

Найбільш поширені міфи про медичну реформу та їх спростування

Міф 1. Медицина стане платною і дуже дорогою

Саме зараз безкоштовної медицини в Україні не існує. Згідно з результатами опитування, 90% ліків українці купують за власний кошт (у рамках проекту «(Без)коштовна медицина»). За даними досліджень, кожен другий пацієнт відмовляється від лікування або відкладає його через брак грошей. Тому неправильно казати, що медицина стане платною і дуже дорогою для громадян внаслідок реформи, бо якраз зараз вона є платною і дуже дорогою.

І реформа має покласти цьому кінець.

Після реформи з'явиться реальна безоплатна медична допомога.

Реформа вводить нові чіткі правила державного фінансування медичної системи, однакові для кожного громадянина. З'явиться чіткий список послуг, які будуть на 100% профінансовані державою: первинна допомога (сімейні лікарі, терапевти, педіатри); екстрена допомога (різке погіршення стану здоров'я, серцевий напад, інсульт, гострий апендицит, ниркова недостатність, запалення легенів тощо); паліативна допомога (перш за все — адекватне знеболювання); лікування у вузьких спеціалістів за направленням сімейного лікаря та планове лікування у рамках програми медичних гарантій.

Кожна медична послуга матиме визначений тариф, який платитиме лікарні держава за лікування пацієнта (так само, як це робить будь-яка страхова). Пацієнт зможе вільно обирати, куди він піде лікуватись.

Обсяг послуг у рамках програми медичних гарантій залежить від обсягу фінансування системи охорони здоров'я, однак включатиме всі основні послуги, необхідні для якісного лікування, — набагато більше, ніж люди можуть отримати безоплатно зараз.

Якщо казати просто, левову частину послуг, за які люди зараз платять у лікарнях, вони будуть отримувати безоплатно. Буде частина медичних послуг (ті стани, які не загрожують здоров'ю), які не будуть оплачуватись Національною службою здоров'я України, — і їх можна буде покрити, придбавши додатковий поліс добровільного медичного страхування в будь-якій страховій компанії.

Конкретне покриття, яке буде працювати для лікування у 2020 році, цілком залежить від бюджетного процесу у 2019 році. Міністерство планує зробити процес розробки та публікації цих розрахунків максимально відкритим та прозорим.

Головне: яким би не було фінансове покриття, всі громадяни отримають до нього реальний доступ.

Для дороговартісного лікування, як і сьогодні, будуть існувати цільові програми, продовжать діяти програми лікування онкології, гепатитів, СНІДу тощо.

Міф 2. Люди не потягнуть вартість медичних послуг після медреформи

З початком медреформи більшість медичних послуг **буде безоплатною для пацієнта**, але платною для держави. Повний список послуг програми медичних гарантій буде у 2020 році, коли реформа запрацює повністю.

Міністерство охорони здоров'я опублікує список тарифів на послуги після збору статистики (чим реально, а не на папері, хворіють люди), збору даних про реальні витрати лікарень, оцінки бюджету, який буде виділено на програму медичних гарантій на 2020 рік.

Зараз готується пілотний проект МОЗ разом з Національною академією медичних наук. Тарифи буде платити лікарням **держава** — саме для того, щоб у лікарів були гідні зарплати і щоб ці гроші **не платили пацієнти**, як це відбувається зараз.

Міф 3. Медреформа призведе до закриття лікарень і звільнення медиків

У законопроектах про медреформу немає жодного слова про закриття лікувальних закладів чи скорочення медперсоналу.

За законом Національна служба здоров'я укладе договори з усіма лікарнями, щоб ніхто не залишився без медичної допомоги. Але з роками конкуренція і принцип «гроші йдуть за пацієнтом» приведуть до впорядкування мережі мед закладів: малопотужні, погано оснащені і мало завантажені лікарні, де просто небезпечно лікуватись, будуть перепрофільовані під реальні потреби населення — на реабілітаційні, діагностичні центри, хоспіси.

Впорядкуванням мережі лікувальних закладів опікуватиметься місцева влада. Місцеві громади мають вирішити, які з лікарень потрібно підсилити, а які перепрофільувати. Держава тільки виставляє вимоги щодо максимального часу доїзду до лікарні та її мінімального безпечного навантаження (кількість пологів, оперативних втручань).

