

# Програма медичних гарантій: впровадження в Україні

---

Концептуальні засади.....	2
Виміри охоплення медичними послугами .....	4
Український контекст впровадження програми медичних гарантій .....	5
Проблеми, які потребують розв’язання.....	6
Цілі впровадження програми медичних гарантій .....	8
Варіанти впровадження програми медичних гарантій в Україні.....	8
Параметр 1. На основі яких критерії визначатимуться пріоритети в програмі медичних гарантій?.....	8
Параметр 2. За якими вимірами охоплення в програмі медичних гарантій буде відбуватися визначення пріоритетів?.....	9
Параметр 3. Чи має розробка Програми медичних гарантій здійснюватися тільки після детального обчислення витрат на надання кожної окремої послуги?.....	10
Параметр 4. Які формати представлення гарантій держави будуть використовуватися в Програмі медичних гарантій? .....	11
Підсумок .....	12

## Вступ

**Закон "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення"** був прийнятий парламентом 19 жовтня 2017 року. Цей закон запроваджує в Україні практику встановлення гарантій з медичного обслуговування - програму державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) як перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. В міжнародній практиці усталеним терміном для позначення гарантій держави щодо надання медичної допомоги є «державний гарантований пакет».

Запровадження програми медичних гарантій в Україні допоможе покращити стан здоров'я населення, захистити пацієнтів від катастрофічних витрат на охорону здоров'я, забезпечити справедливий розподіл ресурсів, зробити систему охорони здоров'я більш прозорою, а також сконцентрувати ресурси на найбільш результативних та необхідних послугах.

Згідно з законом, перша програма медичних гарантій має бути затверджена у 2018 році, вона буде стосуватися первинної медичної допомоги. Перелік медичних послуг, що гарантовані державою на рівні первинної медичної допомоги, буде визначено у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженим наказом МОЗ.

В цьому документі представлені пропозиції щодо розробки та запровадження програми медичних гарантій в Україні. Процедура розробки та затвердження програми медичних гарантій буде визначена в наказі МОЗ, який буде опубліковано для громадського обговорення у березні 2018 року. Широка суспільна дискусія щодо обсягу програми медичних гарантій буде організована у 2019 році, коли Уряд внесе на обговорення перший проект програми медичних гарантій для всіх видів медичної допомоги, що буде затверджено Парламентом в рамках Закону України про Державний бюджет на 2020 рік.

Представлені пропозиції щодо впровадження програми медичних гарантій в Україні засновані на міжнародному досвіді розробки та реалізації гарантованого пакету.

## Концептуальні засади

**В рамках впровадження реформи охорони здоров'я всі країни стикаються з неминучою проблемою – узгодити потреби в сфері охорони здоров'я та попит на медичні послуги з наявними ресурсами.** Жодна країна в світі не може забезпечити всі можливі послуги для всіх громадян без обмежень у кількості. У ситуації з обмеженими ресурсами важливо визначити методи та процедуру встановлення пріоритетів.

**У ситуації, коли потреби в сфері охорони здоров'я перевищують наявні ресурси, неможливо уникнути пріоритизації послуг.** Оскільки цей процес також передбачає деяке обмеження доступу до послуг, він також називається раціоналізацією. Вона може мати різні форми: явну або неявну.

*Неявна* раціоналізація існує у формі неформального обмеження доступу до медичної допомоги. Прикладом неявної раціоналізації є ситуація, коли де-юре держава гарантує повністю безкоштовне лікування, але пацієнти не можуть отримати доступ до лікування через високі неофіційні платежі. Інший приклад - відсутність доступу до медичної допомоги через брак персоналу, медикаментів, обладнання та можливостей в медичних установах через обмежені бюджети. Неявна раціоналізація зазвичай відбувається в момент, коли людина потребує отримання медичної допомоги.

**Явна** раціоналізація організована більш формальним чином: можливості отримати медичне обслуговування описані в офіційних нормативних актах та відомі наперед. Раціоналізація відбувається на рівні визначення політики щодо охоплення послугами. Гарантований пакет є одним з інструментів явної раціоналізації та інструментом встановлення пріоритетів в системі охорони здоров'я.

