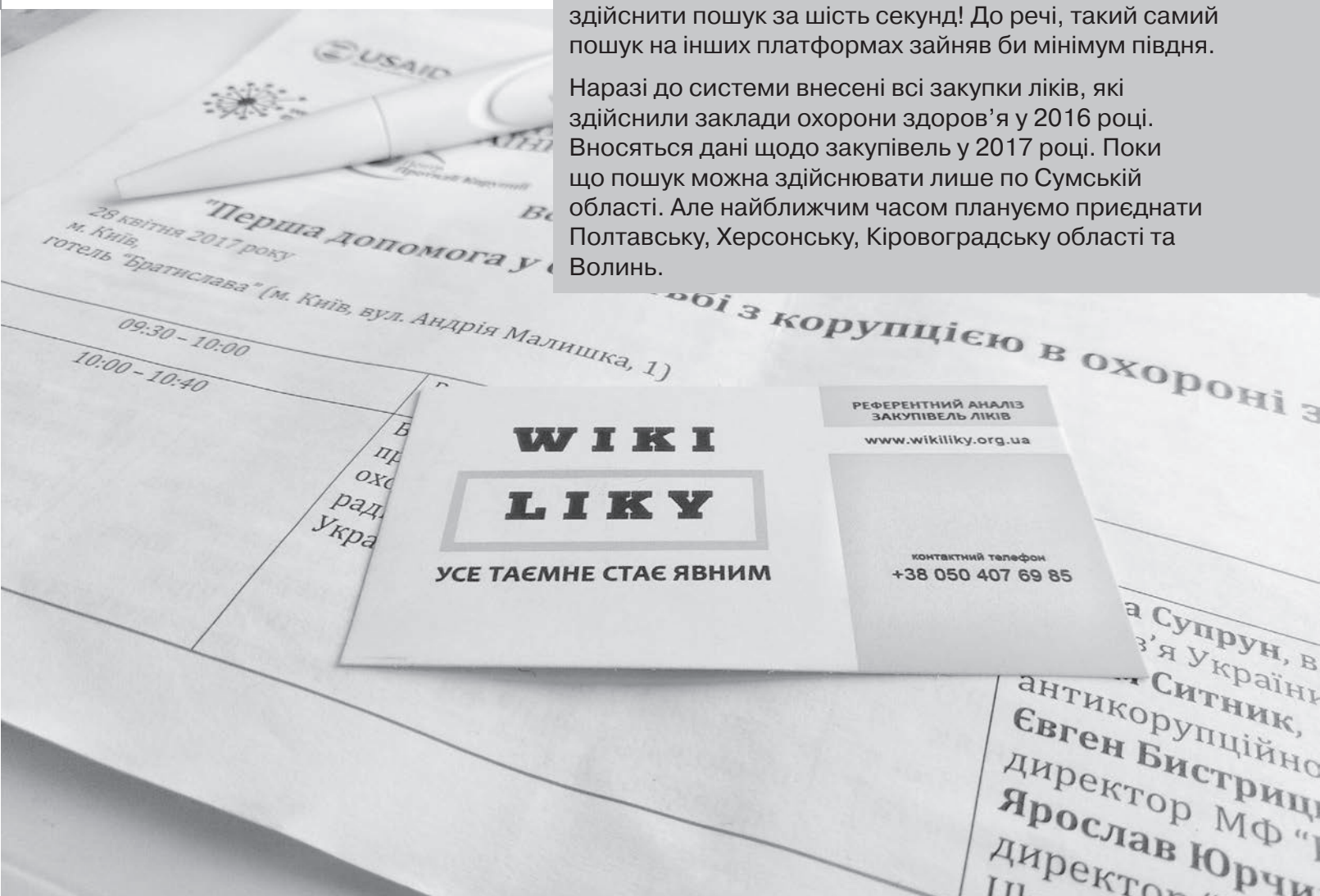
Керівник громадської організації
"Клуб Шанс"
Олексій Загребельний

– Наша система дає можливість шукати закупівлі ліків по області за їх назвою. Також можна перевірити, які препарати наразі є у закладах охорони здоров'я Сумської області (оновлення даних про наявні ліки відбувається як мінімум

раз на два тижні). Пошук може здійснюватися за такими галузями медицини як ВІЛ, вірусні гепатити, психічне здоров'я, інфекційні хвороби, педіатрія, онкологія, туберкульоз, кардіологія, інше.

Згодом додамо замісну підтримувальну терапію. Також ми створили функцію "Перелік закладів". Тут можна побачити лікарні, які закуповували препарати за найвищими цінами. Простота і зручність системи допомагає будь-кому, хто цікавиться закупками ліків, здійснити пошук за шість секунд! До речі, такий самий пошук на інших платформах зайняв би мінімум півдня.

Наразі до системи внесені всі закупки ліків, які здійснили заклади охорони здоров'я у 2016 році. Вносяться дані щодо закупівель у 2017 році. Поки що пошук можна здійснювати лише по Сумській області. Але найближчим часом плануємо приєднати Полтавську, Херсонську, Кіровоградську області та Волинь.