Розвиток лікарень залежить від розвитку автодоріг та громадського транспорту. Тому це питання громади будуть розвивати комплексно. Але будь-який громадянин вибере модель «автобус + дорога + лікарня, де мене вилікують» замість моделі лікарня поруч, де мене не вилікують».

Життя підштовхуватиме громади впорядковувати свою мережу і робити великі опорні лікарні. Як свідчить світовий досвід, саме високонавантажені великі лікарні дозволяють забезпечити найвищу якість медичних послуг.

Найкращі лікарні будуть додатково технічно та кадрово підсилені, щоб кожен, хто до них звертається, мав можливість отримати якісну медичну допомогу.

Щодо звільнення медичного персоналу.

Без роботи, дійсно, залишаться деякі лікарі та медичний персонал. Ті, що не поважають пацієнта, не лікують його якісно або після початку роботи з НСЗУ вимагають від пацієнта кошти.

Хороший лікар завжди матиме потік пацієнтів і достойні гроші від держави за свою роботу.

Міф 4. Села залишаться без лікарів

У це важко повірити, але навпаки — нарешті в селах з'являться лікарі.

У селах людей найбільше турбує доля фельдшерів та ФАПів. **Фельдшери залишаться.** Вони не замінятимуть лікаря, але стануть його помічниками та забезпечать доступ до медичної допомоги у найвіддаленіших селах.

Наше завдання — забезпечити первинною лікарською допомогою всю країну, включаючи найбільш віддалені її куточки. Адже **стабільний догляд пацієнта сімейним лікарем — це найбільш ефективний спосіб** виявити захворювання на ранній стадії, коли вилікувати людину найлегше.

То чому в селі з'являться лікарі?

У 2018 році середня виплата на первинній ланці складе близько 370 гривень на одного пацієнта, у 2019 — 450 гривень. Практика у 2000 пацієнтів матиме річний дохід в 740 000 гривень у 2018-му та 900 000 гривень у 2019-му. У цей бюджет входять оренда, оплата роботи лікаря, фельдшера та медсестри, прості витратні матеріали та часткове покриття аналізів.

Близько половини цих коштів — видатки практики, все інше — зарплата працівників (лікаря, медсестер, фельдшерів). Якщо місцева громада надасть лікарю медичний кабінет в оренду за 1 гривню, у нього залишиться ще більше коштів на зарплати.

Досі лікарі в селах ніколи не бачили таких коштів.

Також буде значно легше знайти і запросити лікаря на роботу, якщо громада побудує житло для нього.

Також 19 жовтня Верховна Рада ухвалила у першому читанні президентський законопроект №7117 (Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості). Він передбачає щонайменше 5 мільярдів гривень додаткового фінансування медицини в селах за два роки, зокрема, будівництво сучасних амбулаторій, а також забезпечення їх інтернетом.

Міф 5. До лікаря-спеціаліста можна буде потрапити тільки через сімейного лікаря

Не відповідає дійсності.

Значну частину послуг, які зараз надають вузькі спеціалісти, після донавчання зможуть надавати лікарі первинної ланки — сімейні лікарі, педіатри, терапевти. Для цього і робиться реформа — щоб була людина, якій ви довіряєте і яка може вилікувати все, для чого потрібні знання та ліки без госпіталізації та спеціального складного обладнання.

Звичайно, часом пацієнтам потрібні спеціальні обстеження у вузьких спеціалістів. Але ці втручання має курувати сімейний лікар. Тому Національна служба здоров'я оплачуватиме ці візити за направленням сімейного лікаря.

Якщо ви не впевнені, що ваш сімейний лікар буде це робити професійно, — замініть його.

Буде також низка спеціалістів (наприклад, гінеколог, психіатр тощо), візити до яких будуть оплачуватись і без направлення сімейного лікаря.

Людина, звісно, може звернутись до вузького спеціаліста сама, але в цьому випадку пацієнту доведеться сплатити повну вартість послуг лікаря і лікування.

