

Як організувати кампанію з вибору лікаря у вашому регіоні

Липень — початок реформи

- із закладами ПМД Національною службою здоров'я будуть укладені договори
- оплата за договорами буде здійснюватися за тарифом
- тариф — ставка за одного пацієнта, який уклав декларацію — 370 грн за пацієнта на рік з віковими коефіцієнтами

Підписання декларацій — з 2 квітня

Наказ МОЗ «Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» №503 від 23.03.2018 року

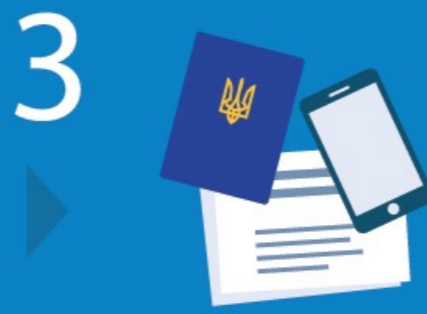
Як підписати декларацію з лікарем?



1
Оберіть заклад і лікаря



2
Медзаклад, де можна підписати декларацію, впізнаєте за наліпкою «Тут можна обрати свого лікаря»



3
Візьміть із собою паспорт, ідентифікаційний код і мобільний телефон. Для дитини до 14 років – свідоцтво про народження дитини



4
У реєстратурі медзакладу вам підкажуть, де можна підписати декларацію та нададуть список лікарів



5
Уповноважений працівник медзакладу (працівник реєстратури, медсестра або лікар) введе ваші дані в електронну систему



6
На ваш мобільний надійде СМС з кодом. Повідомте цей код працівнику закладу



7
З електронної системи роздрукують декларацію з вашими даними. Уважно перевірте, чи все вірно



8
Підпишіть два екземпляри роздрукованої декларації. Один ви забираєте з собою, інший лишається у закладі



9
Працівник закладу підтверджує вашу декларацію своїм електронним підписом і відправляє в систему

Тепер ви в електронній системі охорони здоров'я, а значить НСЗУ гарантовано направить гроші у ваш заклад і вашому лікарю з липня.

☎ 15-45

Безкоштовно з усіх номерів

Починають лише заклади, які виконали вимоги:

- заклад обладнаний як мінімум одним комп'ютером, принтером, є папір;
- підключений до системи «Електронне здоров'я»;
- у закладі визначені уповноважені особи для внесення декларацій;
- уповноважені особи мають електронний цифровий підпис та провели тестове заповнення декларацій (тобто заповнили хоча би одну).

*Звертайте увагу на
наліпки на медзакладі*

**Тут можна
обрати
свого лікаря**

Заклад підключено до системи
«Електронне здоров'я»

Більше інформації:
ehealth.gov.ua

Якщо заклад не ГОТОВИЙ

Забороняється:

- збирати персональні дані пацієнтів (ПІБ, паспортні дані, ідентифікаційний код тощо) у будь-якому вигляді
- складати списки пацієнтів для підписання декларацій

**Що говорити пацієнтам,
доки заклад не готовий?**

**«Наша амбулаторія почне
підписання декларацій
XX квітня 2018 року»»**

Розмістити інформацію про заклад та лікарів

- На стенді на стіні у холлі закладу ПМД
- На листку А4 або А3, який буде доступний для пацієнтів у реєстратурі

Інформація про заклад

- Назва ЦПМСД чи амбулаторії
- Дні та години роботи
- Контактний телефон закладу
- Перелік основних послуг, що надає заклад

Інформація про лікарів

- Прізвище, ім'я, по-батькові
- Лікарська спеціальність (терапевт/педіатр/сімейний лікар)
- Стаж роботи за спеціальністю
- Кваліфікаційна категорія
- Адреса прийому
- Номер кабінету
- Графік роботи
- Контакти