ЩО ВЖЕ МІСТИТЬ САЙТ І ЯКІ ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО РОЗВИТКУ

Здійснювати пошук на сайті можна за наступними критеріями:

- назва лікарського препарату (таблиця закладів охорони здоров'я, які закупляли такий препарат із зазначенням кількості, загальної вартості закупівлі та вартості одиниці);
- назва закладу охорони здоров'я (інформація у вигляді таблиці щодо усіх закуплених закладом ліків за рік);
- постачальники (інформація у вигляді таблиці щодо усіх поставок ліків закладам за рік)

Для більш якісної аналітики планується додати фільтри для пошуку за окремими періодами, за картою, коли географія проекту розшириться, за назвою закладу охорони здоров'я або назвою препаратів.

Ще на стадії розробки програми ідею підтримали кілька областей України, висунувши пропозиції щодо співпраці. Наразі планується приєднання до Wiki Liky Полтавської, Херсонської, Волинської та Кіровоградської областей. Зацікавлений у співпраці з Wiki Liky й один з провідних на сьогодні проектів протидії корупції у закупівлях "Наші гроші".

У подальшому аналогічне програмне забезпечення та алгоритми роботи з відкритими даними можна буде запровадити у інших галузях.

ЗАКУПІВЛІ



42 ЗАКЛАДИ

НАДАЛИ ІНФОРМАЦІЮ
ПРО ЗАКУПІВЛІ ЛІКІВ

ЗА 2016 РІК

ЗА І КВАРТАЛ 2017

28 ЗАКЛАДІВ

НАДАЛИ ІНФОРМАЦІЮ
ПРО ЗАКУПІВЛІ ЛІКІВ

2 РЕЄСТР ЛІКІВ

/ drlz.com.ua дані про різні види одних і тих же ліків /

1 ІМПОРТ ДАНИХ

/ прив'язка до коду АТХ та унікального критерію /



3 БАЗА ДАНИХ ЛІКІВ

/ формування бази даних згідно до наказу №1071 /

ПОСТІЙНИЙ
РОЗРАХУНОК
СЕРЕДНІХ ЦІН
залежно від дат та ліків

HOW IT WORKS?

КОРИСТУВАЧ ОТРИМУЄ ВЖЕ УЗАГАЛЬНЕНІ ТАБЛИЦІ

НАЯВНІ ЛІКИ

НАЗВА ЛІКІВ

МІСТО
ОБЛАСТЬ

ГАЛУЗЬ МЕДИЦИНИ

ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ
ВІЛ
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я
ОНКОЛОГІЯ
ТУБЕРКУЛЬОЗ
ІНШЕ
КАРДІОЛОГІЯ





I. Завдання та принципи формування Рамкових вимог

1. Відповідно до Примірного положення про госпітальний округ, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20.02.2017 р. №165, госпітальна рада, що створюється у кожному госпітальному окрузі, визначає перспективні лікарні, розвиток яких має бути забезпечено з метою створення на їх базі функціональних можливостей, необхідних для виконання функцій багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівнів, та які мають відповідати вимогам, встановленим Міністерством охорони здоров'я України до закладів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.
2. Метою цього документа є визначення вимог, яким мають відповідати багатопрофільні лікарні, що входять до складу госпітальних округів, для забезпечення можливості виконання на їх базі функцій лікарні інтенсивного лікування першого або другого рівнів.
3. Вимоги, що містяться у цьому документі, мають використовуватися при розробці багаторічних Планів розвитку госпітальних округів та забезпечення розвитку й оптимізації мереж лікарень, що входять до складу госпітальних округів, у тому числі при прийнятті рішень щодо репрофілювання лікарень.
4. Рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, викладені у цьому документі (далі – Рамкові вимоги), базуються на наступних принципах:
 - 4.1. безпечність та якість медичної допомоги на основі принципів доказової медицини;
 - 4.2. оптимальність клінічного маршруту пацієнтів з урахуванням необхідності своєчасного доступу до медичної допомоги, адекватної ступеню важкості та складності стану пацієнтів;
 - 4.3. забезпечення належного робочого навантаження на медичний персонал та обладнання закладів для досягнення максимально можливих якості, безпеки та економічної ефективності медичної допомоги;
 - 4.4. врахування поточних і прогностичних демографічних характеристик населення, структури захворюваності та смертності, особливостей міграції (у тому числі з метою отримання доступу до медичної допомоги), специфіки попиту на різні види медичних послуг;
 - 4.5. необхідність інтеграції медичних закладів, що входять до складу госпітального округу, в єдину мережу для забезпечення безперервності та наступності у наданні медичної допомоги;
 - 4.6. наявність відповідної інформаційної системи для управління медичною інформацією, забезпечення ефективних комунікацій, моніторингу та координації процесу надання медичної допомоги у межах території госпітального округу та регіону, та системи забезпечення належного транспортування пацієнтів.

