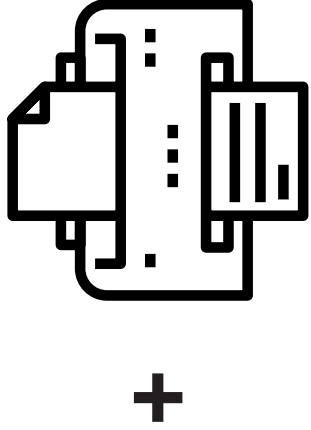
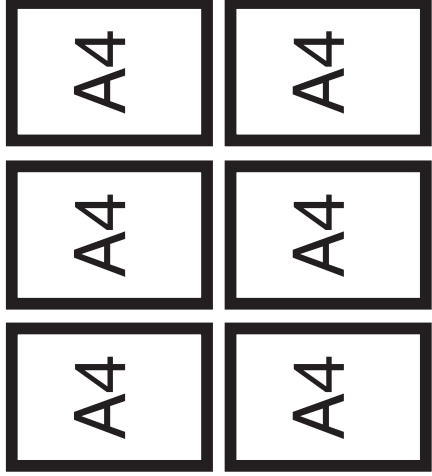


Інструкція

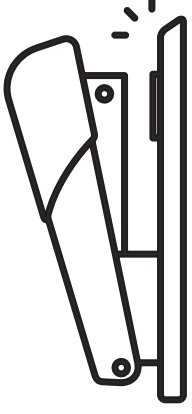
Національна стіннівка

Будь ласка, роздрукуйте стіннівку на звичайному принтері та повісьте в місці, де збираються медики вашого закладу.

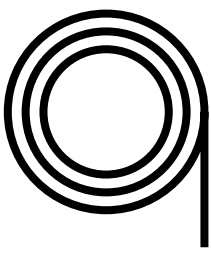


+

+

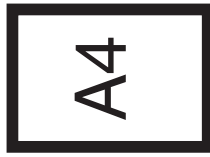


+

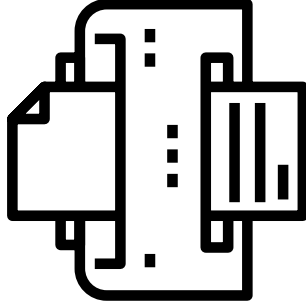


Листівка для пацієнтів

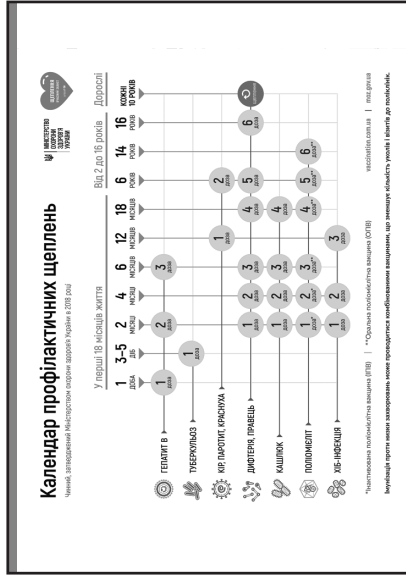
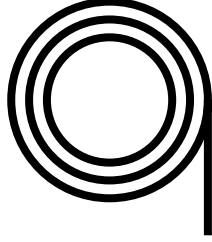
Рекомендуємо розмістити біля кабінетів терапевтів, сімейних лікарів та педіатрів.



+



+



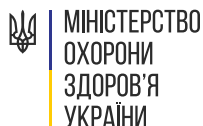
Перші виплати за новими правилами

➤ **160** закладів «первинки» отримали кошти від НСЗУ.

➤ **253,7** млн грн отримали медичні заклади за новою моделлю фінансування.

➤ До **15 серпня** заклади мають підписати договір з НСЗУ, щоб з **1 жовтня** отримувати гроші від НСЗУ.

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА СТИНІВКА



ДАЙДЖЕСТ



ЗМІН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

MOZ.GOV.UA

ЩОМІСЯЦЯ У КОЖНІЙ ОРДИНАТОРСЬКІЙ

FB.COM/MOZ.UKR

№ 9, ЛИПЕНЬ 2018

Гроші пішли за пацієнтом. Керівники, настав час діяти!

