

Медреформа продовжується – буде боляче, але ефективно

Медреформа продовжується. Зараз вона вже пройшла в первинній ланці, тепер активно впроваджується у спеціалізовану медицину. Зміна фінансування суттєво вплине на медичні заклади, адже тепер гроші не даватимуться в обов'язковому порядку, а лише за медичні послуги, які надала лікарня.

Завдання реформи – не розпорозуватись, а навпаки централізувати якісну медичну допомогу, з досвідченими лікарями та якісною апаратурою, щоб пацієнт не бігав від закладу до закладу, а зміг все отримати в одному. Саме це і стало найбільш конфліктним питанням – адже багатьом медзакладам доведеться змінюватись або перепрофільовуватись. А багатьом лікарям потрібно буде переосмислити свою роботу.

Про хід реформи, фінансування та що чекає на спеціалізовану медицину журналістка ІП «Діло» поспілкувалась із директоркою західного міжрегіонального департаменту Національної служби здоров'я України (НСЗУ) Мар'яною ВОЗНИЦЕЮ.

Що таке Національна служба здоров'я України?

Національна служба здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування. Зважаючи на те, що Україна велика – вирішено створити п'ять міжрегіональних департаментів для координації і реалізації цієї політики. Західний департамент найбільший – до нього входить вісім областей: Львівська, Рівненська, Волинська, Тернопільська, Івано-Франківська, Закарпатська, Чернівецька і Хмельницька. Це приблизно 10 млн населення.

Що потрібно зробити у першу чергу?

Реформа охорони здоров'я в першу чергу – це зміна фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає зміну і самої структури. Тому всі лікарні, які планують співпрацю з Національною службою здоров'я, мають стати комунальними некомерційними підприємствами.

В один з обов'язків департаменту НСЗУ входить спілкування із самоврядуваннями (з власниками лікарень) для того, щоб медустанови із комунальних установ, які можуть працювати лише на бюджеті (так як і працювали раніше) стали комунальними некомерційними підприємствами. Це дасть змогу вести самостійну господарську діяльність, що зумовлено зміною фінансування.

У чому полягає зміна фінансування?

Тепер гроші з бюджету не даватимуться просто тому, що такий заклад є, а за надані ним конкретні медичні послуги. Для прикладу, є дві лікарні – однакові за кількістю ліжок та працівників, але в одній лікарні відбувається 100 хірургічних втручань в рік, а в іншій – 400. Виходить, що і та, і та лікарня дістала однакову суму грошей. Але там, де надається більше медичних послуг (бо туди хочуть йти люди) – лікарня за це нічого немає. Тобто, виходить, вона немає за що існувати, бо до неї йде багато пацієнтів, але дозволити собі їх стільки не може. А от інша лікарня, яка має значно менше пацієнтів (наприклад, через менш якісні послуги) – все одно отримує таку ж кількість коштів. То ж чи можна в такому випадку говорити про справедливість і, головне, – якість?

Що таке співпраця з НСЗУ?

Коли лікарня стає комунальним некомерційним підприємством – взаємозв'язок переходить на оплату послуги. Для прикладу, пацієнт потрапив в лікарню, йому зробили операцію і Національна служба здоров'я заплатила за цю операцію медзакладу. Умовно, зробила лікарня 100 операцій – держава заплатила за 100 операцій. Не зробила – не заплатила.

Практично всі медичні послуги є розписані. Вони формуються в так звані діагностично-споріднені групи. По тих групах формуються пакети медичних послуг, які буде оплачувати НСЗУ і тому зараз, коли лікарні стануть КНП, вони зможуть заключати з національною службою договори з надання послуг по тому чи іншому пакету.

Будуть вимоги до пакетів (вони вже оприлюднені на сайті національної служби), і якщо лікарня зможе забезпечити дотримання виконання пакету – вона може надавати пацієнтам цю допомогу і отримувати від НСЗУ кошти.

На пальцях: якщо пацієнт поступив, наприклад, з інсультом в лікарню, де нема комп'ютерного томографа чи магнітно-резонансної флюорографії, то ця послуга не може бути розціненою, як послуга з надання допомоги при інсульті. Тому що пацієнт не ведеться, як інсультний хворий, а як звичайний терапевтичний хворий. Ну і звісно про якість надання медичної допомоги і не йдеться. Бо такий заклад точно для таких пацієнтів не пристосований.

