

Зміни у медичній галузі. Що нового?

Реформування медицини у 2017 році призведе до значних змін: пацієнти самостійно обиратимуть сімейних лікарів та заповнюватимуть декларації, які вноситимуть у спеціальний електронний реєстр. Сімейні лікарі конкуруватимуть за пацієнтів, а найуспішніші зможуть заробляти до 35 тис. грн в місяць. Вони надаватимуть консультації пацієнтам по телефону та скайпу, а також обслуговуватимуть вагітних жінок. Що буде ще нового?

Сьогодні подаємо найважливішу інформацію про цьогорічні зміни у медичній галузі.

Чому всі незадоволені?

Медична реформа, яку ініціює міністерство охорони здоров'я, має повністю змінити принцип фінансування галузі. Перший етап реформування медицини почнеться у липні цього року і стосуватиметься первинної ланки (сімейних лікарів). З липня ви маєте прийти до сімейного лікаря та задекларувати намір у нього обслуговуватись. Для цього треба заповнити декларацію, яку лікар внесе в електронний реєстр.

За кожного пацієнта, який заповнить декларацію, сімейний лікар отримуватиме 210 грн у рік. Водночас сума, яку зараз платить держава за пацієнта, є утричі більшою.

«Кожного року держава приймає рішення виділити певну суму грошей на одного мешканця. Торік держава виділила 700 грн на кожного львів'янина, але мало хто отримав свої 700 грн. Гроші виділяють на кожного мешканця, але всі не задоволені. Чому? Бо першого січня ми їх одразу ділимо. 75% відкладаємо на зарплату медиків. Тобто ми ще не лікували, але передоплата на невідомо які послуги уже відкладена», – каже Володимир Зуб.

10% з цієї суми відкладають на комунальні послуги, а ще 5-6% на утримання закладів – забезпечення техногенної та пожежної безпеки, вивіз сміття і тд. У кінцевому результаті, за словами Зуба, на кожного пацієнта залишається приблизно 35 грн.

«Чи отримали ви ці гроші? Ні, не отримали. Ви могли б їх отримати, якщо б опинились у операційній або реанімації, бо цих грошей вистачає на те, що пацієнт купити не може – це кисень для наркозу, наркотики, дезінфекція, яку треба проводити щодня, і мінімальні видатки для забезпечення реанімації новонароджених, у лікарнях швидкої допомоги. Відтак ніхто не задоволений», – додає Зуб.

210 грн – на людину

Сімейному лікарю за кожного задекларованого пацієнта платитимуть 210 грн в рік. Якщо лікар обслуговуватиме 2 тис. пацієнтів, як це передбачають у міністерстві, то за місяць його зарплата може сягнути 35 тис. грн. Однак за ці гроші йому треба буде орендувати приміщення та платити зарплату працівникам, до прикладу, медсестрі.

У міністерстві наголошують, що мешканці не будуть територіально прив'язані до дільничних поліклінік та зможуть обирати будь-якого лікаря на будь-якій території.

Інфографіка МОЗ щодо фінансування сімейних лікарів

Розпорядником державних коштів буде ще не створена Національна служба здоров'я (НСЗ), яку мають створити восени. Вона укладатиме договори з закладами охорони здоров'я та лікарями-ФОПами і виділятиме фінансування відповідно до кількості заповнених декларацій.

За словами Павла Ковтонюка, зараз сума у 210 грн за одного пацієнта у рік переглядається та її планують збільшити. Також у системі охорони здоров'я будуть запроваджені коефіцієнти. Наприклад, якщо сімейний лікар обслуговує дітей, пенсіонерів чи людей з хронічними захворюваннями, то їм платитимуть більше, ніж 210 грн за пацієнта. Однак остаточної ставки наразі ще не затвердили.

Гроші отримуватиме лікар чи заклад?

Якщо сімейний лікар працює у державному закладі охорони здоров'я, то договір НСЗ укладатиме з закладом, бо він має відповідну ліцензію. Тобто гроші отримуватиме заклад. Винятком можуть бути ФОП, які мають ліцензію.

Кожен лікар вноситиме декларації пацієнтів у електронний реєстр. Наприклад, якщо у поліклініці працює 40 сімейних лікарів, кожен з яких внесе у реєстр по 2 тисячі декларацій, то за 80 тис. пацієнтів у рік заклад отримуватиме 16,8 млн грн.

«Працівники мають самостійно приймати рішення як ці гроші витратити. Зокрема, у який спосіб буде виплачуватись зарплата: згідно з посадовим окладом, чи відповідно до кількості записаних пацієнтів. У закладах самостійно визначатимуть кількість медсестер, санітарок, обслуговуючого персоналу. Лікарі стають розпорядниками своїх коштів – не Львівська міська рада, не депутати, а заклад (колектив), тому що він напряму підписує договір з НСЗ», – пояснює начальник управління охорони здоров'я Львівської міськради Володимир Зуб.

