

Перехід до нової системи охорони здоров'я: практичні питання реалізації

Процес створення госпітальних округів в Україні триває і відбувається одночасно із проведенням децентралізації, що не може не викликати велику кількість практичних питань. З цього приводу 4 серпня 2017 р. в Українському кризовому медіа-центрі відбувся захід, присвячений обговоренню створення госпітальних округів, процесу децентралізації в Україні та поступового переходу до принципово нової моделі охорони здоров'я «Що отримають об'єднані територіальні громади в процесі створення госпітальних округів». Важливість такого формату не випадкова, адже оскільки процес реформування медичної галузі триває одночасно зі створенням та розвитком об'єднаних громад, ефективні зміни можливі лише за умов, що всі учасники процесу матимуть узгоджену позицію, спільне розуміння мети та етапів реалізації реформ.



Першим до слова було запрошено Павла Ковтонюка, заступника міністра охорони здоров'я України, який опікується у Міністерстві охорони здоров'я (МОЗ) України проблемами реформування медичної галузі нашої держави. Він зазначив, що госпітальні округи й об'єднані територіальні громади не є прямо пов'язаними, тому що останні в Україні на сьогодні невеликі за розміром і мають справу швидше з первинною медичною допомогою — лікарськими амбулаторіями, фельдшерськими пунктами тощо. А госпітальні округи — це надання стаціонарної медичної допомоги, тобто у лікарнях.

(Нагадаємо, госпітальні округи створюються з метою організації мережі закладів охорони здоров'я таким чином, щоб забезпечити:

- гарантований своєчасний доступ населення до послуг вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги належної якості;
- ефективне використання бюджетних коштів, що спрямовуються на забезпечення фінансування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- створення умов для підготовки закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, до функціонування в умовах управлінської та фінансової автономії та надання медичної допомоги в межах договорів про медичне обслуговування населення з головним розпорядником бюджетних коштів.

Госпітальні округи створюються на основі критеріїв, встановлених Порядком, та діють відповідно до примірного положення, яке затверджене МОЗ України.

Створення госпітальних округів здійснюється на основі подання таких принципів:

- безпека та якість медичної допомоги на основі доказової медицини;
- своєчасність доступу до медичної допомоги;
- економічна ефективність — забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання бюджетних коштів.

Створення госпітальних округів здійснюється з урахуванням:

- належного робочого навантаження для закладів охорони здоров'я, що сприяє забезпеченню рівня безпеки та якості медичної допомоги;
- дотримання норм часової доступності необхідної медичної допомоги;
- поточних демографічних показників, структури захворюваності, тенденцій міграції населення, а також їх прогнозу;
- усталених клінічних маршрутів пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу;
- інституційної спроможності прийняття управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я, у тому числі рішень щодо

перепрофілювання існуючих закладів охорони здоров'я чи їх подальшої спеціалізації. — Прим. ред.).

Отже, госпітальні округи створюються для того, щоб підвищити якість і наблизити до людини послугу вторинного рівня медичної допомоги — у стаціонарах та із застосуванням складних медичних технологій.

Але непрямою зв'язок між цими утвореннями є. Адже мешканці об'єднаних територіальних громад лікуються не лише у сімейного лікаря — їм необхідно також лікуватися і в лікарнях. Тобто госпітальні округи є інфраструктурою об'єднаних територіальних громад вторинного рівня.

Госпітальні округи формуються за принципом прийняття рішень на місці. Цей процес має враховувати різноманітну місцеву специфіку. Для цього існує інструмент, який називається госпітальна рада — коли разом збираються представники громад, які є власниками лікарень, що входять до госпітального округу, і їх спільне завдання: 1) проаналізувати статус: як у них справи; 2) написати спільний план, як вони будуть розвиватися не окремо один від одного, а всі разом, з метою забезпечення повного комплексу послуг вторинної медичної допомоги для мешканців цього госпітального округу. І зробити це ефективно. Щоб не було в кожного по апарату, який не працює, а щоб був один апарат на всіх, який працює. І тоді туди поїде працювати фахівець.

Мета створення госпітальних округів дуже проста. Ми повинні принести ближче до людей — у цей госпітальний округ — ту медичну послугу, яка зараз від них далеко, як правило — в обласному центрі. Це, наприклад, послуги з кардіохірургії та нейрохірургії, послуги з діалізу тощо. Тобто те, для чого людина зараз їде по 3–4 год в обласний центр, ми би хотіли, щоб ці послуги були в опорних лікарнях інтенсивного лікування II рівня, які в ідеалі мають бути в центрі кожного госпітального округу.

П. Ковтонюк навіз декілька прикладів. Так, під час візиту до Миколаївської області та відвідування Баштанки і Нового Бугу він пересвідчився, що у цих населених пунктах вже працює діаліз, і люди вже не їдуть до Миколаєва, щоб отримати що життєво необхідну медичну послугу.