В міжнародній практиці при визначенні терміну «гарантований пакет» зазвичай говорять про такі основні характеристики, як **(i) чітке визначення прав на отримання медичних послуг, (ii) фінансування з коштів бюджету, (iii) врахування пріоритетності різних видів медичних послуг.**

**Багато країн обрали шлях явної раціоналізації у сфері охорони здоров'я.** Тенденція запровадження гарантованого пакету розпочалась у 1980-х роках. У європейському регіоні такі країни як Азербайджан, Болгарія, Хорватія, Естонія, Грузія, Угорщина, Киргизстан, Литва, Македонія, Молдова, Польща, Румунія, Словенія, Вірменія, Казахстан, Словацька Республіка вже пройшли через процес запровадження гарантій в сфері охорони здоров'я.

Чітке формулювання гарантованого пакету сприяє досягненню наступних цілей:

1. *Операціоналізація права на охорону здоров'я* – коли гарантовані медичні послуги чітко визначені, вони стають зобов'язаннями держави. Гарантований пакет встановлює процедуру захисту права на здоров'я. Гарантований пакет підвищує відповідальність уряду та рівень поінформованості пацієнтів щодо їхніх прав;
2. *Відповідність між цілями/потребами в галузі охорони здоров'я та наявними ресурсами;*
3. *Підвищення соціальної легітимності гарантій в сфері охорони здоров'я* - гарантований пакет включає в себе прозорий набір правил, згідно з якими люди можуть отримувати доступ до послуг;
4. *Покращення планування та управління* – чіткі гарантії дозволяють більш прозоре та точне формування бюджету;
5. *Поліпшення якості послуг* - чіткий гарантований пакет зазвичай супроводжується вимогами щодо якості, що сприяє покращенню відповідності стандартам якості;
6. *Перекладає прийняття рішень щодо використання обмежених ресурсів* з лікарів та пацієнтів на визначені державні органи та офіційні процеси.

**Чітке формулювання гарантованого пакету зазвичай неможливе на ранніх етапах реформи через брак даних та досвіду.** Переважно, країни починають з комбінованого підходу, який передбачає поступовий перехід до чіткого визначення державних гарантій, це забезпечує можливість для поетапного запровадження. Такий підхід має наступні переваги:

1. *Поступове впровадження реформи* без різких змін в системі і ризику збоїв у системі;
2. *Інформування пацієнтів і медичних працівників щодо нових правил* - досвід показує, що швидкі зміни в гарантіях отримання медичної допомоги призводять до плутанини серед пацієнтів;
3. *Впровадження гарантій держави можливе при обмежених даних щодо про надання медичних послуг та пов'язаних з цим витрат;*
4. *Дозволяє розвиток потенціалу в ході реалізації реформи* - жодна країна не розпочала реформу маючи всі необхідні навички та знання. Для розбудови потенціалу потрібен поступовий процес запровадження державних гарантій.

## Виміри охоплення медичними послугами

Гарантії держави у наданні медичного обслуговування визначають охоплення медичними послугами. Охоплення має три основні виміри: **(i) які послуги включено до гарантованого пакету, (ii) хто може отримати доступ до них та (iii) яка частка їх вартості сплачується за рахунок державних коштів.** Ці виміри називаються обсягом, шириною та глибиною охоплення.



Зображення 1. Три виміри гарантованого пакету медичної допомоги<sup>1</sup>

- **Ширина (охоплення населення)** стосується груп населення, які можуть отримати доступ до послуг, які фінансуються за рахунок бюджету (в ідеалі - все населення без обмежень за соціально-демографічними характеристиками);
- **Глибина (охоплення вартості)** визначає, яка частка загальної вартості послуги сплачується за рахунок бюджету, а яка повинна покриватися з інших джерел. Існує кілька типів розподілу витрат, наприклад, повна оплата, спів-оплата, спільне страхування тощо. Критерій справедливості відіграє ключову роль при визначенні глибини охоплення: бідні та соціально вразливі групи повинні бути захищені від високих платежів за медичну допомогу;
- **Обсяг (охоплення послугами)** стосується власне послуг, надання яких покривається за рахунок бюджетних коштів.