За його словами, восени у Львові ймовірно будуть змінювати статус закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) на комунальні підприємства (КП), як це було із стоматологічними поліклініками. Це дозволить закладам змінити форму нарахування заробітної плати та самостійно розпоряджатись державними коштами.

«Якщо заклади залишаться у статусі бюджетних установ, то розподіл коштів буде простим – за посадовим окладом. Однак лікар, який принесе 2 тис. декларацій, і у нього буде такий самий посадовий оклад, як у лікаря, який має 1,2 тис.

декларацій, вважатиме несправедливим такий розподіл коштів. Тому грамотному керівнику треба переробити ЗОЗ у КП. У КП є можливість самостійно розподілювати кошти, прийняти методу формування фонду заробітної плати», – пояснює начальник управління охорони здоров'я ЛМР.

Якщо ЗОЗ переведуть на КП, то Володимир Зуб радить медиках приймати рішення колегіально, а не одноосібно головним лікарем. До колеги мають входити кілька представників закладу, які розподілятимуть отримані кошти.

«У такий спосіб треба врегулювати питання зарплати, що, наприклад, за 2 тис. декларацій ми платимо таку суму, за 1,5 тис. – таку, за 1 тис. – таку суму. Якщо у сімейного лікаря є менше тисячі декларацій треба замислитись чи потрібен поліклініці такий лікар. Тоді відповідно можна порухувати скільки у закладі потрібно медсестер, санітарок і тд. Чому електронна реєстратура погано йде? Бо там сидять неосвічені люди, які не знають як користуватись комп'ютером та часто не хочуть ввічливо говорити з людьми. Можливо варто підняти зарплату і набрати кращий персонал, щоб не відштовхувати пацієнтів?», – додає Зуб.

Два реєстри і відсутність дедлайнів

На першому етапі реформи (у 2017 році) буде створено два реєстри – червоний, куди вноситимуться офіційні дані про кількість пацієнтів, які приписані у поліклініках за територіальним принципом, та зелений.

У зеленому реєстрі будуть накопичуватись декларації пацієнтів, які обиратимуть сімейних лікарів. Для створення електронних реєстрів у містах та областях мають закупувати комп'ютери, щоб медики мали з чим працювати.

Новий розподіл державних коштів для первинної та вторинної ланки

«У 4 міській поліклініці на Сихові офіційно приписано 110 тис. пацієнтів, насправді там обслуговується більше людей. Ці 110 тис. мають бути у червоному реєстрі. Якщо приходить їхній пацієнт і декларує, що хоче надалі у них обслуговуватись, то у зеленому реєстрі +1 пацієнт, а у червоному реєстрі Сихівської поліклініки -1. Однак, якщо у 4 міській поліклініці заповнює декларацію мешканець Зубри, то у червоному реєстрі Пустомитівського району буде -1 пацієнт, а у зеленому реєстрі поліклініки на Сихові +1. Заклади будуть зацікавлені переманювати до себе пацієнтів з інших поліклінік», – пояснює як формуватиметься новий реєстр Володимир Зуб.

Заступник міністра охорони здоров'я Павла Ковтонюк каже, що на першому етапі фінансування закладів буде здійснюватися за таким принципом: кількість пацієнтів у червоному реєстрі додаватимуть до кількості у зеленому реєстрі, загальну кількість пацієнтів множитимуть на ставку (наразі 210 грн) та отримують суму, яку НСЗ виділятиме закладу на рік.

«Як базу ми беремо червоний реєстр – зберемо дані з кожного центру первинної допомоги дані про статистичну кількість приписаного до них населення. Це не є їхні реальні пацієнти, але це та цифра, з якою ми почнемо працювати», – каже Павло Ковтонюк.

Така система фінансування (червоний реєстр + зелений) буде діяти ще мінімум рік. За словами Ковтонюка, таке рішення у міністерстві прийняли, щоб не дестабілізувати роботу поліклінік, однак уже у 2018 році міністерство планує визначити конкретний дедлайн, щоб здійснювати оплату праці за даними з зеленого реєстру.

Медичні картки та рецепти доступні в онлайн

У зеленому реєстрі будуть зібрані дані про пацієнтів, їхні медичні картки та лікарські рецепти. Роботу над наповнення реєстру планують розпочати цьогоріч.

«Першим етапом у електронній системі охорони здоров'я є система реєстрації пацієнтів та укладання договорів між бюджетом та закладами. Другим етапом буде доповнення зеленого реєстру – внесенням даних про пацієнтів та електронні рецепти. Думаю, що рецепти на ліки та дані з медичної карти ми почнемо запроваджувати у електронному реєстрі ще цього року, а у 2018 будемо його розширювати», – каже заступник міністра Павло Ковтонюк.