Комунікація

**Ви — джерело надійної інформації
про кампанію**

Ваші заклади — обличчя реформи

Департамент охорони здоров'я має стати основним інформаційним центром та бути головним джерелом інформації у своєму регіоні

Задачі

- Визначити ключових спікерів
- Вивчити ключові повідомлення
- Зібрати всі заклади ПМД і пояснити задачі та дати відповіді на питання

Спікери

- Голова ОДА/міський голова
- Заступник голови ОДА/міського голови з гуманітарних питань
- Керівник обласного департаменту охорони здоров'я
- Заступник керівника обласного департаменту охорони здоров'я
- Керівники районних і міських департаментів охорони здоров'я

Можуть бути додаткові спікери

Що мають знати спікери?

- Набір ключових повідомлень
- Відповіді на найбільш розповсюджені питання
- Інструкція: Як пацієнту підписати декларацію з лікарем?

Ключові повідомлення

- З 2 квітня в українців з'являється можливість **вільно обрати свого лікаря.**
- Обрати свого лікаря — значить **підписати декларацію** з сімейним лікарем, терапевтом чи педіатром.
- Декларація — **це форма заяви.** Ви повідомляєте, що обрали саме цього лікаря і цей заклад.
- Тоді з липня гроші з ваших податків підуть до **лікаря**, якому ви довірили своє здоров'я
- Вибирати лікаря можна у **будь-якому закладі незалежно від місця прописки**

Ключові повідомлення

- Ви впізнаєте заклад, де можна підписати декларацію, за наліпкою «**Тут можна обрати свого лікаря**».
- З липня **дохід закладів первинки та лікарів** буде залежати від кількості підписаних декларацій з пацієнтами.
- **Початок реформи в нашому місті, районі чи ОТГ** залежить від готовності закладів до старту роботи з НСЗУ.
- Не потрібно поспішати. Час є. Кінцевого терміну підписання декларацій немає.

Як і коли виходити в медіа?

до 2 квітня

- Забезпечити заклади, підключені до електронної системи, стікерами
- Визначити спікерів
- Вивчити меседжі та матеріали
- Не виходити з прес-конференціями

2-9 квітня

- Давати чіткі інструкції і роз'яснення
- Забезпечити, щоб журналісти знімали тільки у закладах, готових до кампанії з вибору лікаря

з 10 квітня

- Розмістити інформаційні матеріали
- Виходити на ефіри та прес-конференції активно з історіями успіху

2-9 квітня

Залучаємо пасивно

Задачі

- Не розміщуємо оголошень
- Не запрошуємо пацієнтів активно
- Відповідаємо на запити у медіа
- Спрямовуємо журналістів туди, де належні умови

Уникати утворення черг



10-15 квітня

Залучаємо АКТИВНО

Задачі

- Розмістити плакати «Обери свого лікаря» у закладах ПМД
- Розмістити оголошення на будинках
- Активно залучати пацієнтів
- Ходити на ефіри
- Розмістити формат А4 у аптеках, ЖЕК, транспорті, пошті
- Надрукувати та розмістити білборди та сітілайти

Організуйте моніторинг

**Жорстко зупиняйте
дискредитацію змін**

Реєстрація лише за місцем прописки



Валерія Гріненко В [REDACTED]

хотела подписать декларацию,
отказали, сказали подписывают
только со своего участка.

