

на опалення на рік вперед і повинні через рік його виконати – незалежно від того, тепла зима чи холодна.

Під час реформи заклади отримують статус «неприбуткових комунальних підприємств» – тобто зможуть не тільки користуватися всіма правами та можливостями комерційних підприємств, але ще й не платити податок на прибуток.

Що важливо, лікарні й далі будуть комунальними, тобто належатимуть громадам.

### **Тобто вони самі будуть визначати ціни?**

Комерційні медичні заклади працюють на вільному ринку. Але для бюджетних та комунальних закладів, про які ми говоримо, є специфічні обмеження, навіть вписані в Конституцію України.

Тому будь-які тарифи страхових виплат, можливі співоплати та інше встановлює Національна служба здоров'я України, і ці тарифи однакові для всіх.

### **Скільки платитимуть за пацієнта?**

Національна служба здоров'я України платитиме сімейному лікарю тариф за кожного, хто його обрав своїм лікарем.

Зрозуміло, що літня людина потребує значно більше уваги, ніж здоровий студент.

Тому розмір тарифу залежатиме від вашого віку. В середньому, це буде 210 гривень на рік за людину. Але ж що менше пацієнти хворіють, то менше у лікаря первинної ланки роботи.

Тому ми говоримо, що платимо сімейним лікарям «за здоров'я пацієнтів».

### **Хіба ж цього достатньо?**

210 гривень можуть здаватися невеликою сумою, але за 2 тисячі пацієнтів лікар-ФОП або заклад первинної ланки отримає щорічно близько 420 тисяч гривень. Ці гроші підуть на оплату оренди чи комуналки, базові витратні матеріали та зарплатню. Що важливо: ліки та аналізи, які потрібні пацієнтам, у цей бюджет не входять.

В ефективній медичній практиці й лікар, і медсестра зможуть заробляти гідні гроші, а головне – самі на це впливати.

### **То я повинен буду сам платити за ліки та аналізи?**

Щодо ліків зараз запускають систему «реімбурсації» по трьох великих групах хронічних захворювань. Реімбурсація – це система, в якій ви за рецептом від лікаря отримуєте ліки в аптеці, а вона одержує відшкодування від держави саме за ваші ліки.

Цього року у програму реімбурсації увійшли бронхіальна астма, діабет другого типу та серцево-судинні захворювання. І цього разу аптека насправді отримає гроші, а не так, як було з реімбурсацією 2012 року. Виплати за аналізи працюватимуть

схоже. Їх запустять у другу хвилю реформи – вже 2018 року.

### **Але ж лікар первинної ланки тільки діагностує та лікує прості проблеми?**

Якщо ви захворіли серйозніше і сімейний лікар не може вирішити цю проблему сам, він допоможе вам обрати лікаря-спеціаліста та найкращішу з навколишніх лікарень.

Ця лікарня отримає страхову виплату від НСЗУ саме за вас та ваш випадок. Тобто тут ми будемо платити не за вашу «підтримку», а за максимально швидке та ефективно вирішення конкретної проблеми з вашим здоров'ям.

Ці виплати ми починаємо розгортати також у 2018 році.

Хотіли б раніше, але Україна – дуже велика країна, і для неї навіть такі терміни є дуже стислими.

### **То коли кінець реформи?**

Повністю на нову систему фінансування системи охорони здоров'я Україна перейде за 3 роки.

Але лікарі будуть далі вчитися, наука винаходитиме нові ліки та методи, громади займатимуться енергоефективністю та комфортом своїх лікарень.

Незмінним залишиться одне: коли вам будуть потрібні захист та допомога, за вами стоятимуть страхові кошти Національної служби здоров'я України – незалежно від того, чи є у вас гроші.

---

## **НАВІЩО МИ ЦЕ РОБИМО?**

Ми знаємо, що жодна система не буде діяти, доки в ній немає чесних фінансових відносин.

Ми змінюємо головну річ: фінансові стимули. Замість того, щоб платити лікарням за те, що вони просто існують, ми починаємо платити за те, що туди ідуть лікуватися люди.

У багатьох країнах Східної Європи таку саму систему розгорнули в 1990-і роки.

Це вплинуло на здоров'я, тривалість та якість життя громадян.

З реформою медицини впорались наші найближчі сусіди – Польща та Литва, тож впровадимо і ми.

Українські пацієнти заслуговують на якісні медичні послуги, а всі медичні працівники – на належні умови праці.

Якщо ми почнемо з простих і конкретних змін – з часом зможемо побудувати нову якісну медицину.

## **Де шукати додаткову інформацію про реформу?**

сайт МОЗ  
[www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua)

сторінка МОЗ у фейсбук  
[fb.com/moz.ukr](https://fb.com/moz.ukr)

---

### **Контакт у моїй громаді**

Слідкує за реформою та готовий ділитися інформацією

---

*ім'я та прізвище*

---

*телефон, e-mail*



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, винайшли 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 організувати 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:
<b>ПЛАНУВАННЯ</b>	Власник затверджує детальний план на рік по всіх кодах видатків		Власник затверджує глобальний бюджет по 2 кодах: - поточні видатки - капітальні видатки
<b>ЗМІНИ ПЛАНУ</b>	Власник затверджує будь-яку зміну призначення		Медзаклад автономно розпоряджується бюджетом
<b>ЗВІТНІСТЬ</b>	Щомісячна звітність за відповідність видатків плану		Звітує 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

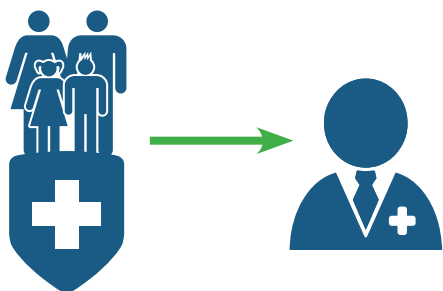
#### Робочі документи реформи:

- 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





# 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?

## ЩО ПОТРІБНО ЗРОБИТИ ЗАЗДАЛЕГІДЬ?

### 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 контрактувати 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

### 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.*

# 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 опорними, 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.



**5 років**

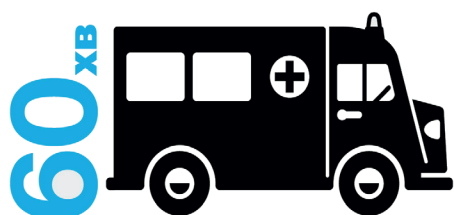
термін дії плану розвитку госпітального округу

(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.



максимальний час доїзду до інтенсивного лікування



#### ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

I рівня – 120 тис пацієнтів  
II рівня – 200 тис пацієнтів