II. Призначення та функції багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів

1. Функція багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування може бути покладена на багатопрофільний стаціонарний медичний заклад, який має обладнання, медичний та інший персонал, необхідні для забезпечення діагностики, догляду та лікування широкого кола невідкладних станів у стаціонарних та амбулаторних умовах у цілодобовому режимі.
2. Для оптимального функціонування мережі закладів охорони здоров'я в рамках госпітального округу, координації їх діяльності, розподілу між ними функцій щодо надання медичної допомоги та забезпечення їх відповідності Рамковим вимогам, активи та функціональні потужності закладів охорони здоров'я, незалежно від організаційно-правової форми та форми власності, можуть об'єднуватися за рішенням власника шляхом:
 - їх злиття або приєднання та утворення на території госпітального округу спільних підприємств;
 - створення медичних господарських об'єднань у формі корпорації, об'єднання чи концерну;
 - укладення договорів про спільну діяльність.
- 2.1. У разі наявності обґрунтованих потреб, може бути організоване функціонування окремих таких лікарень для дорослого та дитячого населення.
3. Основним функціональним призначенням багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування є прийняття пацієнтів, головною клінічною метою щодо яких є здійснення однієї або декількох з таких дій:
 - ведення пологів (допомога у пологах);
 - лікування хвороби / травми;
 - проведення хірургічного втручання;
 - полегшення проявів хвороби або травми (за винятком паліативної допомоги);
 - зменшення ступеню важкості захворювання або травми;
 - запобігання загостренню та / або ускладненню хвороби та / або травми, які поставили чи можуть поставити під загрозу життя чи нормальні функції організму пацієнта;
 - виконання діагностичних або терапевтичних процедур, які не можуть бути виконані в інших умовах (за межами лікарні)
- 3.1. У разі необхідності багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування повинна забезпечувати можливість надання госпіталізованим до її основних клінічних підрозділів пацієнтам додаткової паліативної підтримки, що здійснюється медичним персоналом цих клінічних підрозділів до переведення таких пацієнтів до медичних закладів, основним видом діяльності яких є надання паліативної допомоги, чи виписки із стаціонару для надання подальшої паліативної допомоги вдома.

4. У межах госпітальних округів функції багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування покладаються на багатопрофільні лікарні з числа перспективних закладів, визначених госпітальними радами в багаторічних планах розвитку госпітальних округів.
5. Лікарні інтенсивного лікування, що входять до складу госпітального округу, забезпечують:
 - 5.1. цілодобове надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги пацієнтам;
 - 5.2. стабілізацію стану пацієнтів, завершення надання медичної допомоги яким потребує діагностики та лікування у лікарнях вищого рівня, для подальшого транспортування таких пацієнтів до закладів охорони здоров'я більш високого рівня;
 - 5.3. надання консультативної та діагностичної спеціалізованої медичної допомоги;
 - 5.4. координація своєї діяльності з надання медичної допомоги з іншими закладами охорони здоров'я на території госпітального округу та області;
 - 5.5. переадресація та перевезення пацієнтів до закладів вищого рівня спеціалізації відповідно до клінічних маршрутів пацієнта;
6. У процесі перетворення перспективних лікарень у ЛІЛ першого і другого рівнів на їх базі концентруються ресурси, що необхідні для надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги на території госпітального округу.
7. Заклади, що входять до складу госпітального округу, незалежно від їх типу, формують основу для етапності надання медичної допомоги і співпрацюють з закладами, що надають послуги первинної медико-санітарної допомоги.
8. Відповідно до Порядку створення госпітальних округів, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932, залежно від чисельності та структури населення багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, що входять до складу госпітальних округів, поділяються на заклади двох рівнів:
 - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування першого рівня, кожна з яких повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб.
 - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування другого рівня, кожна з яких повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб.
9. Вимоги до визначення зони обслуговування багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, які входять до складу госпітальних округів, базуються на критерії своєчасної часової доступності таких закладів. Відповідно до п. 15 Порядку створення госпітальних округів, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932, доступність лікарні інтенсивного лікування для пацієнтів не повинна перевищувати 60 хвилин, а протяжність зони обслуговування такої лікарні повинна бути еквівалентна радіусу 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям. В окремих випадках, за відсутності шляхів сполучення чи особливостей рельєфу, які суттєво ускладнюють комунікації (ріки без мостів, гори), зона обслуговування лікарні інтенсивного лікування, що входить до складу госпітального округу, може бути меншою.
10. Функціональна різниця між багатопрофільною лікарнею інтенсивного лікування першого рівня та багатопрофільною лікарнею інтенсивного лікування другого рівня встановлюється на основі видів медичної діяльності, характеру та рівня спеціалізації медичних послуг, які забезпечуються у лікарні відповідного рівня.

11. Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня забезпечує:

- 11.1. Надання спеціалізованої медичної допомоги загального рівня у стаціонарних та амбулаторних умовах за напрямками:
- медицина невідкладних станів
 - акушерство та гінекологія;
 - анестезіологія, реаніматологія та інтенсивна терапія;
 - загальна терапія;
 - загальна хірургія;
 - загальна педіатрія;
 - променева діагностика;
 - лабораторна діагностика, клінічна цитологія, медична біохімія;
 - морфологічні та патоморфологічні дослідження.
- 11.2. Надання спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних умовах та в умовах денного стаціонару за напрямками:
- оториноларингологія;
 - офтальмологія.
- 11.3. При наданні медичної допомоги у багатопрофільних лікарнях інтенсивного лікування першого рівня має бути забезпечено дотримання принципів інфекційного контролю та можливість тимчасової ізоляції пацієнтів з інфекційної патологією, а також можливість тимчасової ізоляції та надання базової медичної допомоги пацієнтам з гострими психічними розладами.
- 11.4. У разі відсутності на території зони обслуговування багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого рівня інших видів лікарень, призначених для надання довготривалої медичної допомоги (лікарень для надання допомоги хронічним хворим, лікарень для реабілітації та хоспісів) чи браку потужностей цих лікарень для забезпечення потреб населення зони обслуговування у медичній допомозі, багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня може надавати довготривалу медичну допомогу.

12. Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня забезпечує:

12.1. Надання спеціалізованої медичної допомоги у стаціонарних та амбулаторних умовах за напрямками:

- медицина невідкладних станів
- анестезіологія, реаніматологія та інтенсивна терапія
- внутрішня (загальна) медицина (неврологія, пульмонологія, кардіологія, ревматологія, гастроентерологія, гематологія, імунологія, ендокринологія, інфекційні хвороби);
- хірургія (загальна хірургія, торакальна хірургія, травматологія, ортопедія, оториноларингологія, офтальмологія, нейрохірургія, судинна хірургія, кардіохірургія, хірургічне лікування опіків);
- акушерство та гінекологія;
- педіатрія, включаючи дитячу хірургію;
- ренальна медицина (нефрологія, урологія, гемодіаліз)
- променева діагностика;
- клінічна радіологія;
- психічні та поведінкові розлади;
- трансфузіологія;
- фізіотерапія та реабілітація;
- лабораторна діагностика, клінічна цитологія, медична біохімія; морфологічні та патоморфологічні дослідження.

12.2. Надання спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги за такими напрямками:

- алергологія та клінічна імунологія
- ендокринологія
- гастроентерологія
- ревматологія
- дерматологія та венерологія
- терапевтична онкологія

12.3. Денний стаціонар за такими напрямками:

- ендокринологія
- гастроентерологія

III. Основні види медичної допомоги, для яких встановлюються детальні вимоги до функціональних потужностей

Рамкові вимоги встановлюють детальні вимоги до функціональних потужностей за напрямками надання екстреної медичної допомоги, медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда, гострому мозковому інсульті та надання лікувально-діагностичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим.

1. Надання екстреної медичної допомоги

В рамках надання допомоги пацієнтам, які перебувають у невідкладних станах, заклади виконують наступні завдання в цілодобовому режимі:

ЛІЛ першого рівня:

- Швидку оцінку стану пацієнтів;
- Медичну допомогу пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані, згідно з клінічними протоколами медичної допомоги у відповідності з клінічними маршрутами пацієнта;
- Реанімаційні заходи та інтенсивну терапію, стабілізацію стану пацієнтів з невідкладними станами для подальшого переведення у медичні заклади вищого рівня спеціалізації;
- Проведення реанімаційних та невідкладних операцій;
- Переведення пацієнтів у заклади вищого рівня спеціалізації відповідно до клінічних маршрутів пацієнта;
- Координацію з первинною ланкою, службою екстреної (невідкладної) медичної допомоги, закладами охорони здоров'я, що працюють на території госпітального округу та області.

ЛІЛ другого рівня:

- Швидку оцінку стану пацієнтів;
- Медичну допомогу пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані, згідно з клінічними протоколами медичної допомоги у відповідності з клінічними маршрутами пацієнта;
- Забезпечує надання медичної допомоги міждисциплінарними командами фахівців;
- Реанімаційні заходи та інтенсивну терапію, стабілізацію стану пацієнта для подальшого переведення у заклади вищого рівня спеціалізації;
- Проведення хірургічних втручань різного рівня складності;
- Переведення пацієнтів у заклади вищого рівня спеціалізації відповідно до клінічних маршрутів пацієнта;
- Координацію з первинною ланкою, службою екстреної (невідкладної) медичної допомоги, закладами охорони здоров'я, що працюють на території госпітального округу та області;
- Надає повний обсяг екстреної (невідкладної) медичної допомоги більшості пацієнтів у невідкладних станах.

Людські ресурси

Для виконання зазначених функцій заклад має забезпечити наявність фахівців наступних спеціальностей в цілодобовому режимі:

ЛІЛ першого рівня:

- Лікар-хірург
- Лікар-ортопед-травматолог
- Лікар-анестезіолог
- Лікар з медицини невідкладних станів
- Лікар-терапевт
- Лікар-педіатр
- Лікар-рентгенолог
- Середній медичний персонал з відповідною спеціалізацією

ЛІЛ другого рівня:

- Лікар-хірург
- Лікар-ортопед-травматолог (ортопед-хірург)
- Лікар-нейрохірург
- Лікар-анестезіолог
- Лікар з медицини невідкладних станів
- Лікар-терапевт
- Лікар-педіатр
- Лікар-рентгенолог
- Середній медичний персонал з відповідною спеціалізацією

Інфраструктура та обладнання

Для виконання зазначених функцій заклад має забезпечити наявність наступної інфраструктури в цілодобовому режимі:

ЛІЛ першого рівня:

- умови для оцінки тяжкості стану пацієнта, здійснення лікування гострих і невідкладних станів з можливістю проведення діагностики, моніторингу та реанімаційних заходів;
- проведення рентгенодіагностики та ультразвукової діагностики;
- проведення ЕКГ;
- проведення рентгенівської комп'ютерної томографії / магнітно-резонансної томографії;
- проведення лабораторних і діагностичних досліджень;
- забезпечення цілодобової доступності (включаючи можливість використання телемедицини) до наступних служб: педіатричної, акушерсько-гінекологічної і кардіологічної;
- надання трансфузійної допомоги пацієнтам;
- надання медичної допомоги пацієнтам, що отримують паліативну допомогу та потребують невідкладної допомоги у зв'язку з іншим станом;
- проведення патологоанатомічних досліджень.

