ЗАКОНОПРОЕКТ ПРО ДЕРЖАВНІ ФІНАНСОВІ ГАРАНТІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ І ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

**ЗАПИТАННЯ І ВІДПОВІДІ**

**Що це за закон?**

**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.

**Що змінює цей пакет законів простими словами?**

**Він змінює головне:**

Держава починає прямі виплати лікарням та приватним практикам за конкретні медичні випадки, які стались із конкретними людьми — за рахунок «страхових внесків» громадян.

**То українці будуть платити страхові внески?**

Вони їх вже платять — 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 медицину через податки в середньому 1 764 грн (і на первинну, і на вторинну допомогу). Це і є страховий внесок.

**То в чому різниця з тим, що є?**

Зараз замість того, аби оплачувати послуги для кожного з нас, держава «спалює» їх, утримуючи площі медичних закладів, сплановані за нормативами 1970-х років.

Наприклад, у місті Славутич лікарню ще за часів СРСР сплановано для 100 тис. населення, хоча реально в місті мешкає 25 тис. осіб. Там досі є велике пологове відділення, де один лікар приймає пологи один раз на 10 днів.

Але на кошти платників податків ми утримуємо та опалюємо всі 6 великих корпусів цієї лікарні.

В амбулаторії невеличкого села Несвоя Чернівецької області крім одного лікаря та 2 медсестер працює ще 9 працівників – сторожі, кочегари, бухгалтер, методист, водій та ін. Вона досі живе за наказом МОЗ №33 щодо планових штатів медичних закладів, розроблених ще в СРСР.

Ці неефективно витрачені кошти могли би бути виплачені лікарям або витрачені на матеріали для надання реальних послуг за страховими випадками.

**НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**Як здійснюватимуться страхові виплати за громадян?**

Їх здійснюватиме єдиний національний страховик — **Національна служба здоров’я України**. Це державна фінансова інституція, яка разом із МОЗом забезпечує функціонування системи охорони здоров’я.

Міністерство охорони здоров’я розробляє принципи та стандарти, за якими повинна працювати система. НСЗУ в свою чергу фінансує заклади охорони здоров’я за цими принципами.

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.

**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.

Ми розпочинаємо оплату за новим принципом на первинній ланці (сімейні лікарі, терапевти, педіатри) з 2017-го.

Ми платимо діагностичним центрам, лікарям-спеціалістам та лікарням, які проводять спеціалізоване лікування за візити та проліковані випадки з 2018-го.

Ми повертаємо аптекам кошти за ліки механізмом реімбурсації (з 2017-го, повністю з 2019-го).

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

Ми платимо 100% за первинну допомогу – всі звернення до сімейного лікаря, педіатра, терапевта.

Ми платимо 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.

**ДЕРЖАВНИЙ ГАРАНТОВАНИЙ ПАКЕТ, ТАРИФИ ТА СПІВОПЛАТИ**

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

**То громадянин буде платити?**

Так, люди будуть офіційно платити при візиті до медичного закладу.

Державний гарантований пакет медичних послуг щороку встановлює як рівень покриття медичної послуги або лікарського засобу Національною службою здоров’я, так і співоплату з боку громадянина за цю послугу або ліки.

Це не стосується невідкладної, первинної та паліативної допомоги, яка компенсується державою повністю.

Тобто, якщо щось трапилося, і людині невідкладно необхідна допомога – їй не потрібно думати про оплату – всі послуги та ліки уже оплачені.

Важливо, що і тарифи, які оплачує НСЗУ, і тарифи співоплати є однаковими для всіх громадян, офіційними, відкритими та відомими заздалегідь – вони приймаються і публікуються урядом щороку.

Це означає, що лікарня не зможе сказати, що її послуги дорожчі, ніж у сусідній, тому громадянин повинен платити більше. Тарифи за гарантовані послуги єдині для всіх.

**Як людина заплатить, якщо у неї немає грошей, а вона раптово захворіла?**

Невідкладна допомога завжди покрита на 100% та завжди оплачується 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 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.

Також буде можливо придбати додатковий поліс добровільного медичного страхування – та застрахувати всі можливі співоплати для себе та своєї родини.

