

“Чи стане після реформи медицина платною і дуже дорогою?” Чим лякають пацієнтів

Цього тижня Верховна Рада дала старт медреформі. Ухваливши законопроект 6327, парламент уможливив початок змін уже на початку 2018 року. Проте ми і досі зустрічаємо багато неправдивої інформації про те, що чекає лікарів та пацієнтів із впровадженням медичної реформи.

Головне: Всі послуги, аналізи, дослідження, ліки, які надаються за державною програмою медичних гарантій будуть для пацієнтів на 100% БЕЗОПЛАТНИМИ.

Це буде працювати саме так, як у страховій компанії. Пацієнти будуть знати, що саме покривається і мати можливість отримати ці послуги в обраній вами лікарні.

З 2018-го року реформа запрацює на рівні первинної допомоги, з 2020-го — в усіх лікарнях.

Тарифи, які розповсюджуються зараз деякими сумнівними виданнями не мають нічого спільного з реальністю. Це просто фейк та брехня.

Вітаємо всіх з початком довгоочікуваних змін в системі охорони здоров'я.

Далі спростовуємо найбільш поширені міфи та «страшилки».

Міф 1. Медицина стане платною і дуже дорогою

Саме зараз безкоштовної медицини в Україні не існує. За результатами опитування в рамках проекту «(Без)коштовна медицина» 90% ліків українці купують за власний кошт. 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.

А після реформи з'явиться реальна безоплатна 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 буде платити лікарні держава. Обсяг послуг у рамках програми медичних гарантій залежить від об'єму фінансування системи охорони здоров'я, однак включатиме всі

основні послуги, необхідні для якісного лікування — набагато більше, ніж люди можуть отримати безоплатно зараз.

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

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 ці гроші не платили пацієнти.

Міф 3. Медреформа призведе до закриття лікарень і звільнення медиків

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

На першому етапі реформи 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 медзакладів — малопотужні, погано оснащені і мало завантажені лікарні, де просто небезпечно лікуватись, будуть перепрофільовані під реальні потреби населення — на реабілітаційні, діагностичні центри, хоспіси.

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

Без роботи можуть залишитись лише ті, до кого не захочуть йти люди. Хороший лікар завжди матиме потік пацієнтів і достойні гроші від держави за свою роботу! Реформа сприятиме тому, що лікарі конкуруватимуть за пацієнта.

Впорядкуванням мережі лікувальних закладів опікуватиметься місцева влада. Місцеві громади мають вирішити, які з них потрібно підсилити, а які перепрофільувати. Держава надає технічні вимоги щодо доїзду до лікарні та її мінімального навантаження (кількість пологів, оперативних втручань).

Завдяки децентралізації місцеві бюджети мають достатньо коштів для того, щоб покращити мережу медзакладів, створити належні умови для роботи лікарів, відремонтувати дороги до лікарень. Держава зі свого боку виділить додаткові гроші на підсилення опорних закладів та перепрофілювання слабких та малозавантажених.

Міф 4. Села залишаться без лікарів

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

У 2018 році середня виплата на первинній ланці складе близько 370 грн на одного пацієнта, у 2019 — 450 грн. Практика у 2000 пацієнтів матиме річний дохід в 740 000 грн у 2018 та 900 000 грн у 2019. У цей бюджет входять оренда, оплата роботи лікаря, фельдшера та медсестри, прості витратні матеріали та часткове покриття аналізів. Досі на селі ніколи не було таких коштів у медицині — і реформа дозволяє нарешті розгорнути пряме фінансування.

Місцеве самоврядування матиме можливості для підвищення якості життя лікаря. Наприклад, якщо громада побудує якісну амбулаторію та житло для лікаря, буде значно легше знайти і запросити лікаря на роботу.

Також 19 жовтня Верховна Рада ухвалила у першому читанні 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 ФАПів та амбулаторій, а також забезпечення їх інтернетом.