У Дніпропетровській області, на відміну від Миколаївської, вже сформовано госпітальні округи, і програма щодо створення реперфузійної мережі, тобто закупівлі агіографічного обладнання для проведення стентування, поширюється не лише на обласні центри, а й на інші населені пункти. Так, міста Павлоград і Кривий Ріг, які є центрами госпітальних округів, вже мають таке обладнання завдяки цій урядовій програмі.

Те саме стосується і доріг. Зараз МОЗ України співпрацює з Міністерством інфраструктури України за спільним проектом, який називається «Дороги до медичного закладу». За основу береться знову ж госпітальний округ, і лікарні інтенсивного лікування II рівня — пріоритетні медичні заклади, до яких необхідно будувати дороги.

Тому госпітальний округ — це інструмент для самих громад, за допомогою якого вони можуть визначитися з тим, яким чином вони в себе організують мережу медичних закладів, і ті обмежені

ресурси, наявні в країні стосовно інвестицій (в обладнання, в дорогу, в будь-що) розподілити грамотно. Громади мають самі прийняти рішення, яку лікарню розвинути до медичного закладу інтенсивного лікування II рівня, яку — до I рівня, яку — переорієнтувати на хоспіс чи реабілітаційний центр. Далі можна визначити, яка дорога є пріоритетною, яка — другого пріоритету, і це все має вилитися у план розвитку госпітального округу на 5 років, який буде підставою для інвестицій у медичну інфраструктуру, і до появи у госпітальних округах тих послуг, яких там раніше не було.

Тепер щодо статусу. Заступник міністра охорони здоров'я України зазначив, що на сьогодні в державі є 24 регіони, які повинні сформувати госпітальні округи. Із них у 16 це зробили — там межі та склад госпітальних округів затверджені Кабінетом Міністрів України; 17-та — Волинська область — межі та склад госпітальних округів знаходяться на погодженні в центральних органах виконавчої влади; ще 7 областей на сьогодні не сформували госпітальних округів. Із них три уже знаходяться напередодні подання своїх проектів, по чотирьох областях (Закарпатська, Львівська, Миколаївська і Одеська) ведуться серйозні дискусії, є певні проблемні питання.

Важливо розуміти, наголосив П. Ковтонюк, що процес створення госпітальних округів не прив'язаний у часі до якогось «дедлайну». Звичайно, хочеться зробити це швидше, завершити весь процес протягом 2017 р., однак не існує фінансових або інших видів покарань, які б очікували на ті регіони, де не сформують госпітальних округів. Найбільшим покаранням насправді буде те, що туди не прийдуть кошти, інвестиції.

Тому ми закликаємо області вирішити це питання і показуємо приклад — всі наші інвестиційні програми на наступний рік будуть формуватися з урахуванням госпітальних округів.

Олександр Мисника



Оскільки під час заходу мова йшла про створення госпітальних округів та формування госпітальних рад в контексті створення об'єднаних територіальних громад, виявилось, що багато питань з цього приводу виникає саме на регіональному рівні. Саме тому наступним до слова було запрошено Юрія Стальниченка, секретаря Міської ради міста Мена Чернігівської області, яке також є центром Менської об'єднаної територіальної громади. Він зазначив, що є пред-

ставником відносно молодого об'єднаної територіальної громади — перша сесія проведена лише 30 травня 2017 р. Але питання децентралізації, в тому числі й наближення медичних послуг до громади, обговорюється уже понад 2 роки на прикладі Чернігівської області, яка, за словами доповідача, унікальна, що спричиняє деякі проблеми. Чернігівська область третя за розмірами в Україні, але густина населення у регіоні удачі менша, ніж в середньому по країні — 33 людини на 1 км². Для прикладу у Львівській області густина населення становить 116 осіб на 1 км². У Чернігівській області сформовано 4 госпітальні округи. Один з них названо Північний, його центр на сьогодні не визначений. Проте у мешканців Менської громади та чотирьох сусідніх районів виникають певні запитання. Перш за все йдеться про те, що госпітальний округ повинен формуватися орієнтовно на 200 тис. населення, але враховуючи чисельність населення Чернігівщини, такий підхід призведе до збільшення його географічних розмірів. Якщо центром округу буде населений пункт Корюківка, то від міста Грем'яч до неї — 157 км. І така відстань не зможе забезпечити встановлений норматив доїзду — а саме 60 хв. Фактично центром госпітального округу може бути і місто Корюківка, яке має 13 тис. населення, і місто Мена, яке має 12 тис. 200 осіб населення. У цих містах приблизно однакові за потужностями центральні районні лікарні, і коли напрацьовувалися проекти створення госпітальних округів, на Чернігівщині планувалося створити їх 7, і центрами могли бути і місто Корюківка, і місто Мена. Відстань між містами — 30 км. Проте є суттєві відмінності у транспортній інфраструктурі. Ю. Стальниченко висловив питання, чи можливе формування госпітальних округів із центрами у цих двох населених пунктах, і якщо це неможливо, то як вирішуватиметься питання із виконанням нормативу доїзду до лікарні інтенсивного лікування (60 хв).

