



Реформування галузі охорони здоров'я

Головні закони реформи

- Закон № 2002- автономізація медичних закладів вступив у дію 6 листопада 2017 року
- Закон № 2168-VIII від 19.10.2017 р. про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення
- Закон № 2206-VIII від 14.11.2017 р. про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості.
- Закон № 2233-19 від 7.12.2017 р. про зміни до Бюджетного Кодексу набуває чинності з 1 січня 2018 року

ЗАКОН УКРАЇНИ

**Про внесення змін до деяких законодавчих актів України
щодо удосконалення законодавства з питань діяльності
закладів охорони здоров'я**

(Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 21, ст.245)

Закон України

Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення

Визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій.

ЗАКОН УКРАЇНИ

Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості

Визначає правові, організаційні засади і напрями регулювання розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості для забезпечення гарантій рівного доступу громадян до якісного медичного обслуговування.

Закон України

Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення

РЕГЛАМЕНТУЄ наступні механізми:

- **повну оплату** згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг, та лікарських засобів, що передбачені **програмою медичних гарантій**.
- фінансування програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертиз та інших програм за рахунок Державного бюджету.

Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я

Програма медичних гарантій

Програмою медичних гарантій визначається перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України.

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації.
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, але можуть покриватися за рахунок інших джерел, не заборонених законодавством.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

Вводиться поняття – “Уповноважений орган”

Функціями його є:

- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій
- проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;
- **виконання функцій замовника медичних послуг**
- розроблення проекту програми медичних гарантій, тарифів і коригувальних коефіцієнтів;
- укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування та договорів про реімбурсацію;
- отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів
- забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я

Забезпечення реалізації програми медичних гарантій здійснюється через укладання договорів про медичне обслуговування населення

- Договір про медичне обслуговування населення укладається між закладом охорони здоров'я незалежно від форми власності та Уповноваженим органом.
- Умовами договору є:
 - перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
 - умови, порядок та строки оплати тарифу;
 - звітність надавачів медичних послуг;
- Пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації
- Форма декларації та порядок вибору лікаря затверджуються МОЗ.

Створення Національної служби здоров'я

- Протягом першого кварталу 2018 року буде створюватися Національна служба здоров'я України - центральний орган виконавчої влади, що реалізовуватиме державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. НСЗУ - це національний страховик (оператор), який укладатиме договори із надавачами медичної допомоги, за якими закуповуватиме у них послуги з медичного обслуговування населення.
- НСЗУ не володітиме коштами, які виділяються з держбюджету на оплату послуг медичного обслуговування населення. Гроші зберігатимуться на казначейських рахунках. НСЗУ контролюватиме дотримання умов договору. Якщо йдеться про лікарську помилку, то тут контроль залишається за МОЗ.

«Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»

Ініціатор закону: Президент України

- максимальне наближення медичного обслуговування до місця проживання кожного пацієнта через амбулаторії, ФАП/фельдшерські пункти, мобільні медичні кабінети, аптечні пункти;
- забезпечення сучасним медичним обладнанням закладів охорони здоров'я в сільській місцевості (стоматологічним, рентгенологічним тощо);
- додаткові стимули для залучення медичних працівників до роботи в сільській місцевості шляхом забезпечення їх службовим транспортом, службовим житлом, можливості отримання освіти та підвищення кваліфікації.

Держава забезпечує :

- удосконалення мережі закладів охорони здоров'я
- матеріально-технічної бази таких закладів,
- транспортну інфраструктуру для надання меддопомоги
- залучати інвестиції у розвиток медобслуговування у сільській місцевості
- сприяти розширенню державно-приватного партнерства та здійснювати благодійну діяльність у сфері охорони здоров'я
- повну оплату за рахунок коштів держбюджету надання громадянам медичних послуг, у тому числі із застосуванням телемедицини

Законом вносяться зміни до закону «Основ законодавства України про охорону здоров'я», **вводиться поняття телемедицини та вводяться положення щодо надання телемедичних послуг**

КМУ визначає порядок та критерії забезпечення за рахунок коштів державного бюджету закладів охорони здоров'я в сільській місцевості :

- обладнанням та транспортними засобами, необхідними для медичного обслуговування населення
- сучасними комп'ютерними та телекомунікаційними технологіями
- засобами для забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я, організації медичного обслуговування у сільській місцевості із застосуванням телемедицини, електронних рецептів.