Раціоналізація в сфері охорони здоров'я відбувається саме за цими вимірами. Наприклад, раціоналізація за охопленням вартості може передбачати, що певну частину вартості послуги або окремі послуги пацієнти оплачують самостійно.

<sup>1</sup> «Впровадження реформи фінансування в сфері охорони здоров'я: досвід країн в перехідному періоді», ВООЗ, 2010

## Український контекст впровадження програми медичних гарантій

Україна є однією з останніх країн європейського регіону, яка розпочала запровадження гарантій держави в отриманні медичної допомоги. Це, поряд з іншими факторами, призводить до негативних наслідків для здоров'я пацієнтів, поганого фінансового захисту для пацієнтів та низького рівня доступу до деяких медичних послуг.

**Відповідно до Статті 49 Конституції України медична допомога у державних та комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно.** Конституційний суд в своєму рішенні від 29 травня 2002 року №1-13 / 2002 трактує це положення таким чином, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу. Безоплатність медичної допомоги тлумачиться як відсутності для всіх громадян обов'язку сплачувати за надану їм медичну допомогу як у момент, так і до чи після її отримання.

Конституційний суд у своєму рішенні також зазначає, що у закладах за окрему плату можуть надаватись лише медичні послуги, які виходять за межі медичної допомоги (за термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я - "медичних послуг другорядного значення").

Таким чином, в Україні декларується доктрина безкоштовної медицини, за винятком обмеженого переліку "медичних послуг", які виходять за межі "медичної допомоги".

На практиці існує **неявний** підхід до вирішення, які медичні послуги надаються у державних та комунальних медичних закладах безкоштовно. Ці послуги значно відрізняються за якістю та обсягом між регіонами та закладами, що призводить до нерівних можливостей в отриманні медичної допомоги.

**Паралельно ст. 95 Конституції України закріплює засади справедливого і неупередженого розподілу суспільного багатства між громадянами і територіальними громадами при побудові бюджетної системи.** Держава прагне до збалансованості бюджету.

При тлумаченні статті 95 Конституції України у своїх рішеннях Конституційний Суд України неодноразово висловлював правову позицію стосовно обмеженості державних гарантій економічними можливостями держави:

- У рішенні від 26 грудня 2011 року № 20-рп/2011 встановлено, що передбачені законами соціально-економічні права не є абсолютними та залежать від соціально-економічних можливостей держави;
- У рішенні від 25 січня 2012 року № 3-рп/2012 передбачено, що забезпечення загальносуспільних потреб у сфері соціального захисту за рахунок коштів Державного бюджету України здійснюється виходячи з фінансових можливостей держави, яка зобов'язана справедливо і неупереджено розподіляти суспільне багатство між громадянами і територіальними громадами та прагнути до збалансованості бюджету України.
- У рішенні від 8 жовтня 2008 року № 20-рп/2008 Конституційний Суд України вказав, що види і розміри соціальних послуг та виплат встановлюються державою з урахуванням фінансових можливостей.

Таким чином у рішеннях Конституційного Суду України послідовно простежується позиція, згідно якої державні гарантії не можуть бути абсолютними та обмежуються наявними в

державі ресурсами. З цих рішень слідує необхідність встановлення явної раціоналізації замість неявної.

## Проблеми, які потребують розв'язання

**Незважаючи на наявні зараз конституційні гарантії, система охорони здоров'я сильно залежить від коштів пацієнтів: близько половини бюджету охорони здоров'я в Україні сплачують домогосподарства** (ці витрати також називають "витратами з кишені"). Цей вид витрат не дозволяє розподіляти ризики та ресурси в сфері охорони здоров'я населення. В результаті, витрати на оплату лікування часто можуть бути занадто високими для людей із значними медичними потребами. Як наслідок, пацієнти або змушені відмовлятися від медичних послуг, коли вони їм потрібні, або вимушені продавати своє майно або позичати гроші, щоб покрити витрати на лікування. У 2015 році 29%<sup>2</sup> домогосподарств не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, у більш ніж 90% випадків це було спричинено занадто високою вартістю.