Якщо ж ви звертаєтесь до вузького спеціаліста за направленням сімейного лікаря, педіатра, терапевта, вартість вашого лікування та необхідних медичних засобів відшкодує держава.

Міф 6. Реформа суперечить Конституції

Всі послуги, які оплачує держава, за лікування пацієнта, будуть оплачені на 100%, як цього вимагає Конституція.

Меддопомога завжди і в повному обсязі надається громадянам за рахунок коштів державного бюджету.

На первинному рівні та в разі настання екстреної ситуації держава оплачуватиме 100% всього необхідного лікування та, що важливо, медикаментів. Це покриватиме близько 80% усіх звернень за медичною допомогою.

На вторинному і третинному рівнях держава гарантує 100% оплату медичної допомоги, інших медичних послуг та лікарських засобів, що входять до лікування та визначені програмою медичних гарантій.

Законопроект не передбачає стягнення з громадян жодної плати за необхідну їм медичну допомогу, яка покривається державною програмою медичних гарантій.

Міф 7. Всі послуги будуть зі співплатами

Із законопроекту № 6327 вилучили всі (!) норми про співплати.

Згідно із законопроектом № 6327 медичні послуги, що увійшли до програми медичних гарантій, завжди і в повному обсязі (оплачено на 100%) надаються громадянам за рахунок коштів державного бюджету.

Будуть послуги, які не оплачуються з державного покриття: наприклад, естетична стоматологія, пластична хірургія тощо.

Міф 8. Реформа не передбачає підвищення зарплатні лікаря

Тариф на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

У бюджетній резолюції, ухваленій парламентом у липні 2017 року, закладена сума середнього тарифу за людину у 370 гривень на рік — тобто це 740 000 гривень щорічного доходу на медичний кабінет, який підтримує 2000 пацієнтів.

При цьому середній тариф коливається в той чи інший бік, залежно від різних факторів. Наприклад, якщо серед пацієнтів будуть діти до 5 років або пенсіонери у віці 65+, тариф буде майже вдвічі вищим за тариф для молодих людей.

У бюджетній резолюції закладена сума на 2019 рік — за кожного пацієнта в середньому по 450 гривень в рік. Планується, що з року в рік ця сума буде поступово збільшуватися разом з переліком оплачених аналізів та послуг.

Лікарем первинної ланки може бути сімейний лікар, педіатр або терапевт. Вони можуть стати фізичною особою-підприємцем (ФОП) та відкрити власну практику, а також об'єднуватися з іншими лікарями в практики первинної медичної допомоги, щоб оптимізувати витрати.

Також лікарі первинної медичної допомоги можуть бути найманими працівниками в комунальних закладах первинної медичної допомоги. У цьому випадку лікар домовляється про заробітну плату з адміністрацією закладу, відповідно до кількості пацієнтів, яких він задекларує. При цьому в автономізованих медичних закладах, які стали комунальними підприємствами, тарифні сітки, що діють зараз, не будуть застосовуватися.

З 2020 року всі медичні заклади вторинної і третинної ланки перейдуть на нову модель фінансування. Національна служба здоров'я буде перераховувати медзакладам гроші за надану послугу за затвердженими тарифами, єдиними для всієї країни. У тарифі за послугу закладені всі витрати на її надання, у тому числі — оплата праці медичного персоналу.

У законі закладено, що базою для розрахунку компоненту оплати лікаря в тарифі має бути 250% від середньої зарплати по країні за липень попереднього року. У 2018 році базою би стало 18347 гривень (середня зарплата в липні 2017-го — 7339 гривень).

Далі все залежить від ефективності медичних закладів. Залежно від організаційності та енергоефективності закладу лікарі отримуватимуть як нижчі, так і вищі зарплати.

Також потрібно не забувати, що компенсація лікарю буде залежати і від складності тих втручань, які він робить: для складних послуг і тарифи будуть значно вищими.

При цьому реформа передбачає відмову від тарифних сіток та вільне формування ринку зарплат у комунальних медичних закладах. Тобто рівень зарплати медичного працівника буде базуватися на його/її компетенції, будуть створені умови для гнучкого визначення заробітної плати, як це відбувається, наприклад, у приватних клініках.