Прозора та чесна система національного страхування надасть можливість приватним страховим компаніям максимально здешевити поліси добровільного медичного страхування і збільшити їхню доступність для громадян.

**Як розраховуються тарифи?**

За єдиною офіційною методологією, прийнятою в розвинених країнах та адаптованою для України.

**Скільки конкретно НСЗУ буде платити в цьому році?**

На первинній ланці ми починаємо виплати в липні.

У 2017-му 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.

**ЯКІСТЬ ЛІКУВАННЯ**

**Як НСЗУ забезпечить якість лікування?**

Ми переходимо на міжнародні медичні протоколи лікування, діагностики та єдині вимоги до всіх закладів охорони здоров’я. Медична послуга, яку оплачує Національна служба здоров’я, повинна бути виконана за медичним протоколом, інакше вона не буде оплачена.

Наш перший крок – офіційно дозволити використання протоколів країн Європи. Протоколи починають діяти разом з набранням чинності пакету законопроектів.

**Зараз у регіонах немає техніки, обладнання тощо.**

Так, і для цього буде розроблена окрема інвестиційна програма від уряду.

Також на підсилення лікарень будуть направлені кошти міжнародних донорів.

**Що буде з закладами охорони здоров’я?**

Вони надаватимуть саме ті послуги, які потребують громадяни. Єдині вимоги НСЗУ – мінімальне навантаження на лікарів має бути не меншим за те, яке є в країнах Азії та Африки, що розвиваються. При меншому навантаженні у лікарів недостатньо практики та досвіду, і це стає небезпечним для пацієнтів.

З боку громад – власників медичних закладів – є величезний запит на збільшення прав медзакладів щодо ведення господарської діяльності.

Ми підтримуємо надання пільгового режиму автономії медичним закладам. Він дозволить лікарням отримати права на господарювання не менші, ніж у комерційних закладів.

Автономізувати заклади можна вже зараз, але це дуже складно. Наприклад, за законом потрібна дорога процедура оцінки землі. Ми не розуміємо навіщо сьогодні, коли не вистачає грошей на необхідне, місцева влада повинна витрачати кошти на оцінку землі та майна лікарень, які вона все одно не може продати.

Тому ми підтримуємо парламентський законопроект 2309а-д, вважаємо його важливим для реформи, адже він захищає заклади від ризиків приватизації.

**ЗАКОН ПРО ДОДАТКОВІ ГАРАНТІЇ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ТА БІЙЦІВ АТО**

Це закон, який регулює в новій системі лікування бойових поранень та 100% пожиттєве покриття всіх, хто отримав на війні інвалідність.

**Чому міжнародні медичні протоколи вводяться законом про додаткові гарантії ветеранам?**

Це символічний жест. Він відображає позицію міністерства охорони здоров’я щодо того, хто саме потребує насправді ефективного лікування з доказовою ефективністю – вже сьогодні, вже зараз. Це ветерани та бійці АТО.

**ПЛАН РЕФОРМИ**

**Коли закінчиться реформа?**

За законом про державні фінансові гарантії, виплати на первинці розпочнуться вже в липні, виплати спеціалістам, за діагностику та аналізи – з 2018-го року.

З 1 січня 2019-го вся система охорони здоров’я переходить на нову систему розрахунків.

**УХВАЛЕННЯ ЗАКОНОПРОЕКТІВ**

**Хто писав ці закони?**

Їх писали українські юристи міжнародного класу за допомогою технічних спеціалістів ВООЗ, Світового банку та ін. Ми дякуємо нашим міжнародним партнерам за безпрецедентну технічну та експертну допомогу. Ми мали необмежений доступ до всього світового досвіду, набутого в медицині.

**Чи ви чекаєте проблем у Верховній Раді?**

Ні, ми не чекаємо проблем у Верховній Раді.

Заблокувати старт прямих страхових виплат у медицині – політичне самогубство.

Заблокувати можливості підвищення самостійності на місцях – політичне самогубство.

Ще складніше уявити, що депутати відмовлять у наданні конкретних гарантій ветеранам та бійцям АТО.

Ми не можемо навіть уявити, що депутати не підтримають старт прямих страхових виплат за пацієнтів та підуть у пряму конфронтацію з усім суспільством.

**За матеріалами МОЗ України**