У липні перші **160** медичних закладів «первинки» отримали від Національної служби здоров'я України **254** млн грн за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Більшість закладів залучили додаткові кошти в порівнянні зі старою системою фінансування. Нові фінансові надходження повинні бути використані ефективно. Керівникам слід подбати про три головні речі.

1. ПІДВИЩУЙТЕ ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ ВЖЕ ЗАРАЗ

Спрямовуйте кошти на збільшення винагороди кращим лікарям. Медичні працівники, яким довіряють пацієнти, повинні відчувати зміни якнайшвидше. Прив'яжуйте зарплати та премії лікаря до кількості декларацій.

Мотивуйте лікарів активніше залучати громадян. Донесіть медпрацівникам, що основний чинник підвищення зарплати — кількість задоволених пацієнтів.

2. РОБІТЬ ЗАКЛАДИ ЗРУЧНИШИМИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ

Медичні заклади, які співпрацюють із НСЗУ, повинні постійно працювати над підвищенням сервісу в закладах. Ми очікуємо, що вже найближчим часом ви впровадите телефонні та онлайн-системи запису на прийом, організуєте взяття базових аналізів на місцях і забезпечите надання невідкладної допомоги у вихідні та свята.

У майбутньому ми хочемо бачити в закладах комфортні зони очікування для людей, відкриті рецепції замість незручних віконечок реєстратур, зручні умови для людей з інвалідністю, місця для дитячих візочків. Спільно з місцевою владою плануйте зміни для пацієнтів уже зараз.

3. КОНТРОЛЮЙТЕ СТАНДАРТ НАДАННЯ ПОСЛУГ

Уперше ми гарантуємо пацієнтам не розмиту «безкоштовну» медицину, а визначений пакет медичної



*Павло Ковтонюк,
заступник Міністра охорони здоров'я*

допомоги, оплаченої за тарифом. Ці послуги мають стати візитівкою нової системи охорони здоров'я. Ваше завдання — забезпечити стандарт надання первинної допомоги (тобто цих послуг), і тепер маєте для цього фінансування.

Пацієнти мають бути на **100** відсотків упевненими, що в них не вимагатимуть плату за те, що НСЗУ вже покрила з податків, які сплачує кожен громадянин України.

Гроші вже є, і їх буде більше з підписанням більшої кількості декларацій вашими лікарями. Якщо ви ще не уклали договору з НСЗУ, необхідно зробити це якнайшвидше. Завдання тих, хто уклав договір, — ефективно використовувати кошти на благо пацієнта.

Які послуги надаватимуть лікарі «первинки», починаючи з липня

У липні розпочався важливий етап трансформації системи охорони здоров'я. Перші комунальні та приватні медзаклади, які підписали договори з Національною службою здоров'я, почнуть отримувати фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Водночас починає діяти новий Порядок надання ПМД, обов'язковий для виконання всіма закладами первинної медичної допомоги незалежно від моделі фінансування. Повний текст Порядку за посиланням: <https://goo.gl/Nfr1T3>.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Сімейні лікарі, терапевти і педіатри спостерігатимуть за станом здоров'я пацієнта, дорослого чи маленького, встановлюватимуть діагноз та лікуватимуть найбільш поширені хвороби, травми, отруєння. За потреби лікар даватиме направлення до фахівця вторинної чи третинної допомоги — отоларинголога, ендокринолога, хірурга тощо — чи буде консультуватися з ним щодо лікування.

Так само терапевти, педіатри та сімейні лікарі вестимуть пацієнтів із хронічними захворюваннями і станами.

Нагадуємо, що сімейний лікар може вести пацієнтів будь-якого віку, педіатр — дітей від народження і до **18 років**, а терапевт — віком **18 років** і старших.