ЛІЛ другого рівня:

- умови для оцінки тяжкості стану пацієнта, здійснення лікування гострого і невідкладного стану з можливістю проведення діагностики, моніторингу та реанімаційних заходів;
- проведення рентгенодіагностики та ультразвукової діагностики;
- проведення ЕКГ, ЕЕГ;
- проведення рентгенівської комп'ютерної томографії / магнітно-резонансної томографії;
- забезпечення цілодобової доступності до наступних служб (в тому числі з використанням телемедицини): педіатричної, акушерсько-гінекологічної, терапевтичної / кардіологічної;
- надання трансфузійної допомоги пацієнтам;
- забезпечення доступності до вузьких спеціалістів хірургічного профілю 24/7: нейрохірург, судинний хірург, ЛОР-лікар, офтальмолог (ці спеціалісти можуть бути залучені з інших установ з можливістю прибуття до пацієнта в режимі 24/7);
- забезпечення доступності до вузьких фахівців не хірургічного профілю 24/7: ендокринолог, гастроентеролог, гематолог, онколог, психіатр і ін.;
- проведення лабораторних і діагностичних досліджень;
- надання медичної допомоги пацієнтам, що отримують паліативну допомогу та потребують невідкладної допомоги у зв'язку з іншим станом;
- проведення патологоанатомічних досліджень.



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ

РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:

ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ ГРОМАДЯНАМ?

Чи можливо зробити якісну медицину всюди та для всіх?

Модель, яка дозволяє забезпечити якісний рівень захисту для всіх громадян, винийшли у середині ХХ сторіччя.

Це модель національного медичного страхування – громадяни платять податки, а держава з зібраних коштів сплачує адресні страхові виплати лікарям, куди ці громадяни йдуть.

Тобто застраховані тільки ті, хто платить податки?

Саме так. Тому що насправді податки платять всі. Навіть якщо ви отримуєте зарплатню в конверті, ви платите 20% ПДВ з будь-якої своєї купівлі.

Частина цих грошей – це ваш страховий внесок у систему національного страхування. І це значить, що ви теж застраховані Національною службою здоров'я України (або коротко НСЗУ).

І як усе буде працювати?

З середини 2017 року кожен українець зможе обрати собі сімейного лікаря,

терапевта чи педіатра для дитини – ми називаємо це «лікар первинної ланки».

Ніяка «прописка» задля цього не потрібна, лише паспорт, щоб вас ідентифікувати.

Завдання цього лікаря – робити так, щоб ви завжди були здорові, а якщо щось трапилось – швидко розібратися в проблемі, діагностувати її з урахуванням усіх ваших особливостей та знайти вам лікаря-спеціаліста, який цю проблему вирішить.

Але ж я не лікар, як я зрозумію, чи мій сімейний лікар – професіонал?

Ви повинні знайти, як то кажуть, «свою людину», якій ви будете довіряти та приймати її допомогу. А наше завдання у найближчі роки – довчити всіх лікарів.

Якщо вам не комфортно з вашим сімейним лікарем (педіатром, терапевтом), або ви маєте сумніви щодо його професіоналізму – ви можете його змінити. Тоді ваше страхове покриття почне отримувати новий лікар.

Досвід усіх країн, де працює ця модель, показав, що люди дуже прискіпливо обирають сімейних лікарів.

Хіба зараз усе працює не так?

На жаль, ні. Як часто буває, проблема у грошах.

Зараз лікар первинної ланки отримує свою невелику зарплатню незалежно від того, чи ви до нього взагалі прийшли. А тепер, коли ви оберете собі лікаря та зареєструєтесь у нього, саме цей лікар (якщо він ФОП) чи лікарня, у якій він працює, отримають весь страховий бюджет за вашу підтримку і будуть розпоряджатися ними на власний розсуд.

Лікарі та лікарні отримають можливість організовувати свою роботу автономно, без вказівок зверху – і ми впевнені, що українці спроможні господарювати зі здоровим глуздом ефективніше, ніж за застарілими нормативами, яким уже понад 50 років.

Що означає «автономно»?

Зараз майже всі лікарні мають юридичний статус «бюджетних закладів» та працюють за єдиними нормативами.