**В ситуації, коли пацієнтам доводиться самостійно сплачувати велику частку коштів на лікування, можуть виникати катастрофічні витрати на охорону здоров'я.** Катастрофічні витрати – витрати домогосподарств, які суттєво впливають на економічне становище призводять до втрати активів, боргів. Як правило, такі витрати виникають при отриманні невідкладної допомоги, коли у пацієнта немає можливості чекати або заощадити на отримання медичного обслуговування. Це також можуть бути послуги з лікування хронічних захворювань, які вимагають, щоб пацієнти регулярно приймали ліки або проходили діагностичні тести, що в сумі призводить до великих витрат. У 2015 році 16% (2.4 мільйони домогосподарств)<sup>3</sup> в Україні зазнали катастрофічних витрат на охорону здоров'я.

**Запровадження програми медичних гарантій допоможе чітко визначити, що сплачується за рахунок бюджету.** Програма буде описувати, які види медичних послуг покриватимуться з коштів бюджету. Як зазначалося під час численних консультацій з громадськістю<sup>4</sup>, пацієнти очікують, що Уряд встановить чіткі зобов'язання щодо надання безкоштовної медичної допомоги та визначить перелік послуг, за які необхідно буде офіційно платити під час отримання медичної допомоги.

В більшості країн державні гарантії представлені не в одному документі, а описані в системі законів та підзаконних актів. На рівні законів країни визначають загальний обсяг безкоштовної медичної допомоги, наприклад, за рівнем допомоги або типом послуг. Це допомагає забезпечити стабільний контекст надання медичних послуг. Документи нижчого рівня (наприклад, накази Уряду та Міністерств) надають детальнішу інформацію про те, які види послуг та медикаментів включені до гарантованого пакету.

**Україна використовуватиме такий дворівневий підхід** для визначення програми медичних гарантій. Засади встановлення та реалізації програми визначено в Законі України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", тоді як конкретний перелік та обсяг медичних послуг та ліків буде визначено в законах про державний бюджет на

---

<sup>2</sup> Статистичний збірник «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році»

<sup>3</sup> Згідно попередніх даних аналізу фінансового захисту пацієнтів, що проводиться Всесвітньою організацією охорони здоров'я

<sup>4</sup> Проект "ЗміниТИ", який реалізується Міністерством охорони здоров'я України, Центром "UA" та "Реанімаційним пакетом реформ"

конкретний рік з урахування соціально-економічної ситуації в країні. На рівні підзаконних актів будуть визначені порядок формування програми та розрахунку тарифів, а також деталі щодо надання медичних послуг.

**Україна наразі не має необхідного досвіду та даних, щоб сформувати чітку та детальну програму медичних гарантій на початку реформи.** Щоб уникнути потрясінь системи та забезпечити поступове запровадження реформи, пропонується запровадити комбінований підхід до визначення гарантій в охороні здоров'я: з більшою специфікою, але не переходячи до дуже детальних списків послуг на початковому етапі. В процесі запровадження реформи програма медичних гарантій буде ставати все більш детальною.

## Цілі впровадження програми медичних гарантій

Впровадження програми медичних гарантій в Україні сприятиме досягненню наступних цілей:

1. **Покращити стан здоров'я** населення України шляхом забезпечення доступу до основних послуг та зосередження ресурсів на пріоритетних потребах охорони здоров'я;
2. **Знизити рівень катастрофічних витрат на медичні послуги** через зосередження ресурсів на наданні послуг, що найчастіше спричиняють катастрофічні витрати;
3. **Забезпечити справедливість розподілу державних ресурсів;**
4. **Підвищити рівень прозорості системи,** забезпечити розуміння пацієнтами, яким є зобов'язання держави щодо надання безкоштовних послуг, а також встановити прозорий процес розробки програми медичних гарантій;
5. **Зосередити ресурси на результативних та науково-обґрунтованих послугах** для максимально корисного використання державних коштів.

## Варіанти впровадження програми медичних гарантій в Україні

Міжнародний досвід пропонує різні підходи до впровадження гарантій держави в наданні медичних послуг. Для України в процесі розробки програми медичних гарантій слід визначити наступні ключові параметри її розробки:

- Параметр 1. На основі яких критеріїв визначатимуться пріоритети в програмі медичних гарантій?
- Параметр 2. За якими вимірами охоплення в програмі медичних гарантій буде відбуватися визначення пріоритетів?
- Параметр 3. Чи має розробка програми медичних гарантій здійснюватися тільки після детального обчислення витрат на надання кожної окремої послуги?
- Параметр 4. Які формати представлення гарантій держави будуть використовуватися в Програмі медичних гарантій?