Повноваження органів місцевого самоврядування

- 1) забезпечують розвиток і вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я, здійснюють заходи щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування з урахуванням географічних особливостей та потреб населення сільської місцевості;
- 2) вирішують в установленому порядку питання щодо забезпечення медичних та фармацевтичних працівників житлом, службовим транспортом, належними умовами праці;
- 3) визначають потреби на місцях у фахівцях медичного профілю та вносять в установленому порядку пропозиції щодо формування замовлення на підготовку таких фахівців, підвищення їх кваліфікації;
- 4) укладають договори на підготовку фахівців медичного профілю;
- 5) здійснюють інші повноваження відповідно до закону.

Фінансування заходів з підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості здійснюється за рахунок коштів:

- державного бюджету у порядку, визначеному законом;
- коштів місцевих бюджетів;
- інших джерел, не заборонених законодавством.

**Законом передбачається виділити
13 мільярдів гривень на сільську медицину**

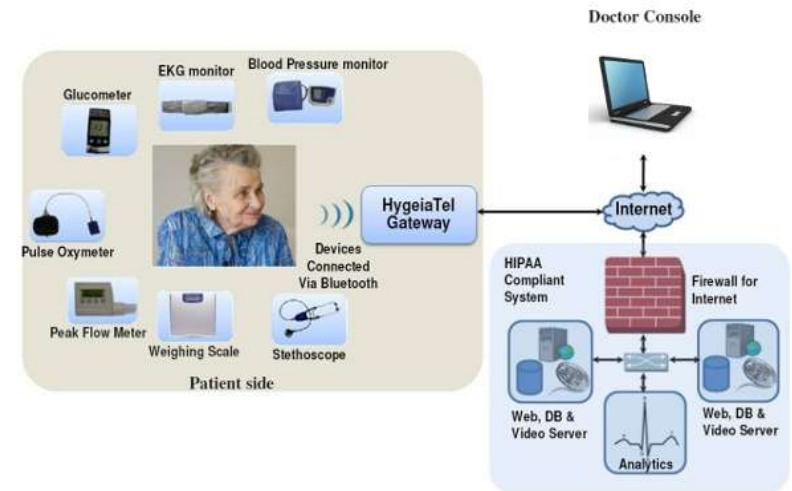
Створення умов для запровадження електронної системи охорони здоров'я

1. Запровадження електронної системи реєстрації та ведення відносин лікаря і пацієнта – eHealth. Вона складається з двох компонентів:

- а) Медичні Інформаційні Системи (МІС)** — вже існуючі системи, які надають програмне забезпечення для адміністрування медичних закладів в електронному режимі.
- б) Центральний компонент**—державна складова. Це єдиний реєстр медичних закладів, лікарів, пацієнтів та декларацій, з яким працюють МІС для комунікації даних. Він є інструментом для реалізації реформи фінансування медичних закладів капітації та реімбурсації.