75% всіх медичних випадків не потребують стаціонару

Коли говоримо про медицину в цілому – до 75% всіх медичних випадків не потребують стаціонару. Їх бере на себе сімейна медицина. В нас – все навпаки: пацієнти йдуть одразу до вузькопрофільного лікаря чи просто знайомого лікаря. Але так не може бути, бо кожен медик має займатись своєю роботою. Тому спеціалізована медична допомога (особливо високоспеціалізована) – не може надаватись в кожному містечку. Відповідно і дорогої апаратури не потребує кожен медзаклад.

Ось чому зараз є дуже важливо рівномірно розподілити яким чином, де і яка послуга буде надаватись, щоб зі всіх сторін області пацієнти могли отримати гарантований пакет послуг.

Теж саме із відділеннями...

Наприклад, в райцентрі є стаціонар і в ньому хірургія – 5 хірургів (щоб забезпечити цілодобове чергування, потрібно 4,75 ставки хірурга), відповідно, треба 4,75 ставки



анестезіолога, плюс медперсонал. Коли дивишся статистику медзакладу, що саме робили в хірургічному відділенні, то йдеться про шкіру і підшкірну жирову клітковину. Тобто, начебто хірургічне відділення і є, але... А от тепер уявіть, що в це хірургічне відділення привозять пацієнта, наприклад, з кишковою непрохідністю – чи його там прооперують? Ні. То чому цей хірургічний стаціонар так називається?

Чи для прикладу, є в Україні хірургічні відділення, в яких рівень хірургічної активності – це 11%. Тобто, зі ста пацієнтів, які зайшли у відділення, тільки одинадцятьом зробили хірургічне втручання. Хірургічне відділення – там, де роблять різноманітні операції, проводяться маніпуляції. Без сумніву, це не означає, що 100% тих, хто зайшов в хірургію, має бути прооперовано. Ні, але їх відсоток має бути вищий, а не прийшли і поїхали в іншу лікарню.

Що чекає у районах?

Кожна лікарня має власника, є керівники громад, які розуміють, що найкраще для їхньої громади. Усі хочуть, щоб жінка з далекого села народжувала в якісному пологовому будинку? А не там, де 20 пологів в рік. Відповідно громади мають вирішувати, чи вони мають кошти утримувати ті заклади, де надається така маленька кількість меддопомоги, чи такі вони будуть їх реорганізувати, оптимізувати.

Звичайно, якщо це віддалений район, то пацієнтам їздити за всією допомогою до Львова теж складно, тому треба думати, яка послуга там має надаватись, а що треба переглянути. Тим більше у питанні апаратури стратегічними партнерами стають приватні центри.

Приватників теж можна залучати

Приватні центри також можуть працювати з НСЗУ. Наприклад, лікарня немає комп'ютерного томографа – дуже дороге обладнання в утриманні, треба мати ціле окреме крило, ну і там мають постійно надаватись послуги. Але деякі лікарні не мають такої кількості пацієнтів.

А з боку, чи навіть на території лікарні є приватник. Тоді лікарня може заключити з ним послугу і вони працюють спільно. А паралельно до того приватника йдуть ще пацієнти, тому він може запропонувати конкурентну ціну і частину своїх послуг продавати лікарні.

Часто навіть зміна кабінету для когось видається чимось дуже страшним

В медичній галузі багато працівників. Великим страхом є втрата роботи. Насправді, робота знайдеться всім. Але часто навіть зміна кабінету для когось видається чимось дуже страшним. І це породжує багато негативних чуток.

НСЗУ і вся медреформа потребує залучення в процес великої кількості учасників. І в першу чергу – органів місцевого самоврядування. Тому головне в нашій співпраці зараз – розуміння того, що пацієнт заслуговує на найкраще.

Чи велика кількість медзакладів означає найкраще? І чи це про доступність та якість?

Чи винні ті, для прикладу, хірурги, якщо їх забагато на місцях? Але ж питання не про те. Можливо, робочий день у такій лікарні потрібно скоротити, але розширити амбулаторію. Або, наприклад, у сусідньому селі чи місті, навпаки, не вистачає медпрацівників. Просто у нас прийнято, що треба працювати дуже близько від того місця, де живеш. Тоді знову ж таки питання до місцевих громад, щоб розвивали інфраструктуру.

Тому я кажу, що реформа – це зміна парадигми всього.

Треба зробити мастер-план, коли сідають і дивляться на кількість установ, де вони розміщені, що з чим можна з'єднати, в яких установах можна щось перепрофільувати, кого з ким на один бюджет вивести – шукати шляхи вирішення.

Є заклади, які мають штат, ліжка, але пацієнти йдуть давно в іншу лікарню. Відповідно, такі заклади мають добре думати, як будуть рухатися далі в реформі.