АНАЛІЗИ І ДОСЛІДЖЕННЯ

На рівні первинної медичної допомоги у пакет послуг входять такі аналізи і дослідження:

- загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
- загальний аналіз сечі;
- глюкоза крові;
- загальний холестерин;
- вимірювання артеріального тиску;
- електрокардіограма;

- вимірювання ваги, зросту, окружності талії;
- швидкий тест на вагітність;
- швидкий тест на тропонін;
- швидкі тести на ВІЛ, вірусні гепатити.

Інші дослідження та аналізи виконуються за направленням лікаря в закладах спеціалізованої допомоги.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ДІТИ ДО ТРЬОХ РОКІВ

Сімейний лікар або терапевт за бажанням вагітної може вести неускладнену вагітність. Лікар може взяти вагітну на облік до **12 тижнів**. Коли є необхідність або вимагає протокол, він направить вагітну до акушера-гінеколога. Також лікар «первинки» розкаже, як діяти вагітній та дорослим членам родини, котрі мешкають із нею, при наблизенні пологів. У потрібний час направить до пологового будинку.

Після народження дитини педіатр або сімейний лікар має проводити планові обов'язкові огляди, навіть коли дитина здорова: **10** оглядів лікаря та **6** оглядів медсестри у перший рік життя дитини, два огляди — у два роки та один огляд — у три роки.

ВАКЦИНАЦІЯ

Лікар має відстежувати проведення вакцинації дітей та дорослих за календарем щеплень. Держава закупує вакцини проти туберкульозу, поліомієліту, дифтерії, кашлюка, правця, кору, гепатиту В, гемофільної інфекції, краснухи, епідемічного паротиту.

ОБОВ'ЯЗКОВІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ

Новий Порядок надання первинної медичної допомоги передбачає профілактичні огляди та аналізи для груп ризику семи захворювань.

Щороку:

- цукровий діабет: особи віком **45 років** і старші; всі особи незалежно від віку — при факторах ризику;
- ВІЛ: особи віком **14 років** і старші — при факторах ризику;
- туберкульоз: усі особи незалежно від віку — при факторах ризику.

Раз на два роки:

- рак молочної залози: жінки віком **50–69 років**, жінки віком від **40 років** — при факторах ризику.

Раз на один-два роки, залежно від факторів ризику:

- гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання: жінки віком **50 років** і старші, чоловіки віком **40 років** і старші;
- колоректальний рак: жінки і чоловіки віком від **50 років**;
- рак передміхурової залози: чоловіки віком від **40 років** залежно від ступеня ризику.

Фактори ризику для кожного випадку викладено у Порядку надання ПМД.

Важливою буде роль лікаря «первинки» і в запобіганні хворобам. Лікар має вчасно виявити ризики для здоров'я. Також серед його обов'язків — консультування з метою подолання шкідливих звичок та ведення здорового способу життя.

РЕЦЕПТИ НА ЛІКИ

Рецепти на ліки, в тому числі за програмою «Доступні ліки», також випишуватиме лікар первинної ланки.

ВІЗИТИ ДОДОМУ ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА

Лікар самостійно визначатиме необхідність візиту до пацієнта додому залежно від медичних показань. Лікар може телефоном дати поради

щодо полегшення стану, а пізніше, під час прийому в закладі, направити на аналізи та дослідження, уточнити діагноз та призначити необхідне лікування. Лікар також може викликати екстрену допомогу до хворого, якщо буде така необхідність.

Невідкладна допомога при гострих станах і раптовому погіршенні стану здоров'я надаватиметься в медичному закладі.

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА І МЕДИЧНІ ДОВІДКИ

У компетенції лікаря «первинки» також окремі послуги паліативної

допомоги: спостереження та оцінка стану важкохворого пацієнта, виписування рецептів для лікування больового синдрому.

Лікар «первинки» також видає довідки, листок непрацездатності, направлення для проходження медико-соціальної експертизи тощо.