2. Запровадження телемедичних послуг:

- здійснюється з додержанням стандартів медичної допомоги
- **Порядок надання телемедичних послуг визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.**
- Надання телемедичних послуг здійснюється за допомогою телемедичних мереж, з використанням спеціалізованих інтернет-платформ для телемедицини — порталів телемедицини, що затверджується Кабміном



Головні підзаконні акти реформи, які приймуть першими

- Положення про НСЗУ
- Типова форма договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій
- Порядок розробки програми медичних гарантій
- Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я
- Форма декларації та порядок вибору лікаря, який надає ПМД
- Порядок надання ПМД
- Табелі оснащення для надання ПМД

Ключові етапи реформи: терміни

- I квартал 2018 - Початок підготовчого періоду: автономізація закладів первинної медичної допомоги.
- II квартал 2018 - Старт приписної кампанії.
- III квартал 2018 - Запуск Національної служби здоров'я України.
- Початок укладання договорів автономних закладів ПМД з НСЗУ.
- Початок фінансування закладів ПМД за новою моделлю.
- Початок і кінець IV кварталу 2018 року - друге і третє «вікно можливостей» для закладів ПМД укласти контракт з НСЗУ.
- 2019 рік – Початок реформи на вторинному рівні (спеціалізована допомога).
- 2020 рік - Початок реформи на третинному рівні (високоспеціалізована допомога) .

Основні механізми реформи: ЯК ПРОВОДИТИ

АВТОНОМІЗАЦІЯ

- Основна задача на перше півріччя 2018 - реорганізувати заклади ПМД з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства. Іншими словами - автономізуватися.
- Це обов'язкова умова, оскільки тільки медичні заклади у статусі комунальних некомерційних підприємств зможуть укласти договори з Національною службою здоров'я України та отримувати пряме фінансування за надані послуги з Державного бюджету.
- **Комунальні некомерційні підприємства є неприбутковими, тобто метою їх діяльності є не отримання прибутку, а надання послуг з охорони здоров'я населенню.**
- Як неприбуткові підприємства, заклади не будуть платниками податку на прибуток і зможуть самостійно розпоряджатися отриманими грошима. У тому числі, вільно встановлювати розмір заробітної плати для медичних та інших працівників.
- Перший квартал 2018 року - час для місцевої влади; та медичних закладів первинної ланки на підготовку до впровадження нової моделі фінансування та нових стандартів надання послуг.

Основні механізми реформи: як проводити

АВТОНОМІЗАЦІЯ

- Депутати ВРУ вирішили на перехідний період (2018-2019 роки) залишити обидві системи фінансування - медичну субвенцію і прямі виплати за договорами з НСЗУ. Тому до початку прямих виплат з Державного бюджету за договорами з НСЗУ заклади первинної ланки (в тому числі автоматизовані) будуть фінансуватися за рахунок медичної субвенції, як і раніше.
- Заклади, які не автономізуються та не укладуть договори з НСЗУ, будуть до кінця 2018 року фінансуватися за рахунок медичної субвенції. Відповідно заробітні плати лікарів будуть прив'язані до тарифної сітки.
- Медичні заклади зможуть приєднуватись до реформи тільки групами - тобто одразу весь район, місто або ОТГ. Це зумовлено тим, що субвенція виплачується на бюджет і відповідно може бути скасована повністю для цього бюджету, а не окремого закладу.
- Для приєднання до реформи всі заклади охорони здоров'я, які фінансуються з бюджету району, міста або ОТГ мають бути автономізовані, підключені до електронної системи охорони здоров'я і відповідати Табелю оснащення для надання ПМД.
- Приватні практики первинної допомоги (лікарі-ФОП та приватні заклади) можуть укласти договір та розпочати роботу з НСЗУ в будь який момент з моменту запуску роботи Служби.

Основні механізми реформи: як проводити

Перші прямі виплати від НСЗУ

- У другому кварталі 2018 року починає роботу Національна служба здоров'я України. Перші заклади охорони здоров'я у статусі некомерційних комунальних підприємств підпишуть договори з НСЗУ. З цього часу ці медзаклади первинної допомоги почнуть отримувати прямі виплати за надані послуги.
- Заклали, що до цього часу не встигнуть пройти процедуру автономізації або все ще чекатимуть, поки інші заклади їхнього міста, району чи ОТГ завершать цей процес, будуть і далі фінансуватися за рахунок медичної субвенції.
- У цей же час буде розпочата робота з підготовки переходу закладів спеціалізованого і стаціонарного лікування на нову модель фінансування.
- Початок і кінець четвертого кварталу 2018 року — це друге і третє «вікно можливостей» для закладів первинної допомоги укласти контракт з Національною службою здоров'я та перейти на з субвенції на прямі виплати за пацієнтів.
- Зауважимо, що вже зараз є заклади, які завершили або проходять процес автономізації. Усі інші мають достатньо часу, щоб розпочати та завершити реорганізацію медичних закладів до липня 2018 року