### Параметр 1. На основі яких критеріїв визначатимуться пріоритети в програмі медичних гарантій?

Історично на дискусії щодо державних гарантій суттєво вплинув так званий "технократичний" підхід - бачення, що перелік гарантованих послуг має формуватись виключно на основі їх економічної ефективності та економічної доцільності. На практиці цей підхід виявився недостатнім для таких складних завдань, як розробка гарантованого пакету: економічні аргументи не є достатніми для забезпечення легітимності та соціального консенсусу.

В Україні при розробці програми медичних гарантій пріоритети будуть визначені на основі таких критеріїв:

1. **Результативність** - наявність доказів, що медичні послуга або медикаменти дійсно запобігають, діагностують, лікують хвороби/стани. До програми медичних гарантій будуть включені тільки ті медичні послуги та медикаменти, які є дійсно результативними.
2. **Потреба в медичній допомозі** – можливість порятунку життя, попередження або лікування хвороби, покращення якості життя пацієнтів через доступ до медичної допомоги.
3. **Економічна ефективність послуг** - порівняння вартості та досягнутих результатів різних заходів з профілактики, діагностики та лікування однієї і тієї ж хвороби/стану. Послуги вважаються більш економічно ефективними, коли з тією ж кількістю ресурсів



можна отримати кращі результати. При наявності альтернатив, пріоритет буде надаватися послугам з вищою економічною ефективністю.

4. **Захист домогосподарств від катастрофічних витрат на високовартісні послуги.** Медичним послугам, що призводять до катастрофічних витрат, буде надано пріоритет для включення у програму медичних гарантій.
5. **Рівноправність доступу.** Забезпечення рівності доступу для всіх громадян, незалежно від того, живуть вони в сільській місцевості чи в місті, від їх вікового, соціального або економічного статусу.
6. **Вибір населення.** Важливою є соціальна прийнятність рішень щодо пріоритетів в охороні здоров'я. Думка громадян щодо того, які саме медичні послуги громадяни вважають важливими для включення до програми медичних гарантій, також будуть враховуватися через проведення громадського обговорення проекту програми та проведення соціологічних досліджень.

### **ПІДХІД В УКРАЇНІ**

При розробці програми медичних гарантій враховувати численні критерії, включаючи економічні аргументи, рівність доступу та думку громадян.

## **Параметр 2. За якими вимірами охоплення в програмі медичних гарантій буде відбуватися визначення пріоритетів?**

Як було описано вище, існують три виміри охоплення, які відображаються в гарантованому пакеті: охоплення населення, покриття вартості та охоплення послуг.

### **Ширина - охоплення населення**

Закон встановлює, що всі громадяни України та особи, які постійно проживають в Україні, та особи, які визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, мають право на отримання послуг, включених до програми медичних гарантій. Медичні послуги мають бути доступні всім незалежно від віку, місця проживання, соціального або економічного статусу. Цей підхід відображає **принцип універсального охоплення медичними послугами**: послуги доступні для всього населення без обмежень за соціально-демографічними характеристиками. Таким чином, визначення пріоритетів через охоплення населення матиме обмежену варіативність, оскільки всім громадянам та резидентам гарантується рівний доступ до медичних послуг.

### **Глибина - Покриття вартості**

Закон передбачає, що за медичні послуги, які включені до програми медичних гарантій, не може бути стягнуто додаткових платежів в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Будь-яка спроба стягнення з пацієнтів платні за послуги, включені до програми, може бути причиною для припинення дії контракту між Національною службою здоров'я України та відповідним закладом охорони здоров'я.

Згідно законодавства, послуги будуть або повністю оплачені бюджетними коштами, або повністю оплачені з інших джерел, у тому числі за рахунок власних коштів пацієнтів. Тобто, співплата медичних послуг пацієнтом та державою не допускається. Таким чином, в Україні наразі неможливо встановлювати пріоритети використовуючи вимір покриття вартості. Послуги, що не будуть включені до програми медичних гарантій, не будуть оплачуватися за рахунок коштів державного бюджету.