Як розмовляти з пацієнтами про візити додому

Згідно з Порядком вибору лікаря, пацієнт може підписати декларацію незалежно від місця реєстрації. Часом люди обирають лікаря, який працює віддалено від місця їхнього проживання. І тоді виникає питання щодо візитів додому. Рішення про необхідність візиту приймає лікар за медичними показаннями. Як вибудовувати комунікацію з пацієнтами, як говорити про зменшення кількості необґрунтованих викликів і домовлятися про оптимальні умови взаємодії, розповідають практикуючі лікарі первинної ланки — сімейний лікар, педіатр і терапевт.



*Ігор Заставний, сімейний лікар
Амбулаторії загальної практики —
сімейної медицини, смт Краковець
Львівської області*

Організація роботи кожної медичної практики — це питання компромісу, логістики та тривалого діалогу між медичною командою, керівництвом громади і людьми. Виклики додому в нашій амбулаторії відбуваються не настільки часто, як у містах, і в основному це патронаж немовлят,

відвідини маломобільних пацієнтів або надання невідкладної медичної допомоги. Ми щодня намагаємось пояснювати людям, які приходять або телефонують до нас, що в робочий час у більшості випадків краще привезти людину до медичного закладу, оскільки тут є більші діагностичні можливості, так простіше та безпечніше для всіх. Для того щоб надати телефонну консультацію, лікар чи медична сестра мусять опанувати так звану систему «червоних прапорців», коли вони просять людину чи її родичів виконати елементарні маніпуляції та виміри (пульс, тиск, дихання), а вже після отриманих даних медики вирішують: виїхати на місце, терміново викликати «швидку» чи рекомендувати прийом певного препарату, попросити людину (або її родину) контролювати стан протягом певного часу і приїхати самостійно на прийом. Це питання тривалого навчання як медиків, так і пацієнтів. Метод аргументації таких дій є один: здобуття довіри до себе, а це знову ж таки тривалий процес із багатьма пунктами для виконання.

Я трішки публічний сімейний лікар, а наша амбулаторія досить відома за межами нашої громади завдяки соціальним мережам, тому в нас є декларації, підписані навіть із пацієнтами, які живуть за **90 км** від нашої медичної практики. Я пояснював їм усі ризики та намагався в окремих випадках знайти їм сімейного лікаря

ближче до їхнього дому. Інколи це вдається, інколи — ні. Людина сама обирає, з ким укласти декларацію, в лікаря немає права вето. В більшості випадків консультація для таких пацієнтів проводиться дистанційно або інколи я даю направлення на вторинний рівень. Безперечно, це складно, тому в мене є вже невеликий список із класних сімейних лікарів у різних районах області, яких я рекомендую в таких ситуаціях. Загалом я обожаю здорову конкуренцію, але з дотриманням усіх правил медичної етики, тому кожен лікар має зробити все можливе, щоб було зручно і людині, і самому лікареві, а не просто збирати тисячі підписаних декларацій, незважаючи на етику і логістику. З цієї причини я залюбки порекомендую свого професійного колегу людині з іншого району.



*Юлія Володіна, лікар-терапевт,
«Центр здорового життя», м. Київ*

Комунікація між лікарем і пацієнтом — запорука всього у процесі лікування. Формування довіри, збір

анамнезу, обговорення результату консультації — все це неможливе без спілкування. Багато років процес викликів дільничних лікарів додому був автоматичним: пацієнт телефонує — лікар іде.

Навіть приблизний підрахунок говорить про те, що за час, витрачений на «виклик додому», лікар міг би проконсультувати мінімум у шість разів більше пацієнтів, серед яких не завжди всі «більш легкі».

Є дослідження, які свідчать, що лікар робить утричі більше помилок у разі консультації пацієнта вдома. Коли лікар приймає у своєму кабінеті, він на власній території. Він спокійний, сконцентрований на консультації, поряд є колеги, до яких можна звернутися, доступні діагностичні можливості також впливають на результат. Коли ж він виходить за межі лікарні, він відволікається, витрачає сили на дорогу. Тому я проти обов'язкових консультацій удома для пацієнтів без попередньої комунікації.

