ІНФОРМАЦІЯ

про медичну реформу головного лікаря КЗ «Чечельницький РЦ ПМСД»

 Коваля В.А.

 Метою медичної реформи в частині фінансування системи охорони здоров’я є створення та запровадження нової моделі, яка передбачає чітку та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів і скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров’я.

 Нова модель фінансування має базуватися на таких принципах:

 фінансовий захист громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання;

 забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто її потребує;

 відкритість у використанні публічних коштів;

 краща якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи для лікарів;

 вільний вибір – можливість для пацієнти отримати допомогу в тому закладі охорони здоров’я, який найкраще задовольняє його потреби.

 Державний гарантований пакет медичної допомоги поширюватиметься на всіх громадян України та включатиме первинну медичну допомогу. Тарифи для повної оплати медичних послуг, що входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги та тарифи офіційної співоплати таких послуг будуть уніфікованими і єдиними для всієї території України. Надходження від співоплати пацієнтами витрат за надані їм послуги стануть офіційним додатковим джерелом фінансування зазначених постачальників послуг.

 Послуги первинної та екстреної медичної допомоги повністю покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням. Послуги спеціалістів та обстеження за направленням лікаря покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням із співоплатою від пацієнта. Без направлення лікаря пацієнт оплачуватиме повну вартість. Встановлений обсяг лікарських засобів за рецептом покривається через механізм реімбурсації. Буде утворено окремий центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовуватиметься і координуватиметься Кабінетом Міністрів України через

Міністерство охорони здоров’я. При зазначеному органі буде утворено раду пацієнтського контролю.

 Органи місцевого самоврядування отримають можливість спрямовувати кошти місцевого бюджету на управління та розвиток комунальних закладів охорони здоров’я, зокрема на придбання медичного обладнання, на оплату для мешканців громади додаткових медичних послуг, що на даний час не входять до державного гарантованого пакету медичної допомоги.

 Буде здійснено перехід від фінансування постатейних кошторисів державних та комунальних закладів охорони здоров’я до оплати результатів діяльності, тобто до оплати фактично наданої ними пацієнтам медичної допомоги. Такий же принцип має бути застосований і щодо регулювання відносин з аптеками. Буде запроваджено змішаний метод оплати праці. Основна частина цієї оплати базуватиметься на основі капітаційної ставки (нормативу на одного громадянина, приписаного до конкретного лікаря загальної практики, сімейного лікаря). До основної частини оплати додаватимуться бонусні доплати за досягнення певних встановлених договором про надання первинної медичної допомоги результатів.

 Створення бази єдиного загальнонаціонального медичного простору за допомогою уніфікованих стандартів обміну даними, наявність єдиної національної системи збору та обміну медичними даними – є платформою для реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом» через направлення пацієнтів у разі необхідності до будь-якого закладу охорони здоров’я країни.