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

Не відповідає дійсності.

Велику частину послуг, які зараз надають вузькі спеціалісти, після донавчання зможуть надавати лікарі первинної ланки — сімейні лікарі, педіатри, терапевти. Для цього ми і робимо реформу — 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 буде оплачувати ці візити за направленням сімейного лікаря.

Якщо ви не довіряєте, що ваш сімейний лікар буде це робити професійно — змініть його.

Буде також низка спеціалістів (напр: 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.

Згідно з медичною реформою, 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 згідно з деталізованим описом. Це покриватиме близько 80% усіх звернень за медичною допомогою.

На вторинному і третинному рівнях держава гарантує 100% оплату медичної допомоги та 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.

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, яка була ухвалена парламентом у липні 2017 року, закладена сума середнього тарифу за людину у 370 гривень на рік. Стільки буде отримувати лікар первинної ланки за кожного пацієнта.

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.

Це означає, що лікар первинної ланки буде отримувати в рік від 700 тисяч до 1 мільйона гривень на свою практику, якщо набере максимальну рекомендовану кількість пацієнтів у 2 тисячі осіб.

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.

Лікарем первинної ланки може бути сімейний лікар, педіатр або терапевт. Ці лікарі 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 усі медичні заклади вторинної і третинної ланки почнуть переходити 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.

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, в приватних клініках.

Міф 9. НСЗУ — це фінансовий «монстр», який розпоряджатиметься 100 млрд грн

НСЗУ не володіє коштами. Гроші лежать в 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. Якщо йдеться про лікарську помилку, то в цьому разі контроль залишається за органом, який надає ліцензію — за МОЗом.

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

Реформа екстреної допомоги не є частиною законопроекту 6327, який запускає медреформу в Україні. Зміни для швидкої допомоги відбуватимуться паралельно.

Міфи та хибні уявлення про роль та місце парамедиків у системі екстреної медичної допомоги пов'язані із застарілими радянськими поглядами чи незнанням наявних систем і практик екстреної медичної допомоги у світі. Ці неправильні уявлення формують у медичних працівників та громадськості супротив впровадженню цих змін.

У більшості розвинених країн, на початковому етапі розвитку системи екстреної медичної допомоги, парамедики справді за потреби термінового лікування лише доставляли пацієнтів до лікарні, де їм надавали медичну допомогу. Досягнення в галузі медичної науки розширили можливості надання якісної та ефективної першої медичної допомоги не лише у відділеннях невідкладних станів, але й безпосередньо дорогою до лікарні в самій кареті швидкої допомоги. Тому на сьогодні парамедики – це саме той медичний персонал, що має бути навчений врятувати людину.

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 нас 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

В Україні телемедицина не має жодного зв'язку з телебаченням. Це оперативне консультування вузьким спеціалістом, який перебуває на відстані від пацієнта.

Найактуальніше це для кардіологічної допомоги. Щороку в Україні стається 40 тисяч інфарктів, 20 тисячам з них потрібна невідкладна меддопомога. Але часто такого пацієнта просто небезпечно везти далеко, або навпаки – біль у серці не є загрозливим, 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 особливі технології, а кардіографами МОЗ планує оснастити всі «швидкі», де їх ще нема. Вузькопрофільні спеціалісти чергуватимуть у спеціально обладнаних реперфузійних центрах 24/7.

Тоді лікар на місці зможе надати екстрену допомогу людині відразу, на місці. У телемедицині важливим є не стільки інтернет, скільки впровадження самої системи такої допомоги пацієнтам. Адже зараз лікарі бояться відповідальності, не беруться консультувати по інтернету або телефоном, бо не було такого дозволу. Тепер, коли МОЗ підготувало відповідні накази, ситуація зміниться.

Також фахівець може віддалено консультувати цифрові рентгенограми і комп'ютерні томограми, та надсилати деякі аналізи.

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