

● Позитив

30 років "первинки"



За 30 років незалежності в Україні трансформувалася система охорони здоров'я, у яку входять зміни у первинній медичній допомозі. Заступниця міністра охорони здоров'я Ірина САДОВ'ЯК поспілкувалася з Фактами ICTV щодо змін у цьому напрямку та розповіла про головні досягнення у первинці.

Історія змін у первинці

За її словами, зміни у первинній медичній допомозі в Україні почалися ще до здобуття незалежності. Так, вперше термін сімейна медицина зустрічається у 1987 році. Тоді МОЗ УРСР започаткувало такий експеримент у Львівській області. Вже у 1989 році відкрили поліклініку сімейної медицини в Кам'янському. А у 1992 році було відкрито амбулаторію сімейної медицини у місті Дрогобич.

– Рівно 30 років тому в країні вперше ввели термін сімейна медицина у нормативних актах державного управління України. Таким чином була введена спеціальність – загальна практика, сімейна медицина. У 1998 році відкрили першу кафедру сімейної медицини у Львові, – розповіла Садов'як.

У 2000 році Кабінет міністрів ухвалив постанову про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я. Метою цих заходів було поліпшення здоров'я населення, покращення демографічної ситуації, ефективності надання медичних послуг.

– Якщо взяти до прикладу сільську місцевість, то вже тоді був певний початок сімейної медицини. Адже лікар-терапевт у селі знав усі сім'ї, які проживали біля нього, та історії їхніх хвороб. У міністерстві розуміли, що сімейна медицина – це правильно. Але раніше це не було широко впроваджено у нашій системі.

Основні нещодавні рішення

Протягом 10 останніх років МОЗ розробляло різні підходи та пілотні проекти для покращення сімейної медицини в Україні. За словами заступниці міністра, міністерство орієнтувалося на системи охорони здоров'я інших країн. У першу чергу це були країни Європейського Союзу. Тісну комунікацію вели із Польщею, державами Прибалтики, у яких схожі системи.

– Щоб трансформувати систему охорони здоров'я, ми розпочинали з пілотних проектів, щоб справді наблизитися до дієвої сімейної медицини. Так, розробили наказ №503 у 2018 році, де передбачається вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Це був один із поштовхів у сімейній медицині, які змінили підходи, – зазначила заступник міністра.

Також є наказ №504 про затвердження надання первинної медичної допомоги. Це стосується нормативної документації, яка дає право лікарям законно працювати у цій сфері. Але основне завдання перед лікарем – він повинен забезпечити населення комплексними та інтегрованими послугами, всебічною, орієнтованою на пацієнта допомогою.

Головна відмінність між первинкою до 2018 року та опісля – це те, що лікар повинен бути націлений не тільки на лікувальний процес, адже люди зазвичай приходили до спеціаліста, коли вже є захворювання. Але й на профілактичні заходи – коли лікар знає повну історію хвороби людини, йому легше запобігти виникненню проблем зі здоров'ям у свого пацієнта. У цьому і є сенс сімейної медицини.

Що змінилося для пацієнтів

До 2018 року громадяни України були автоматично закріплені за певними територіальними громадами. Тобто амбулаторія, у якій працював сімейний лікар, мала певну кількість пацієнтів, які проживали на цій території. Людина не могла обрати, до якого лікаря звертатися. Ба більше, часто пацієнти приходили вже зі захворюваннями та чекали під дверима кабінету у черзі, щоб проконсультуватися зі спеціалістом.

За словами Садов'як, на жаль, в Україні досі зберігаються живі черги у лікарнях, хоча нині вже є багато змін, які можуть полегшити життя і пацієнту, і лікарю.

Тепер для того, щоб отримати первинну медичну допомогу, варто укласти декларацію із



сімейним лікарем. Це можна зробити незалежно від території. Декларація дозволяє лікарю контролювати стан пацієнта, визначати, чи потрібні певні аналізи та обстеження, щоб уникнути самолікування. А пацієнт отримує безкоштовні пільги.

Також, завдяки новим рішенням, тепер на консультацію можна записатися онлайн. Обрати сімейного лікаря теж нескладно. Це можна зробити на сайті НСЗУ.

– Зараз, на жаль, сімейного лікаря використовують, щоб тільки отримати пільги чи, що зараз актуально, вакцинуватися від Covid-19. Нині кількість декларацій збільшилася, бо багато людей вважають, що для вакцинації цей документ є обов'язковим, – каже вона.