Також вагома причина починати «попередню перевірку» — фінансова складова. Я вже давно працюю у приватному секторі, і тут все набагато простіше, тому що «прайс», за яким працює медичний центр, єдиний, відкритий і зрозумілий як лікареві, так і замовникові послуги — пацієнту. Виклик додому доступний у приватних клініках, але він набагато дорожчий, ніж консультація в закладі. Головне у формуванні ціни за послугу — це дорогоцінний час лікаря. Чому ми всі звикли думати, що в державних закладах фінансові закони не діють? Вже давно, за моїми спостереженнями, понад **98%** дорослих пацієнтів обирають консультацію терапевта в медичному закладі.

Маючи досвід роботи як у державних, так і в приватних клініках, абсолютно усвідомлюю, що контингент пацієнтів, а також звичка до такої

послуги формує «вимогливих пацієнтів» — тих, які почнуть вимагати терапевта при температурі **37,2° С**, які мають хронічні захворювання в похилому віці, в яких погано працює тонометр, які «перебрали» алкоголю, які хочуть отримати лікарняний, щоб прогуляти роботу. До кожного конкретного випадку підхід окремий, але основа одна — відверта, спокійна, доброзичлива, але дуже продумана щодо аргументів і підготовлена щодо питань комунікація з пацієнтом.

Отримавши виклик, зателефонуйте пацієнтові і з'ясуйте причину виклику, стан пацієнта, його очікування. Ключем до такої комунікації стане алгоритм, який ви розробите у власній лікарні: «Що я запитаю?», «Як я запитаю?», «Для чого запитаю?», «Як це допоможе мені прийняти рішення щодо медичної виправданості консультації вдома?» І не забудьте зафіксувати це в медичній документації, адже за новими правилами ви можете шифрувати не тільки діагноз, а й телефонну комунікацію за ІСПС-2. Телефонна консультація з пацієнтом — це також важлива складова роботи лікаря первинної ланки.



Ольга Бобровська, заступник головного лікаря КНП «Гусятинський ЦПМСД» Гусятинської районної ради, лікар-педіатр, Тернопільська область

У педіатрії є не тільки виклики додому, а й патронажі. Згідно з наказом МОЗ від **20.03.2008 № 149**, лікар має оглянути дитину вдома не пізніше як на другий день після виписки з пологового будинку і у два тижні;

також передбачено два патронажі медсестри до дитини у віці до одного місяця. Доки цей наказ не скасовано, такі огляди вдома залишаються.

Планую не обслуговувати всі виклики, а пояснювати пацієнтам, що їм краще прийти чи приїхати в амбулаторію, тому що вдома їх лікар відвідає аж після прийому, зазвичай у другій половині дня. Можливо, треба буде провести додаткові обстеження чи консультації спеціалістів, для цього все одно треба звертатися до медичного закладу, а після обіду аналізи вже не зроблять або спеціалістів може не бути, тому доведеться чекати наступного дня.

Спротиву особисто не зустрічала. Дільничний чи сімейний лікар зазвичай є близьким до людей, які перебувають під його наглядом багато років, і знає, як досягти з ними порозуміння.

Одним із плюсів має стати можливість записатися до лікаря, а також наявність «вікон» для прийому тих, хто щойно захворів і має потребу звернутися саме сьогодні.

Якщо добре подумати, то, крім дітей до одного місяця та хворих на різні захворювання (вітряна віспа, кір та ін.), педіатр мав би оглядати вдома хіба що дітей з інвалідністю та підгрупою А, якщо вони захворіли. В решті випадків огляд в амбулаторії є більш практичним і зручним.

При підписанні декларацій з батьками дітей, які проживають не в місці населеному пункті, пояснюю, що не зможу відвідувати їх удома. Кажуть, що розуміють і згодні.

Вважаю, що питання викликів відображає ставлення до лікаря. Якщо батьки його поважають, то не дозволять собі викликати лікаря лише через те, що погана погода.

Копії документів для підписання декларації з лікарем більше не потрібні



*Тетяна Орабіна, керівник експертної групи з питань реформування системи охорони здоров'я
Директорату медичних послуг*

МОЗ України затвердив зміни до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Декларації про вибір лікаря, підписані до набрання чинності змін, є дійсними і не анулюються.