Звучить гарно, а на практиці вони у грудні подають план витрат

Продовження на звороті >>>

НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ:

ЯК НАЦІОНАЛЬНИЙ СТРАХОВИК БУДЕ ПЛАТИТИ ЗА ВАШЕ ЛІКУВАННЯ



**Первинна медична
практика**

Сімейний лікар, терапевт, або
педіатр для вашої дитини

Щомісячний страховий
тариф залежно
від вашого віку

середина 2017



**Амбулаторні
спеціалісти**

ЛОР, офтальмолог,
кардіолог тощо

Оплата візиту
за тарифом

2018



**Лікарні та клінічні
спеціалісти**

Випадки, коли потрібне
лікування у лікарні

Оплата клінічного
випадку за тарифом

2019

СПРОЩЕНЕ ПЛАНУВАННЯ, ЧІТКА ЗВІТНІСТЬ

	ЯК Є ЗАРАЗ:	ЯК БУДЕ:
ПЛАНУВАННЯ	Власник затверджує детальний план на рік по всіх кодах видатків	Власник затверджує глобальний бюджет по 2 кодах: - поточні видатки - капітальні видатки
ЗМІНИ ПЛАНУ	Власник затверджує будь-яку зміну призначення	Медзаклад автономно розпоряджується бюджетом
ЗВІТНІСТЬ	Щомісячна звітність за відповідність видатків плану	Звітують реальні видатки по повному класифікатору видатків

КЛЮЧОВІ ДОКУМЕНТИ ДЛЯ ЕФЕКТИВНОЇ РОБОТИ В НОВІЙ СИСТЕМІ

Медичні заклади після автономізації опиняються в новій, незнайомій системі господарських відносин.

Але вона не є чимось надскладним – в межах Господарського кодексу працюють десятки тисяч підприємств по всій Україні.

Всі ці документи легко знайти на сайті Верховної Ради або просто за допомогою пошукових систем

Національне правове поле:

- Конституція України
- Господарський та податковий кодекси (щонайменш розділи про комунальні підприємства, статус неприбуткових установ)
- Основи законодавства з охорони здоров'я
- Ліцензійні умови
- ДБН В.2.2-10-2001. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я (готується нова версія)

Місцеве правове поле:

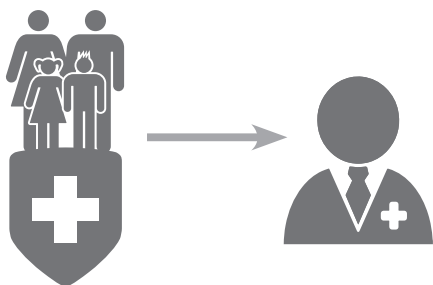
- Місцеві норми регулювання діяльності комунальних підприємств

Робочі документи реформи:

- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України (розпорядження КМУ № 1013-р)
- Постанова КМУ «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» №932
- Наказ МОЗ: «Положення про Госпітальні округи»

БУДЬТЕ УВАЖНІ: РОЛІ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗМІНЮЮТЬСЯ У ВСІХ ГРАВЦІВ

Громадяни вільно обирають лікарів



Лікарі самі обирають ступінь самостійності

Лікар?

Знання протоколів, обладнання, приміщення, доступ до системи
Найманий працівник, стабільність

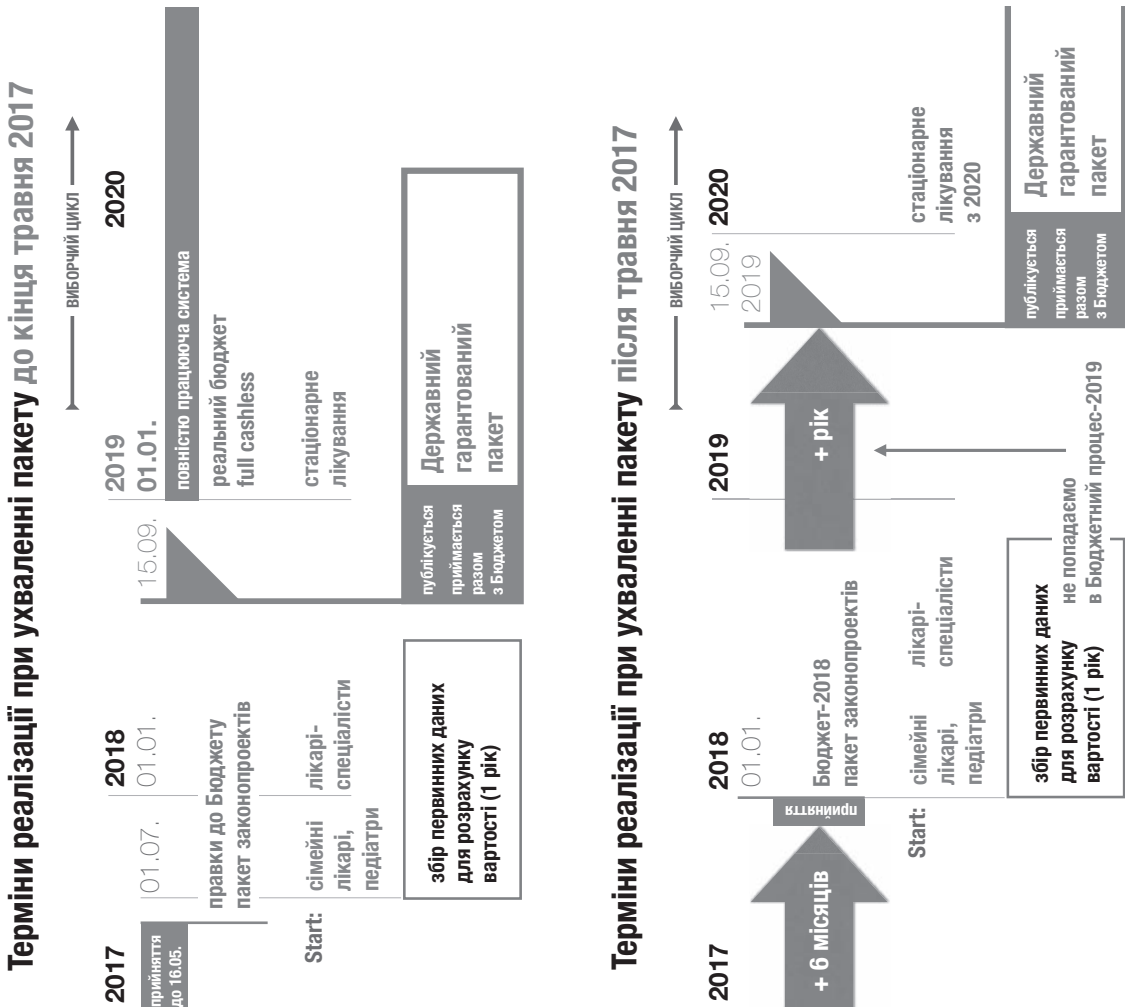
Або лікар та менеджер?