У МОЗ наголошують: важливо, щоб це був не просто вибір сімейного лікаря, аби отримати пільги. У міністерстві хочуть, щоб усі зрозуміли, що сімейний лікар – для того, щоб він супроводжував громадянина протягом життя.

Пільги для пацієнтів

Раніше за ст. 49 Конституції України держава гарантувала надання медичних послуг усім пацієнтам, що стосується первинної ланки, безкоштовно. Але кошти, які виділяли на первинну допомогу, більше були зосереджені на вторинній допомозі. Тому пацієнт, оминаючи сімейного лікаря, одразу йшов на консультацію до лікарні.

– Я пам'ятаю, що у році 2003-му в одному з регіонів України в амбулаторії на одного пацієнта могла залишатися одна гривня. Про яку якість і доступність ми можемо говорити, коли лікар за такі видатки навіть купити нічого не може, і все, що йому гарантувала держава – заробітна плата? – каже Садов'як.

На первинну допомогу для жителів виділяли дуже мало коштів, адже вони були зосереджені на більш спеціалізованій допомозі та на утриманні лікарні.

Наразі за пацієнта сімейний лікар має 651 грн. Деякі лікарські амбулаторії – у дуже хорошому стані, адже вони мають пацієнтів та видатки на них. І чим здоровіша людина, тим більше коштів залишається лікарні. Тому лікарі мають бути зацікавлені у здоров'ї своїх пацієнтів.

Зараз вже є чітко регламентований перелік аналізів, який є безкоштовним на первинному рівні:

- * загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
- * загальний аналіз сечі;
- * глюкоза крові;
- * загальний холестерин;
- * швидкий тест на вагітність;
- * швидкий тест на тропонін;
- * швидкий тест на ВІЛ;
- * швидкий тест на вірусні гепатити.

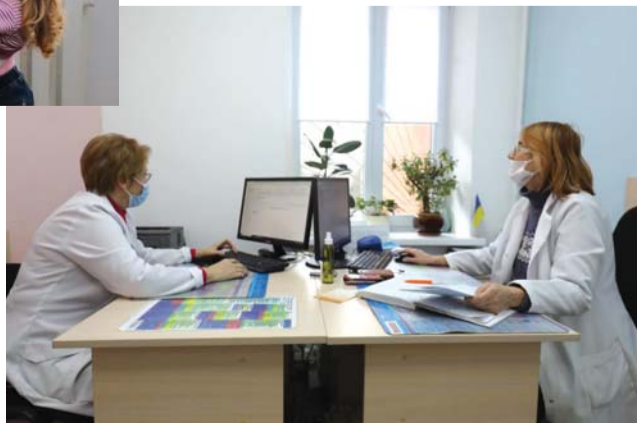
Що змінилося для лікарів

Ці реформи також стимулюють самих лікарів, адже під час активного підписання декларацій пацієнти обрали найкращих спеціалістів. Це повинно мотивувати лікарів працювати краще, для того, щоб людина захотіла укласти із ним договір.

– Лікарі сімейної медицини зараз у плюсі, адже раніше фінансування йшло за одного жителя. Наприклад, один регіон мав 100 тис. населення, і на одного жителя йшло фінансування. Та ці кошти розпорозувалися на утримання усієї медичної структури, яка була на цій території. Не на пацієнта, а на видатки, які несли лікарі, зарплати та – зазначила вона.

Зараз кількість фінансування залежить від того, скільки лікар уклав декларацій. Терапевти, сімейні лікарі та педіатри можуть ефективно обслуговувати певну кількість пацієнтів – 2 000, 1 800 та 900 відповідно. Тому лікарям рекомендується мати саме стільки декларацій, хоча їх може бути й більше.

За словами Садов'як, більше ніж 1,8-2 тис. пацієнтів у лікаря може призвести до надання неякісних послуг, адже рівень надання допомоги погіршується через навантаження.



● На допомогу

Е-лікарняні: особливості оформлення

Із 4 червня в Україні запровадили цільову модель формування та видачі е-лікарняних. Це стало можливим завдяки наказу МОЗ від 01.06.2021 р. № 1066 "Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки" (далі – Наказ № 1066). При цьому, із червня по кінець серпня в Україні діє перехідна модель впровадження е-лікарняних. Вона передбачає, що упродовж цього часу медичні заклади будуть формувати як медичні висновки про тимчасову непрацездатність, так і видавати паперові листки непрацездатності.