Лікар або реєстратор більше не зобов'язані виготовляти і зберігати копії документів, які надає пацієнт. При підписанні декларації пацієнт тільки показує один із документів, що посвідчують особу, та документ про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків. Декларація друкується у двох примірниках. Після підписання пацієнтом один залишається в закладі, інший — у пацієнта.

Пацієнт, який поки що не обрав лікаря та перебуває в невідкладному стані, все одно має право отримати безперервну та безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Ми скоротили декларацію до одного аркуша, що суттєво зекономить час пацієнтів та лікаря на її заповненні.

До 1 січня 2020 року подовжено строк дії декларацій про вибір лікаря, які були підписані до 23 березня 2018 року. Декларації, підписані після 23 березня 2018 року, не мають кінцевого терміну дії. Їх повторно підписувати не потрібно.

Відтепер не лише в разі перетворення закладу охорони здоров'я у комунальне некомерційне підприємство, а й при поділі, виділі, приєднанні юридичних осіб — надавачів медичних послуг раніше подані декларації залишаються чинними і вважаються поданими юридичній особі- правонаступнику за умови, що обраний пацієнтом лікар продовжує працювати в закладі.

Запитання-відповіді

ЧИ МАЮТЬ ПРАВО ЗАКЛАДИ ПМД, ЯКІ ПІДПИСАЛИ ДОГОВІР З НСЗУ, НАДАВАТИ ПЛАТНІ ПОСЛУГИ?

Держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату надання первинної медичної допомоги за рахунок коштів Державного бюджету України.

Заклад ПМД, що підписав договір з НСЗУ, не має права вимагати від пацієнтів винагороду в будь-якій формі (в тому числі у вигляді благодійних внесків, будь-яких платежів на користь третіх осіб) за медичні послуги, що надаються згідно з підписаним договором. Порушення цих вимог є підставою для притягнення до відповідальності.

Медичні послуги, які не повинні надаватися згідно з договором з НСЗУ, заклад може надавати платно — в рамках постанови Кабінету Міністрів України № 1138.

ЧИ ПОВИНЕН ЛІКАР ВИДАВАТИ ЛІКАРСЬКЕ СВІДОЦТВО ПРО СМЕРТЬ ПАЦІЄНТА, ЯКИЙ ПІДПИСАВ З НИМ ДЕКЛАРАЦІЮ, ЯКЩО ТОЙ МЕШКАЄ В ІНШОМУ РАЙОНІ ОБСЛУГОВУВАННЯ?

Свідоцтво про смерть видається відповідно до наказу МОЗ від 08.08.2006 № 545. Наказом передбачено можливість для закладів охорони здоров'я, зокрема амбулаторно-поліклінічних, видавати свідоцтво про смерть.

У містах, селищах міського типу, населених пунктах сільської місцевості в закладах охорони здоров'я, де працюють не менше

двох лікарів, видаються тільки лікарські свідоцтва про смерть. У разі неможливості виїзду лікаря медичного закладу, який лікував померлого, свідоцтво про смерть видає черговий лікар.

У сільських населених пунктах у закладах охорони здоров'я, де працює тільки один лікар, у разі його відсутності (хвороба, відпустка і таке інше) фельдшер видає фельдшерську довідку про смерть.

ЧИ МАЄ ПРАВО ЛІКАР ВІДМОВИТИ ПАЦІЄНТОВІ В ПІДПИСАННІ ДЕКЛАРАЦІЇ, ЯКЩО ВІН УЖЕ ПІДПИСАВ РЕКОМЕНДОВАНУ КІЛЬКІСТЬ? ЧИ БУДЕ НСЗУ ОПЛАЧУВАТИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОНАД ЦЮ КІЛЬКІСТЬ?

Лікар може відмовити пацієнтові в підписанні декларації, якщо він уже підписав кількість

декларацій, рекомендовану Порядком вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу (наказ МОЗ № 503): **900** осіб для педіатра, **1 800** осіб — для сімейного лікаря і **2 000** осіб — для терапевта.