Контрактування, базова бухгалтерія, ліцензія ФОП, ЕЦП тощо
ФОП, більше свободи, менші податки

Громада отримує фінансовий важіль для залучення лікарів первинки



Підтримайте проект Закону про Державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів



Якби це вже працювало зараз?

Можливе покриття сьогодні

Швидка медична допомога включно з

- реанімаційними заходами
- медикаментозним забезпеченням
- медичною допомогою в травмпункті

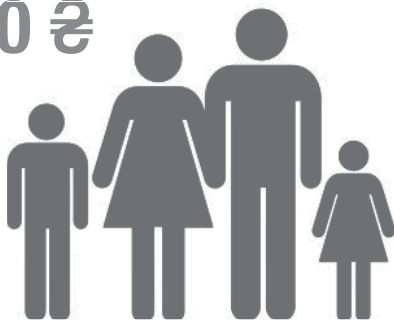
Невідкладна та планова стаціонарна допомога:

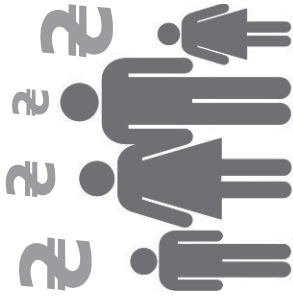
- кваліфікована медична допомога відповідного профілю
- консультації, діагностичні та інструментальні дослідження
- анестезіологічна допомога
- забезпечення необхідними медпрепаратами та засобами медичного призначення
- фізіотерапевтичні процедури
- перебування одного з батьків з дитиною в стаціонарі
- експертиза непрацездатності та надання медичних довідок

- Амбулаторно-поліклінічна допомога та діагностика
- Послуги денного стаціонару включно з медикаментами
- Плановий патронаж вагітності та пологи, плановий патронаж дитини до 1 року
- Лікування новоутворень (ліміт 50 000 ₴ на особу)
- Інвалідизуючі захворювання (ліміт 96 000 ₴ на особу)
- Стоматологія (терапевтична, хірургічна, протезування у зв'язку з нещасним випадком)

«Внесок через податки»

4 580 ₴





Капітаційні тарифи за підтримку громадян в залежності від віку (пізніше статі, ризиків)

Річний бюджет на практику до 500 000 €
min 6 000 000
домогосподарств до 01.01.2019

Додаткове покриття для ветеранів перші послуги у 2018-му

300 000 домогосподарств з ветеранами

Бойові поранення, контузії, каліцтва

Інвалідизація на війні

ПОЖИТТЄВЕ

100% покриття

100% покриття на синій список

Серцево-судинні захворювання

Сімейні лікарі, педіатри, терапевти



Ліки для контролю тиску
~10 грн/день

Лікарня інтенсивного лікування



Стентування
50 000 грн

Високоспеціалізоване лікування



Аортокоронарне шунтування
100 000 грн +

~ 12 000 000 пацієнтів

Стимулюємо через реімбурсацію

Заощаджуємо кошти та здоров'я



400 000 домогосподарств за рік

Варшава

середня зарплата: 1 360\$

Пологи

за страховкою: безоплатно

Пологи

у приватній клініці: 1 280\$

Київ

середня зарплата: 360\$

Хабар:

1 000\$

Рівень фінансової незахищеності прямо стримує народжуваність

Пологи: як буде

Базове покриття

— чергова бригада

— стандартна палата

— необхідні ліки

— кесарів розтин за показанням

Офіційні співоплати

— вибір лікаря

— краща палата

— кесарів розтин

за бажанням

Трансформація мережі



Менше 400 пологів в рік — небезпечно
Більшість закладів перепрофілюється за медичними показаннями

Для вас особисто:

Універсальне покриття

Єдині правила для всіх громадян

Червоний список

0%

покриття

- Естетична медицина, стоматологія для дорослих, окрім екстреної тощо
- Звернення без направлення
- Ліки недоведеної ефективності

