

Які зміни у первинній медичній допомозі очікують українців з липня

Пацієнти та лікарі первинної медичної допомоги отримали новий список послуг, які держава гарантовано оплачує. 149 комунальних і 12 приватних закладів, що підписали договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), до середини липня отримають перше фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Про це 2 липня на спільному прес-брифінгу розповіли керівники МОЗ та НСЗУ.

161 заклад отримає перші оплати від НСЗУ

В Україні розпочинається фінансування за принципом «гроші ходять за пацієнтом». До середини липня 161 заклад первинної медичної допомоги – 149 комунальних та 12 приватних — отримає перші оплати від НСЗУ за єдиним тарифом за надання визначеного пакету послуг. Це більше 1000 амбулаторій у 20 областях та у Києві. Загалом ці заклади обслуговують понад 8 млн людей.

«Відтепер саме Національна служба здоров'я є фінансовим гарантом того, що «гроші йдуть за пацієнтом». Кожен пацієнт має знати чіткий перелік послуг, які він отримає безоплатно і за який сплатила держава в особі НСЗУ. Відтепер в Україні це відбувається в усьому цивілізованому світі, де в центрі медичного обслуговування стоїть конкретна людина, а не система. Ми відходимо від неефективного радянського підходу. Віднині держава — для людини, а не людина - для держави. Саме НСЗУ є провідником до цих змін, фінансовим партнером нових, прозорих та чесних відносин між пацієнтом та лікарем», — заявив голова НСЗУ Олег Петренко.

Єдиний тариф — єдиний стандарт послуг

1 липня почав діяти наказ МОЗ №504 від 19 березня 2018 року, який визначає [чіткий перелік послуг первинної медичної допомоги](#).

Вперше українці матимуть однаковий стандарт обслуговування та послуги на «первинці», за які сплачено з їхніх податків. Неважливо, де працює їхній лікар: у комунальній амбулаторії, приватній клініці чи організував власну практику як лікар-ФОП.

Якщо ви ще шукаєте свого лікаря, не хвилюйтеся — вам надасть медичну допомогу ваш дільничний лікар. До кінця 2018 року держава оплачує медзакладам послуги і за деклараціями, і за територіальним принципом.

Заклади спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги у 2018 році будуть утримуватися з медичної субвенції і працюватимуть, як і раніше. У 2019 році в кількох окремих областях розпочнуть пілотні проекти з фінансування за тарифами на медичні послуги у спеціалізованих медичних закладах. У 2020 році заклади всіх рівнів медичної допомоги перейдуть на фінансування за тарифом з чітким переліком послуг.

«Завдяки спільним зусиллям ми змінюємо підхід до обслуговування пацієнтів. Щодня я отримую повідомлення з подяками від українців — лікарі самі дзвонять пацієнтам і запрошують підписати декларацію. Мені написала родина з дітьми та двома літніми людьми старше 80 років із Запоріжжя. Фельдшер Людмила Єжова запросила їх підписати декларацію з сімейним лікарем. І ось ця родина відтепер має лікаря, який дбає і про маленьких, і про великих. Це дуже велика цінність, доступна відтепер для кожного українця. Це тільки початок. І ми йдемо до того, що у 2020 році усі медичні послуги, що оплачуватиме держава, будуть у чіткому і прозорому списку», — підкреслила в.о. міністра охорони здоров'я України доктор Уляна Супрун.

Зарплати медиків — у руках головних лікарів

Тепер медзаклади вільні у формуванні своєї політики оплати праці. Тарифні сітки і штатні розписи тепер не діють в автономних медзакладах. А зарплата — предмет домовленості головного лікаря і його співробітників.

Місцева влада - повноправний учасник змін у системі охорони здоров'я

«Велику роль у впровадженні змін в охороні здоров'я грає місцева влада. Громада є власником комунальних закладів і має забезпечити і комп'ютери та розхідні матеріали, і обладнання за табелем оснащення для закладів первинки, і ухвалити рішення про автономізацію медзакладів. Усе це є обов'язковим для підписання договору між закладом і НСЗУ. НСЗУ гарантує оплату медичної послуги за ринковим тарифом, а місцева влада має забезпечити фізичну доступність до цієї послуги — відповідну інфраструктуру. Завдання місцевої влади – автономізувати усі медичні заклади до кінця 2018 року. Це все одно доведеться робити, але спеціальні спрощені умови діють тільки цього року», — підкреслив заступник міністра охорони здоров'я Павло Ковтонюк.

До 2019 року усі заклади первинної медичної допомоги мають перейти на фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» за договорами з НСЗУ.

Нагадаємо, у квітні розпочалася національна кампанія «Лікар для кожної сім'ї».

За 3 місяці 10,8 мільйонів людей зробили свій вибір — це кожний четвертий українець. Це найкраща ілюстрація того, що лікарі і пацієнти готові до змін.

У системі «Електронне здоров'я» зареєстровані понад 22 тисячі лікарів первинної медичної допомоги. Усі вони підписують декларації з пацієнтами. Найбільше сімейних лікарів — понад 14 тисяч. Педіатрів — понад 4 тисячі.