Наразі лікарі можуть підписувати тільки рекомендовану кількість декларацій. Процедура запиту до НСЗУ про дозвіл на понаднормову кількість пацієнтів розробляється.

ЯК ВІДБУВАТИМЕТЬСЯ ПАТРОНАЖ НОВОНАРОДЖЕНИХ, СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ?

Педіатр або сімейний лікар, які підписали декларацію про ведення дитини, або лікар, до чийого району обслуговування приписана дитина (якщо декларацію ще не підписано), повинні проводити планові обов'язкові огляди, навіть коли дитина здорова: **10** оглядів лікаря і **6** оглядів медсестри у перший рік життя дитини, два огляди — у другий рік та один огляд — у третій рік. Здійснювати патронаж новонароджених (протягом першого місяця життя) лікар і медсестра повинні вдома незалежно від місця фактичного проживання дитини. За договором з НСЗУ заклад може залучати інші заклади охорони здоров'я або фізичних осіб — підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, для надання окремих медичних послуг пацієнтам. Цією формою надання послуги можна

скористатися, якщо підписано декларацію на дитину, котра проживає віддалено.

ЯКІ ІСНУЮТЬ МОЖЛИВІ ВАРИАНТИ НАДАВАТИ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ У ВИХІДНІ ТА СВЯТКОВІ ДНІ, ВІДПОВІДНО ДО ВИМОГ НСЗУ?

Медичний заклад, що підписав договір з НСЗУ, для надання послуг у вихідні та святкові дні може:

- Створити в закладі кабінет, у якому чергуватимуть лікар і медсестра, які надаватимуть послуги згідно з Порядком надання ПМД.
- Створити такий кабінет разом з іншим закладом ПМД.
- Укласти договір про надання цих послуг із закладом вторинної або третинної допомоги.

Інформацію про місце і графік надання медичної допомоги у вихідні та святкові дні має бути розміщено в кожному місці надання медичних послуг та на веб-сайті медичного закладу (у разі наявності).

ЧИ ОБОВ'ЯЗКОВИМИ Є ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ НА ДІАБЕТ, СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ, РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК, РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ, ВІЛ, ТУБЕРКУЛЬОЗ? ЧИ МОЖЕ ЛІКАР НАПОЛЯГАТИ НА НИХ?

До обов'язків лікарів первинної ланки належить профілактика захворювань, частиною якої

є профілактичні огляди, затверджені Порядком надання первинної медичної допомоги (наказ МОЗ № 504). Отже, лікар має право наполягати на проведенні таких оглядів за показаннями (віковими, належністю до груп ризику). Згідно з Порядком вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу (наказ МОЗ № 503), лікар може подати заяву про відмову від подальшого ведення пацієнта у зв'язку з тим, зокрема, що пацієнт не виконує медичних приписів, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення.

Для пацієнта



До кожного випуску Дайджесту ми додаємо спеціальну вкладку з корисною інформацією для пацієнта.

Рекомендуємо роздруковувати ці вкладки та розміщувати їх на інформаційних дошках у вашому закладі.

У цьому випуску — інформаційна листівка «Календар профілактичних щеплень».

Надсилайте ваші запитання

Чекаємо від вас запитання, відповіді на які ви хочете бачити у Дайджесті змін в охороні здоров'я. Будь ласка, вкажіть у листі своє ім'я, спеціальність, назву закладу та додайте фотографію: ми хочемо, щоб усі бачили, що у медичній спільноті є реальні обличчя.