Міф 9. НСЗУ — фінансовий «монстр», який розпоряджатиметься 100 мільярдами гривень

Національна служба здоров'я України не володіє коштами. Гроші знаходяться у державному бюджеті та зберігаються на казначейських рахунках. Національна служба здоров'я є оператором, який контракує закупівлю медичних послуг та укладає договори з медичними закладами і лікарями-ФОП.

Модель НСЗУ має найменші корупційні ризики, оскільки як центральний орган виконавчої влади підконтрольна Рахунковій палаті, Державній аудиторській службі, а також антикорупційним органам — Національному антикорупційному бюро та Нацагентству з питань запобігання корупції.

НСЗУ контролюватиме якість послуг на рівні дотримання умов договору. Тобто НСЗУ укладає договір і перевіряє його виконання — так само, як страхова компанія перевіряє виконання умов страхового договору. Контроль залишається за органом, який надає ліцензію — за МОЗом.

Міф 10. У бригаді швидкої будуть лише парамедики, які не зможуть надати адекватну допомогу людям, адже вони не лікарі

Реформа екстреної допомоги НЕ Є частиною законопроекту 6327, який запускає медреформу в Україні.

Зміни для швидкої допомоги відбуватимуться паралельно.

Сьогоднішній парамедик у світі — це спеціаліст, головне вміння якого — врятувати людину та найшвидше довести до місця, де їй нададуть максимально якісну допомогу. Це місце — лікарня.

Сьогодні, на жаль, немає ані навчених парамедиків, ані правильно обладнаних лікарень.

Міністерство охорони здоров'я розробило 4-модульну програму перепідготовки фельдшерів та лікарів швидкої, яка спрямована на підвищення їхньої кваліфікації відповідно до міжнародних стандартів надання невідкладної допомоги. Навчання парамедиків, відповідальних за оцінку стану пацієнта і забезпечення необхідної допомоги на місці пригоди, а також під час транспортування до лікарні, триватиме 3 роки і прирівнюватиметься до рівня бакалавра.

Тільки після того, як у країні з'являться спеціалісти, на екстрену допомогу чекають зміни.

Також в екстреній допомозі працюватимуть не лише парамедики. До державного класифікатора внесено професії інструктора з догоспітальної допомоги, інструктора з першої допомоги, парамедика та екстреного медичного техніка.

Міф 11. Телемедицина в селі не запрацює, бо немає Інтернету і техніки

Держава виділила на наступні два роки на розвиток охорони здоров'я в сільській місцевості 5 мільярдів гривень. Це дуже великі інвестиції, які мають якісно змінити доступ медичних закладів у селі до високошвидкісного доступу.

Телемедицина — це оперативне консультування у вузьких спеціалістів, які перебувають на відстані від пацієнта. І це не обов'язково відеоконсультації.

Найактуальніша телемедицина для кардіологічної допомоги.

Щороку в Україні стається 40 тисяч інфарктів, 20 тисячам з них потрібна невідкладна меддопомога.

Часто такого пацієнта просто небезпечно везти далеко, або навпаки — біль у серці не є загрозливою, і їхати за сотню кілометрів нема потреби. А фельдшер чи лікар на місці не може правильно оцінити дані кардіограми. У такому випадку він зможе передати результати вузькопрофільному спеціалісту в область у реперфузійний центр, і той одразу проконсультує, що слід робити.

Для цього не потрібні якісь космічні технології, а кардіографами МОЗ планує оснастити всі «швидкі», де їх ще нема. Вузькопрофільні спеціалісти чергуватимуть у спеціально обладнаних реперфузійних центрах 24/7.

Тоді лікар зможе надати екстрену допомогу людині відразу.

Зараз лікарі бояться відповідальності, не беруться консультувати телефоном чи інтернетом, бо не було такого дозволу. МОЗ підготував відповідні накази, ситуація зміниться. Також фахівець зможе віддалено коментувати цифрові рентгенограми і комп'ютерні томограми та надсилати деякі аналізи.

Отже, телемедицина спростить діагностику в тих випадках, коли потрібен не персональний огляд, а оцінка даних досліджень надасть більше можливостей пацієнтам із віддалених районів проконсультуватися у вузького фахівця. А в кардіології взагалі допоможе врятувати життя.