Зміни в роботі лікарів у 2018 році

- 1. Міжнародні клінічні настанови офіційно дозволено вживати у практиці згідно з Наказом МОЗ №1422. Уже розроблені національні протоколи також будуть використовуватись.**
2. Лікарі первинної ланки почнуть опановувати роботу з електронними медичними системами. На практиці лікарі з цим легко впораються. Це доводить досвід регіонів, де вже працюють з електронними медичними системами.
- 3. У 2018 році лікарі первинної медичної допомоги, що ввійшли в реформу, почнуть кодувати діагнози пацієнтів по системі ICPC-2, яка використовується в 40 країнах світу.**
4. Ліцензії на 30 000 первинних практик на використання системи ICPC-2 закуплені за кошти проекту Світового банку, готується переклад настанов українською мовою.
- 5. З моменту переходу медичної практики на роботу з системою ICPC-2, істотно зменшується паперова медична звітність. Звіти генеруватимуться автоматично в електронній формі. Це вивільнить цінний лікарський час для роботи з пацієнтами та навчання.**

Міжнародна класифікація первинної допомоги (International Classification for Primary Care – icpc)

- Світова організація національних коледжів, академій та асоціація практикуючих і сімейних лікарів (Wonca) розробила у 1987 р. власну систему класифікації – Міжнародну класифікацію первинної допомоги (ICPC-1). Багатомовна Європейська версія (ICPC-E) вийшла у 1993 р., а у 1998 р. було опубліковане друге видання ICPC-2. ВООЗ включила ICPC-2 в Групу Міжнародних Класифікацій ВООЗ у 2003 р. для класифікації звернень до Первинної медичної допомоги та загальної практики. ICPC розроблялася і переглядалася Комітетом Міжнародної класифікації Wonca (Wonca International Classification Committee - WICC).
- ICPC-2 класифікує дані пацієнта та клінічну діяльність у сферах загальної та сімейної практики, а також первинної медичної допомоги, беручи до уваги розподіл частоти проблем у цих сферах. Це дозволяє класифікувати причину візиту пацієнта, поставлені діагнози, а також терапевтичні процедури та лабораторні дослідження.

Структурно ICPC - це двокоординатна система.

Перша вісь, що надає первинну орієнтацію щодо органів тіла, кодується літерами і включає 17 розділів:

- A. Загальні і неспецифічні
- B. Кров, кровотворні органи, лімфатична система, селезінка
- D. Система травлення
- F. Зір
- H. Слух
- K. Циркуляторні
- L. М'язи та скелет
- N. Неврологічні
- P. Психологічні
- R. Респіраторна система
- S. Шкіра
- T. Ендокринологія та метаболістика
- U. Урологія
- W. Вагітність і планування сім'ї
- X. Жіноча статева система
- Y. Чоловіча статева система
- Z. Соціальні проблеми

Друга вісь – діагностичний компонент кодується двома цифрами і розподіляється на 7 компонентів:

01-29 симптоми/скарги

30-49 діагностика/профілактичні служби

50-59 медикаменти/лікування/терапевтичні служби

60-61 результати тестів

62 адміністративні служби

63-69 направлення та інші причини відвідувань

70-99 діагноз/хвороба

- **Наприклад** A60 – залізодефіцитна анемія, B67 – скерування на вторинний рівень, F71 – алергічний кон'юктивіт, H01 – вушний біль, P06 – порушення сну, R81 - пневмонія, S50 рецепт.