Пишіть на digest.moz@gmail.com

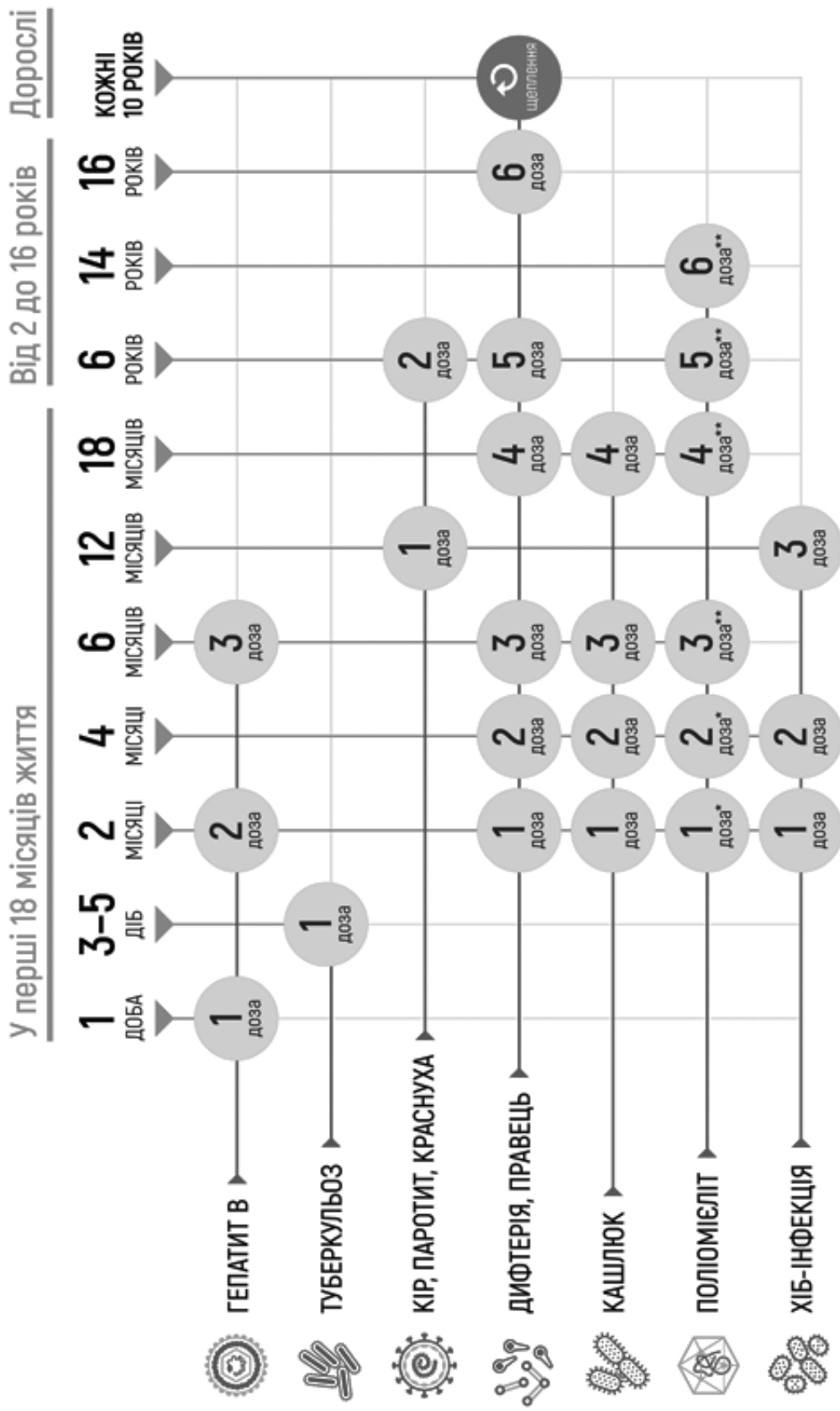
Цей Дайджест було підготовлено завдяки фінансовій підтримці Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в рамках Угоди з Проектом «Реформа ВІЛ-послуг у дії» № AID-121-A-13-00007. Зміст цього Дайджесту, за який несуть відповідальність винятково ТОВ «Делойт Консалтінг» та партнери-виконавці, не обов'язково є відображенням поглядів USAID або Уряду США.

Календар профілактичних щеплень

Чинний, затверджений Міністерством охорони здоров'я України в 2018 році



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ



*Інактивована поліомієлітна вакцина (ІПВ) | **Оральна поліомієлітна вакцина (ОПВ)

vaccination.com.ua | moz.gov.ua

Імунізація проти низки захворювань може проводитися комбінованими вакцинами, що зменшує кількість уколів і візитів до поліклінік.