Строго так уточнили адрес,
сказали вам не к нам

[Like](#) · [Reply](#) · [See translation](#) · 8h

Самостійне розміщення оголошень

Об'ява

Прохання всіх підійти в амбулаторію на

[REDACTED] 18 з паспортом для створення

Електронної карточки

з 08⁰⁰ до 15⁰⁰

Адміністрація поліклініки

Тиск на пацієнтів щодо платних послуг/відмови у послугах

ШАНОВНІ МЕШКАНЦІ ,
ПРОСИМО ТЕРМІНОВО ЗВЕРНУТИСЯ
ДО ДІЛЬНИЧОГО ТЕРАПЕВТА ДЛЯ
ЗАНЕСЕННЯ В ЕЛЕКТРОННИЙ
МЕДИЧНИЙ РЕЄСТР ДЛЯ УКЛАДЕННЯ
ДЕКЛАРАЦІЇ З ЛІКАРЕМ БОНДАРЕНКО
РОКСОЛАНОЮ ЮР'ІВНОЮ ДЛЯ
ПОДАЛЬШОГО БЕЗОПЛАТНОГО
ОБСЛУГОВУВАННЯ В МІСЬКІЙ
ПОЛІКЛІНІЦІ № 4.
В РАЗІ НЕПІДПИСАННЯ УГОДИ -
ПОДАЛЬШІ ПОСЛУГИ В ПОЛІКЛІЦІ
БУДУТЬ ПЛАТНИМИ.
ПРИ СОБІ МАТИ: ПАСПОРТ, ІДЕНТИФІКА -
ЦІЙНИЙ КОД, НОМЕР КОНТАКТНОГО
ТЕЛЕФОНУ.



Maks Yuriev · 10 mutual friends

Чому в поліклініках лякають, що якщо не підписати декларацію до кінця березня - то прийдеться лікуватися за власні кошти.

Like · Reply · 10h

Заповнення паперових «декларацій»/ збір персональних даних

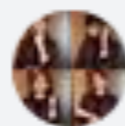
ДОДАТОК

МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ

ДЕКЛАРАЦІЯ № _____

ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

| I. Дані пацієнта | | | | |
|---|---|--|-----------------------|---------------|
| 1. Прізвище* | 4. Стать* | 5. Місце народження* | 6. Дата народження* | |
| | Ч / Ж / Н | | | |
| 2. Ім'я* | 7. Серія і номер паспорту (запис №) АБО свідоцтва про народження* | | | |
| | | | | |
| 3. По батькові* | 8. Реєстраційний номер облікової картки платника податків* | | | |
| | | | | |
| 9. Додатковий документ (серія, номер, дата видачі або термін дії посвідчення водія, закордонного паспорту, іншого посвідчення з фото) | | | | |
| | | | | |
| 10. Контактний номер телефону (бажано мобільний)* | 11. Адреса електронної пошти | | | |
| + | | | | |
| 12. Інформація про законного представника, опікуна чи піклувальника | | | | |
| 12.1 Прізвище | 12.2 Ім'я | 12.3 По батькові | | |
| | | | | |
| 12.4 Номер та серія паспорту (запис №) | 12.5 Дата народження | 12.6 Реєстраційний номер облікової картки платника податків* | | |
| | | | | |
| 13. Адреса місця реєстрації* | | | | |
| 13.1 Індекс* | 13.2 Вул., просп., алея, пров., узвіз, площа, б* | 13.3 Буд./кв.* | 13.4 Населений пункт* | 13.5 Область* |
| | | | | |
| 14. Адреса для надання допомоги за місцем проживання (перебування) - якщо не збігається з місцем реєстрації | | | | |
| 14.1 Індекс* | 14.2 Вул., просп., алея, пров., узвіз, площа, б* | 14.3 Буд./кв.* | 14.4 Населений пункт | 14.5 Область* |
| | | | | |
| 14.6 Відмовляюсь від надання допомоги за місцем проживання (перебування) - підпис | | | | |
| | | | | |
| 15. Контакти особи на випадок екстреної ситуації (ім'я, телефон) | | | | |
| поля, що позначені «*», обов'язкові для заповнення | | | | |
| | | | | |
| II. Дані лікаря | | | | |
| ІБ* | | | | |
| | | | | |



Ivanenko Ludmila Класс. Нам дали бланк , мы его заполнили и отдали врачу. И все.

Like · Reply · See translation · 3h

**Наша мета:
дати пацієнту можливість
обрати свого лікаря**