Щодо новацій, то згідно з гарантованим пакетом послуг, які надаватиме сімейний лікар, у нього обслуговуватимуться



жінки з неускладненою вагітністю. За словами Володимира Зуба, зараз дискусійним є питання щодо того, чи повинен лікар ходити на виклики до пацієнтів. Чинивник зазначає, що цю послугу треба зробити платною та не вносити її у перелік гарантованих послуг.

Водночас Павло Ковтонюк зазначив, що у міністерстві це питання уже врегулювали. «У документі є прописаний пункт щодо викликів лікаря додому. Ми це питання врегулювали так, що виклики будуть здійснюватись якщо пацієнт потребує невідкладної допомоги і не може самостійно дістатись до лікаря. Однак, кінцеве рішення чи приходить на виклик приймає лікар», – додав він.

Реформа призведе до скорочень штату працівників

Начальник управління охорони здоров'я Львівської міської ради Володимир Зуб зазначає, що у Львові зараз працює 500 сімейних лікарів, однак після реформування їхня кількість може скоротитись до 300.

«Сьогодні один сімейний лікар має обслуговувати 1500 пацієнтів і така кількість сімейних лікарів у нас є, виходячи із цього навантаження. У міністерстві говорять, що зараз кількість пацієнтів у одного лікаря може сягати 2 тис. Тоді кількість сімейних лікарів формуватиметься від потреби мешканців, а не тому, що ця посада має бути, бо у районі проживає певна кількість мешканців. Це призведе до того, що у нас не буде працювати 500 лікарів, буде працювати 300 кращих, до яких пішли люди», – каже Зуб.

Швидка приїде не до всіх

Влітку на базі диспетчерської Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф запрацює консультативний центр, який визначатиме доцільність виїзду швидкої. За словами очільника обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Володимира Похмурського, швидка приїздитиме лише у екстрених випадках.

«Групи захворювань, симптомів, які відносяться до категорії «екстрені» – це ті ситуації, де не надання екстреної допомоги може призвести до смерті чи різкого погіршення здоров'я. Наприклад, це травми, крововиливи, гостра затримка серцевого кровообігу чи підозра на інфаркт. Також до причин виклику швидкої зараховують різноманітні травми, кровотечі, ускладнені пологи, гостре отруєння, гострий психоз, коли людина може завдати шкоду собі чи іншим людям. Тобто це ті стани, які несуть пряму загрозу для здоров'я людей», – пояснює Похмурський.

Тобто висока температура чи погане самопочуття не є приводом для виклику швидкої. У такому випадку людині нададуть консультацію у кол-центрі на базі диспетчерської, або порадять звернутись до лікаря первинної ланки. Зараз, за словами Похмурського, кожен другий виклик, який надходить до диспетчерів швидкої є не екстреним і швидка могла б на нього не приїздити.

«У нас є 140 швидких, які обслуговують область. Щодня це приблизно 1100 викликів. Кожен другий виклик не є екстреним. Треба працювати з населенням, щоб вони не зловживали викликами швидкої. На кожен другий виклик медиків можна було не викликати», – додав він.

Госпітальні округи – пріоритет 2018 року

Павло Ковтонюк зазначає, що цьогоріч фінансування вторинної ланки медицини (спеціалістів) не знає жодних змін. Галузь фінансуватимуть з державного бюджету за медичною субвенцією. Однак у 2018 році, коли будуть сформовані госпітальні округи, НСЗ сплачуватиме закладам за кожного пацієнта.

«З 2018 року ми будемо переводити вторинну ланку на нову модель фінансування, а платити за їхні послуги буде НСЗ. Фінансування залежатиме від видів допомоги. Скоріш за все, за консультативний прийом буде йти оплата за кожну послугу, тобто за кожен візит. Для стаціонарної допомоги це буде складніший механізм, який називається – оплата за пролікований випадок», – пояснює Павло Ковтонюк.

У міністерстві охорони здоров'я уже почали формувати тарифи для вторинної галузі. Павло Ковтонюк уточнив, що за медичні послуги платитиме держава, однак обсяг цих послуг буде обмежений. Які послуги не входять до гарантованого переліку, у міністерстві наразі не визначили.

«У цьому році у рамках підготовки до нової системи фінансування ми взяли за проект, який називається госпітальні округи. Він стосується розвитку нашої стаціонарної мережі і її планування перед тим, як кошти будуть «ходити» за послугами. На цей рік поставлена задача сформувати госпітальні округи, зібратися на госпітальні ради, коли медики з лікарень збираються разом і планують комплекс послуг, який вони будуть надавати пацієнтам. Відповідно до цього вони складуть план свого розвитку і перепрофілювання, щоб їхні потужності були організовані якнайкраще», – додав заступник міністра.