## Обсяг - охоплення послуг

Обсяг визначає, які медичні послуги сплачуються за бюджетні кошти. Перелік видів медичної допомоги, що будуть включені до програми медичних гарантій, визначено Законом і включає первинну медичну допомогу, невідкладну допомогу, вторинну та третинну медичну допомогу, реабілітаційну та паліативну допомогу, медичну допомогу дітям до 16 років, а також медичну допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами. Більш детально обсяг медичної допомоги за цими напрямками.

Конкретний перелік медичних послуг та лікарських засобів, що входять до кожної категорії, буде визначено в програмі медичних гарантій, а також в наказах МОЗ. Цей перелік буде змінюватися відповідно до наявних ресурсів та пріоритетів в сфері охорони здоров'я.

### ПІДХІД В УКРАЇНІ

Україна прагне забезпечити універсальний доступ до медичних послуг для всього населення без обмежень за соціально-демографічними характеристиками пацієнтів. Співплата за медичні послуги не допускається законодавством. Отже, єдиним виміром для раціоналізації є відбір медичних послуг, надання яких буде профінансовано за кошти бюджету.

### Параметр 3. Чи має розробка Програми медичних гарантій здійснюватися тільки після детального обчислення витрат на надання кожної окремої послуги?

Необхідність зібрати детальні дані щодо поточної вартості всіх медичних послуг часто обговорюється як обов'язкова умова, що передує розробці гарантованого пакету. Такий підхід передбачає, що спочатку країна має провести детальний аналіз попиту/потреби в послугах, визначити їх вартість і вирішити, яка кількість послуг може бути забезпечена в рамках наявного бюджету. Цей підхід вважається недоцільним, зокрема з огляду на такі причини:

- Відсутність даних стосовно потреб в галузі охорони здоров'я та даних щодо вартості кожної окремої послуги в країнах, що починають реформи.
- Брак спроможності для проведення аналізу потреб в галузі охорони здоров'я та вартість послуг в країнах, що починають реформи.
- У системах з низькою ефективністю надання допомоги, дані про фактичні витрати відображають всі недоліки роботи системи, а отже не можуть бути використаними для планування фінансування в оновленій системі.

Зазвичай країни починають впровадження реформи, засновуючи свої рішення на доступній статистичній інформації. Наразі МОЗ збирає дані щодо фактичної вартості надання медичної допомоги в окремих закладах охорони здоров'я. Ці дані, а також статистичні дані щодо надання послуг, будуть використані при формуванні програми медичних гарантій та при розрахунку тарифів на надання медичних послуг. При цьому, робота над обсягом програми медичних гарантій може проводитися паралельно до аналізу даних щодо витрат, уточнення наявних статистичних даних, проведення досліджень.

В процесі впровадження реформи буде доступною більш достовірною та точною інформацією щодо потреби пацієнтів у послугах, кількості наданих послуг та фактичних витрат закладів охорони здоров'я. Ця інформація буде використовуватися для уточнення тарифів та обсягу програми медичних гарантій.

## **ПІДХІД В УКРАЇНІ**

Аналіз фактичної вартості та розробки програми медичних гарантій здійснюється паралельно.

### **Параметр 4. Які формати представлення гарантій держави будуть використовуватися в Програмі медичних гарантій?**

Як зазначалося вище, гарантований пакет, як правило, організовано не як єдиний документ, а як сукупність нормативно-правових актів різних рівнів. Існують кілька форматів для презентації гарантованого пакету. Основними є загальний опис, негативний та позитивний списки. Ці формати значною мірою пов'язані з тим, наскільки чітко і детально визначено гарантований пакет. Загальний опис вважається найбільш узагальненим форматом, а позитивний список - найбільш явними та чіткими. Країни зазвичай використовують ці формати в комбінації.