Під час перехідного періоду обидва види документів (сформований е-лікарняний, паперовий листок непрацездатності) є підтвердженням встановленого факту тимчасової непрацездатності працівника, підставою для звільнення його від роботи та для надання допомоги по тимчасовій непрацездатності, як за рахунок коштів роботодавця, так і за рахунок коштів Фонду.

Запровадження е-лікарняних дасть можливість суттєво економити бюджетні кошти завдяки мінімізації корупційних ризиків видачі необґрунтованих лікарняних, а також спрощенні процесу отримання страхових виплат. Адже електронні листки непрацездатності формуються в Електронному реєстрі листків непрацездатності (далі – Е-реєстр) на підставі медичних висновків про тимчасову непрацездатність, які вносить лікуючий лікар у Реєстр медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я (далі – Реєстр). Реєстр формує та веде Пенсійний фонд України.

Для працівника та роботодавця сформований е-лікарняний стає доступним для перегляду у день його створення у відповідних кабінетах на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України.

На період перехідної моделі, з 4 червня до 1 вересня 2021 року, лікарі закладів охорони здоров'я мають право видавати паперові листки непрацездатності, а також формувати медичні висновки про тимчасову непрацездатність з подальшою трансформацією їх у е-лікарняний.

Так, якщо у медичному закладі з'явилася технічна можливість формувати медичні висновки про тимчасову непрацездатність, тоді із моменту формування першого медичного висновку цьому медичному закладу заборонено видавати паперові листки непрацездатності. Однак із цього правила є також виключення.

Якщо у пацієнта вже відкритий листок непрацездатності за паперовою формою за одним випадком тимчасової непрацездатності, то такий листок непрацездатності продовжують до його закриття виключно в паперовій формі. При цьому не важливо, у якому медичному закладі продовжує лікування пацієнт, тобто навіть тоді, якщо медичний заклад уже перейшов на формування медичних висновків у Реєстрі.

Окрім цього, до 1 вересня 2021 року, відповідно до Наказу №1066, виключно паперові листки непрацездатності видаватимуть у випадку тимчасової непрацездатності за категорією "вагітність та пологи", а також тимчасової непрацездатності пацієнтів, яка виникла внаслідок захворювання на ВІЛ, або внаслідок психічного розладу.

Для того, щоб лікар мав змогу виписати висновок про непрацездатність, працівник повинен прийти на огляд до лікаря. Лікар створює електронний медичний висновок про тимчасову непрацездатність у Реєстрі та завіряє його кваліфікованим електронним підписом (далі – КЕП). Звідти за кілька секунд виписаний лікарем висновок потрапляє до Реєстру Пенсійного фонду. Саме тут і формується електронний листок непрацездатності, тобто той документ, який слугує для нарахування соціальних виплат. При цьому дати відкриття та закриття листка непрацездатності будуть відповідати датам початку та закінчення періоду дії медичного висновку, на підставі якого він сформований.

Сформований е-лікарняний у день створення (відкриття) стає доступним для перегляду в кабінеті страхувальника та застрахованої особи на вебпорталі електронних послуг ПФУ. Однак до дати закінчення періоду дії (закриття) листка непрацездатності він не може передаватися до страхувальника як підстава для нарахування виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням.

Інформацію про сформований листок непрацездатності працівник може перевірити в особистому кабінеті з використанням вебпорталу електронних послуг ПФУ. Для цього потрібно зайти у пункт меню "Мої листки непрацездатності".

Працівникам більше не потрібно нести на роботу паперовий листок непрацездатності, щоб підтвердити період їх тимчасової непрацездатності. Адже роботодавці бачитимуть необхідну інформацію про е-лікарняні в особистому електронному кабінеті страхувальника (роботодавця) на вебпорталі Пенсійного фонду України.

Однак це не означає, що працівник не повинен проінформувати свого роботодавця про причину своєї відсутності на роботі. Після оформлення лікуючим лікарем електронного медичного висновку (коли автоматично відбувається відкриття е-лікарняного), працівник має повідомити про це свого роботодавця будь-яким зручним обом способом, наприклад, телефоном, електронною поштою тощо. А вже після закриття е-лікарняного, він стає підставою для призначення матеріального забезпечення працівнику.

Видача е-лікарняного на процедуру призначення, розрахунку та виплати лікарняних і декретних від Фонду не впливає. Як і в разі видачі паперового лікарняного листа, розмір допомоги по тимчасовій втраті працездатності складе від 50% до 100% середнього доходу застрахованої особи залежно від тривалості стажу, а розмір допомоги по вагітності та пологах – 100% середнього доходу.