Усі зміни – це боляче. Але лікарі, до яких звертаються пацієнти – не втраять роботи. Найбільше протривають ті, хто звик спокійно сидіти на робочому місці, не навчатись, використовувати у роботі знання, які отримав ще хтось скільки років тому. Вони думають: «Ну, так було завжди, чого воно зараз має змінюватись?».

Мають вирішити самі

Не в компетенції НСЗУ давати рекомендації, що і де має бути. Проте ми виходимо в широкі комунікації, хто і за що буде платити кошти. Громади в нас є дуже сильні і вони мають вирішити, як це має бути. Ми заплатимо всім, хто з нами підпише договір за представленим переліком послуг, але наскільки це буде рентабельно та зручно для пацієнтів – дуже швидко покаже час.

Електронного обліку бояться ті, хто боїться відповідальності

Зробіть так, щоб все було, як має бути. От, я хірург – значить я тільки оперую в операційних. Так не буває. Тобто кожен огляд пацієнта, кожне втручання – потрібно записувати. Мусять бути записи, мусить бути відповідальність. Якщо кожен лікар на своєму робочому місці буде займатись тим, чим він має по-справжньому займатись (стаціонарний лікар – вести стаціонарних пацієнтів, а не мати ще 10 пацієнтів збоку), він буде мати час на все.

У нас є лікарі (я не говорю про всіх), які можуть собі дозволити прийти на роботу о 10 ранку і вже о другій піти додому. Але скажи їм, що треба заповнити електронний документооблік, то зразу: «Як? Я буду перепрацювати?». І нема на то ради. Є правила, яким не можна суперечити.

Дуже часто тут йдеться про відповідальність, адже в такій документації нічого не виправиш, не заховаєш. НСЗУ працює з опцією блокчейн, тобто якщо десь якась зміна відбулась, то цю зміну одразу видно.

Зарплати лікарям: як ти попрацював, так ти і отримав

Що таке зарплата? НСЗУ оплачує медичну послугу. Ми все одно маємо певну суму грошей, бо бюджет обмежений. Якщо зараз при затвердженні бюджету захочемо більше грошей, то їх доведеться просто в когось забрати – освіти чи армії. Ну в кого їх забереш, якщо їм і самим бракує. Відповідно, дуже багато питають, як в цю суму закласти зарплати. Так і виходить, якщо бюджет будуть кроїти по 300-400 закладах, по дві послуги в кожному, то звичайно це буде складно.

Якщо буде централізація якісної послуги, якщо колектив тієї установи добре пропише Колективний договір, виставить мінімальну зарплату, розпише юридично, згідно з бюджетним кодексом, трудовим кодексом, згідно з Колективним договором оту всю систему надбавок, преміювань, – то дуже швидко після початку співпраці з НСЗУ буде видно, хто ж саме приводить пацієнта в лікарню і приносить кошти закладу, а хто все-таки «каву на роботі п'є». І це буде так само видно через електронний документооблік.

Якщо, умовно, перебудувавши на ставці – один лікар зробив 45 операцій, а інший – 5 за той самий час, не будучи у відпустці, то, скажіть, чому ці лікарі мають отримувати однакову суму коштів? А через певний період у самого закладу виникне питання: а нам потрібен той лікар, який зробив так мало? А може до нього просто не йдуть пацієнти? Тоді виникає наступне питання – а чому до нього не йдуть пацієнти?

Ще раз наголошую, якщо добре пропишеться Колективний договір, то з часом, я вірю, що ті люди, які насправді працюють, зможуть дійти до конкурентних зарплат. Так як сталося із первинною ланкою – вже зараз сімейний лікар, це крутіший лікар, ніж в стаціонарі. Він має офіційну зарплату, яка йому падає на картку, він може планувати видатки, може бути впвненішим у завтрашньому дні. Спеціалізована медицина у це тільки заходить.

Зараз я часто повторюю, що найближчим часом конкуренція буде йти не за пацієнта, а за спеціаліста, до якого прийде пацієнт.

Ніде у світі немає грошей на все

Моя колега, яка їздила на стажування в США, розповіла про цікавий випадок: велика рада лікарні вирішила, що, наприклад, наступних два роки вони вкладають кошти виключно в кардіохірургію, а через два роки – знову сідають і вирішують, що стає пріоритетним. В нас кожен хоче тягнути ковдру на себе. А якщо і виберуть щось одне – то одразу «все, головний лікар домовився з кардіохірургом, а як же наше відділення». Треба розуміти, що жодна система охорони здоров'я не передбачає грошей на все. Є пріоритетизація – щось на першому місці, щось на другому, а щось може зачекати.

Розмовляла Олена Водвуд,
ІП «Діло» (подано зі скороченням)