Синій список

0%

Тариф покриття платить держава

Тариф співплати платять громадянин

- Тарифи єдині для всіх громадян
- Приймає будь яка лікарня в системі
- Співплата сплачується легально в касу лікарні

Громадянин може платити менше



- виконувати призначення лікаря
- застрахувати співплати через добровільне медичне страхування
- отримати адресну соціальну допомогу
- окремі державні та місцеві програми

Щороку з 15 вересня 2018
однаковий для всіх

Державний гарантований пакет медичних послуг та ліків

Червоний список Зелений список Синій список

Зелений список

100%

покриття за законом назавжди

Невідкладна допомога Первинна допомога Паліативна допомога

коли є загроза життю до 80% від всіх звернень, педіатрія, в останні дні життя профілактика

Синій список

0%

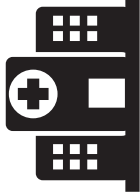
Іконка сім'ї

Діагностичні послуги

Послуги спеціалістів

Стационарні послуги

Ліки



Перша національна програма



Додаткові гарантії для бійців АТО

- 100% покриття лікування бойових поранень, контузій, каліцтв
- 100% пожиттєве покриття для тих, хто отримав інвалідність

Вже в цьому році

Інфраструктура на первинці

Сімейний лікар ~2 000 людей

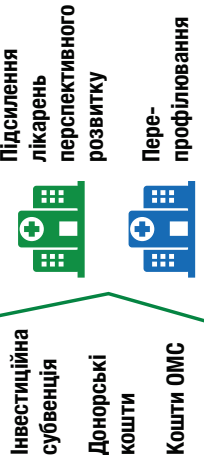
Амбулаторія від -6 000 людей

ЦПМСД 30 000 людей +

головне — логістика медична ефективність медична та економічна ефективність

Госпітальні округи

Інструмент залучення додаткових коштів



Вакансія, на яку чекають лікарі

Зарплата

(НСЗУ, Запит лікарів: 10-12 тис. грн.)

Житло

службове чи з правом викупу (вода, опалення)

Авто

економік-клас часткове відшкодування пального

Місце роботи

офиса, ремонт, оплата, **вигратні матеріали** наявність молодшого персоналу

Обладнання

доступ до **УЗД, лабораторії**, укомплектована кухня з ліжками для невідкладних станів

Пацієнтів

не більше 3 тис

Якість життя в громаді

інтернет, безлінійний телефон, можливість додаткового навчання, дорога, школа, дитсадок, спортивні секції

Формат для перепрофілювання:

Центри здоров'я (ідея асоціації міст)

За страховкою від НСЗУ:

Додаткові платні послуги:

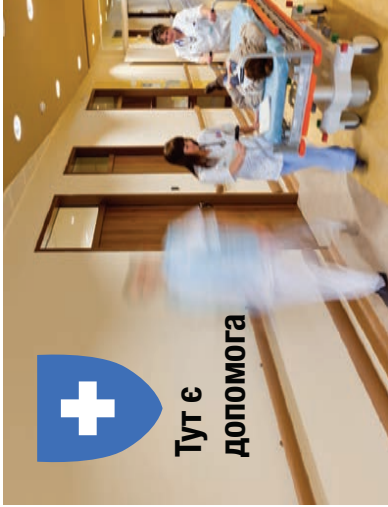
Догляд та лікування

Wellness

- сімейний лікар
- педіатрія
- мультидисциплінарні команди
- медична реабілітація
- ЛЮК, масаж, басейн, спорт
- реабілітація: посттравматична, алкоголізм, наркоманія,
- будинки літніх, хоспис



Дерегуляція форматів надання послуг Медико-соціальні послуги





Олександр Хоруженко,
директор
відокремленого
підрозділу
+380 50 912 02 78



Аліна Панченко,
помічник директора
+380 50 776 91 55



Марина Лобова,
юрисконсульт
+380 50 531 14 12



Андрій Івашко,
бухгалтер
+380 50 621 99 44



Дмитро Лук'янець,
експерт з питань
децентралізації
+380 66 037 73 13



Григорій Стариков,
експерт з питань
регіонального
розвитку
+380 98 856 43 85

**Відокремлений підрозділ
"Центру розвитку місцевого
самоврядування" у Сумській області**

lgdc.sumy@gmail.com
www.facebook.com/lgdc.sumy
40000, м. Суми, пл. Незалежності 3/1,
1 поверх
Бізнес-центр "Акрополь"

www.decentralization.gov.ua
www.minregion.gov.ua
www.khoruzhenko.eu

Видавець: ФОП Наталуха А.С.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців серія
СМв № 034 від 28.04.09, видане Державним Комітетом телебачення та радіомовлення України.
Друк: ФОП Барабанцева С.Г.
Наклад 1000 прим. Підписано до друку 25.05.2017р.

За підтримки програми U-LEAD з Європою



Funded by the European Union



співпраця з
німеччиною
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



SWEDEN



Polish aid



МІНІСТЕРСТВО РЕГІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ
БУДІВНИЦТВА
ТА ЖИТЛОВО-КОМУНАЛЬНОГО ГОСПОДАРСТВА
УКРАЇНИ