ICPC-2–Українська Міжнародна Класифікація ПМД – 2 Видання

Wonca International
Classification Committee
(WICC)



Коди процесів

- 30 Повне медичне обстеження
- 31 Часткове медичне обстеження
- 32 Тест на чутливість
- 33 Мікробіологічний / імунологічний тест
- 34 Аналіз крові
- 35 Аналіз сечі
- 36 Аналіз калу
- 37 Гістологія / цитологія
- 38 Інші лабораторні дослідження НКІ
- 39 Дослідження фізичних функцій
- 40 Діагностична ендоскопія
- 41 Діагностична радіологія / візуалізація
- 42 Запис ел. потенціалів (ЕКГ, ін.)

- 43 Інші діагностичні процедури
- 44 Імунізація/профілактичне лікування
- 45 Нагляд/навчання/консультація/діста
- 46 Консультація з лікарем ПМСД
- 47 Консультація зі спеціалістом
- 48 Уточнення/обговорення причини зме
- 49 Інші профілактичні процедури
- 50 Призначення ліків/ін'єкції
- 51 Розсічення /дренаж/промивання/аспі
- 52 Видалення тканини /біопсія/синація
- 53 Катетеризація / інтубація / дилатація
- 54 Відновлення /накладання шву / гіпсу
- 55 Місцеві ін'єкції / інфільтрація
- 56 Перев'язка / пов'язка / тампонада
- 57 Фізична медицина/ реабілітація
- 58 Психотерапія
- 59 Інші терапевтичні процедури НКІ
- 60 Результати тестів / процедур
- 61 Результати обстеж./тестів від ін. орг
- 62 Адміністративна робота
- 63 Невизначене звернення
- 64 Звернення, ініційоване медпрацівни

Кров, кровотворні органи та імунна система

В

- V02 Лімфат. вузол(ли) збільшений /болючий
- V04 Симптоми /скарги (кров, лімф. орг.)
- V25 Страх ВІЛ / СНІД
- V26 Страх захворіти на рак крові / лімф. орг.
- V27 Страх ін. захв. крові / лімф. орг.
- V28 ОФ / Н (В)
- V29 Інші симптоми /скарги
- V70 Лімфаденіт гострий
- V71 Лімфаденіт хрон. неспецифічний
- V72 Хвороба Ходжкіна / лімфома
- V73 Лейкемія
- V74 Злоякісне новоутворення крові ін.
- V75 Доброякісне / невизначене новоутв. крові
- V76 Розрив селезінки травматичний
- V77 Інші ушкодження крові / лімф./селезінки
- V78 Спадкова гемолітична анемія
- V79 Інші вроджені вади крові / лімф. орг.
- V80 Залізодефіцитна анемія
- V81 В12/фолієво дефіцитна анемія
- V82 Інша /невизначена анемія
- V83 Пурпура / порушення коагуляції
- V84 Нез'ясовні зміни лейкоцитів
- V87 Спленомегалія
- V90 ВІЛ-інфекція/СНІД
- V99 Інші захворювання (кров, лімф.орг., селез)

КОДИ ПРОЦЕСІВ

СИМПТОМИ / СКАРГИ

ІНФЕКЦІЇ

НОВОУТВОРЕННЯ

ТРАВМИ

ВРОДЖЕНІ ВАДИ

ІНШІ ДІАГНОЗИ

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА

від 27.12.2017 р. № 1075

**«Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги
з медичного обслуговування»**

Відповідно до частини шостої статті 18 Основ законодавства України про охорону здоров'я Кабінет Міністрів України **постановляє:**

Затвердити Методику розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, що додається.

Міністерству охорони здоров'я протягом трьох місяців забезпечити прийняття нормативно-правових актів, передбачених Методикою.

Ця постанова набирає чинності з 1 січня 2018 р.

Прем'єр-міністр України

В.Гройсман

Дякую за увагу !