#### ***Загальний опис послуг***

Загальний опис зазвичай використовується для послуг з високим пріоритетом. Наприклад, при наданні первинної медичної та невідкладної медичної допомоги важливо, щоб пацієнти заздалегідь знали, що вони можуть отримати доступ до медичної допомоги, коли їм це потрібно, без фінансових перешкод і незалежно від захворювання. Ці послуги - це послуги "першого контакту", які пацієнти використовують, коли вони вважають, що їм потрібна медична допомога. Первинну та невідкладну допомогу слід визначати як комплексну послугу, яка надається пацієнтам безкоштовно. Застосування такого формату дозволяє гарантувати послуги без обмежень щодо їх обсягу. Подібний підхід може бути використано й для інших ключових пріоритетних послуг, таких як медична допомога допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами.

#### ***Позитивні та негативні переліки***

Позитивний перелік - це перелік послуг, лікарських засобів та втручань, які покриваються коштами бюджету. Негативний перелік, навпаки, визначає які послуги не оплачуються з коштів бюджету.

Обидва формати забезпечують певний рівень чіткості, проте використання позитивних і негативних переліків має різні умови. Визначення позитивного переліку потребує більш високих технічних можливостей, його формування вимагає більше часу та даних. Розробка негативного переліку потребує менше часу та даних; такий формат можна використовувати, якщо в країні ще нема даних та навичок для розробки позитивного переліку.

Позитивні переліки, як правило, використовуються для спеціалізованих медичних послуг, що надаються у плановому порядку, стоматологічної допомоги, а також лікарських засобів, які підлягають відшкодуванню.

В негативних переліках можуть визначатись немедичні послуги, за які пацієнти мають платити самостійно. Наприклад, у Великобританії заклади первинної медичної допомоги можуть стягувати з пацієнтів плату за медичний огляд при влаштуванні на роботу, за вакцини для закордонних поїздок. В негативних переліках можуть перераховуватися додаткові види терапії, наприклад, у Тайланді заклади первинної медичної допомоги можуть стягнути з пацієнтів сплату за масаж та відвідування спортивних занять.

Обидва види переліків вже використовуються в Україні. Перелік лікарських засобів, включених до програми «Доступні ліки», є прикладом позитивного переліку. Наказ Кабінету Міністрів України №1138, який визначає перелік платних послуг, є прикладом негативного переліку.

### ПІДХІД В УКРАЇНІ

В Україні будуть використовуватися різні формати для визначення обсягу програми медичних гарантій. Вибір формату буде залежати від виду медичної допомоги та технічних можливостей. Реформа розпочнеться з використанням загальних описів та негативних переліків, а також позитивних переліків для визначення лікарських засобів, що підлягають реімбурсації. В процесі здійснення реформи позитивні переліки будуть використовуватися для дедалі частіше.

### Підсумок

Таким чином, в Україні для запровадження програми медичних гарантій на початковому етапі впровадження реформи та у середньостроковій перспективі будуть використані такі підходи:

Параметр	На початковому етапі реформи	У середньостроковій перспективі
<b>Встановлення пріоритетів</b>	Вибір пріоритетів буде здійснюватися з використанням численних критеріїв, включаючи економічні аргументи, аналіз рівності в доступі до послуг та потреб, а також думки населення щодо пріоритетів в сфері охорони здоров'я.	
<b>Виміри для визначення охоплення</b>	Визначення пріоритетів здійснюватиметься в через відбір медичних послуг, що будуть включені до програми медичних гарантій. При цьому всі пацієнти зможуть отримувати медичні послуги. Послуги, включені до програми медичних гарантій, будуть повністю оплачені з державного бюджету.	
<b>Розрахунок вартості послуг</b>	Розробка програми медичних гарантій здійснюватиметься паралельно з аналізом фактичних витрат для надання медичних послуг. В процесі розробки програми буде проводитись уточнення наявних статистичних даних, а також необхідні дослідження.	Більш точна та достовірна інформація про фактичні витрати на надання послуг буде використовуватися для уточнення обсягу гарантій держави та тарифів.
<b>Формат програми медичних гарантій</b>	Використовуватиметься загальний опис послуг та негативні переліки. Позитивні переліки будуть використовувати у окремих випадках, наприклад, для визначення переліку лікарських засобів, вартість яких відшкодовується в рамках програми «Доступні ліки».	Розширення використання позитивних переліків.