Було зазначено, що госпітальні ради на Чернігівщині знаходяться у стані формування.

Коментуючи цей виступ, П. Ковтонюк зауважив, що така невизначена ситуація в Україні не єдина, а досить поширена, питання логічні, легітимні. Це якраз ті питання, які мають обговорюватися на госпітальній раді — дорадчому органі, місія якого — вирішити певне логістично-математично-господарське завдання. Як при специфіці окремої області зробити так, щоб з наявними інфраструктурою, маршрутами пацієнтів, лікарями і можливостями громад забезпечити людям доступ до якісної медичної послуги? Суть формування госпітального округу полягає не в тому, кого визнати центром. Насправді це планування того, куди далі встановлювати обладнання, яке має працювати з навантаженням у режимі 24/7. А для того щоб отримати таке навантаження, необхідно забезпечити відповідний потік пацієнтів. І лише тоді туди приїде відповідний фахівець. І ось це завдання — де астановлювати таке обладнання — мають вирішувати саме громади, а не МОЗ України. Адже лише громадам відомий реальний стан речей на їх території.



Далі до слова було запрошено Олександра Мисника, голову Менської районної ради, який виклав своє бачення процесу формування госпітальних округів. Він зазначив, що хоча за словами П. Ковтонюка, їх формування має відбуватися знизу, насправді усе дещо не так. Дійсно, у Чернігівській області сформовано 4 госпітальні округи, хоча у процесі громадського обговорення щодо їх створення отримано науковий коментар від фахівців Національної академії медичних наук України, в якому йшлося, що оптимальна кількість мешканців на один госпітальний округ для цієї області — 120 тис. Тоді й були надані пропозиції щодо створення 7 госпітальних округів у регіоні. Проте в результаті створено лише 4 округи замість 7, які пропонувала громада.

Щодо створення госпітальної ради, то має бути прийняте відповідне положення. Ми бачили це положення на сайті. Чи воно затверджене?

Згідно з положенням, якщо госпітальний округ має назву міста, прерогатива у створенні надається цьому місту. У нас цього не зроблено. Але там, де немає такого центру, створення госпітальної ради ініціює Обласна державна адміністрація.

Дуже багато питань щодо якісного складу госпітальної ради. Хто туди входить? Медики, головні лікарі, представники адміністрації районів? Якщо буде створений центр, як відбуватиметься передача коштів?

Зараз у нас створення госпітальної ради (у Північному окрузі) лише на початковій стадії. Це внаслідок невизначеності за багатьма параметрами і, відповідно, неготовності місцевої влади діяти.

Коментуючи сказане, П. Ковтонюк зазначив, що перше засідання кожної госпітальної ради ініціюється Обласною державною адміністрацією, а конкретне — Департаментом охорони здоров'я. Далі обирається секретаріат, головує, які самі зможуть проводити засідання. Якщо Обласна державна адміністрація не ініціює засідання, то це зможе зробити будь-хто з учасників госпітальної ради. Дуже мудре рішення прийняте стосовно того, щоб не називати госпітальний округ назвою центру. Є такі госпітальні округи, в яких центр є очевидним. Для прикладу заступник міністра охорони здоров'я України навіть Житомирську область, де просто на карті можна побачити 4 міста: Новоград-Волинський, Житомир, Коростень, Бердичів. Там рішення щодо назви госпітальних округів прийняти легко. Проте в країні є дуже багато регіонів, де це не очевидно. Наприклад в Одеській області населені пункти Балта і Подільськ знаходяться одне від одного на відстані 30 км, майже однакові містечка, дві ідентичні лікарні, і теж була «війна», хто ж буде «столицею». Так само у Миколаївській області — Баштанка і Новий Буг. Суть не у «столиці», а в тому, як будуть описані маршрути пацієнта і яка лікарня виконуватиме яку функцію. Тож можна назвати госпітальний округ за номером, за назвою (Північний) або іменем якогось видатного діяча цієї території, як загодно. Головне, щоб було складено і реалізовано хороший план його розвитку.

П. Ковтонюк закликав громади брати на себе ініціативу, відповідальність, збиратися, запрошувати керівника Департаменту охорони здоров'я Обласної державної адміністрації, який по суті є представником МОЗ України в області і повинен володіти всією інформацією, наявною в міністерстві. Він повідомляє громаду про всі нормативні акти і нечисленні вимоги, які МОЗ України ставить до формування госпітальних округів. І пора починати працювати.

Щодо питання, хто повинен входити до госпітальних рад, було зазначено, що згідно із законодавством власниками медичних закладів є відповідні органи місцевого самоврядування. Отже, до госпітальної ради мають входити ті, чий це заклад. На самих радах лежить відповідальність за те, чи гідну людину вони туди делегують. МОЗ України, у свою чергу, закликає, щоб до госпітальних рад делегували експертів, а не політиків. Не потрібно туди брати депутатів, краще брати експертів і медиків. Ізвичайно необхідно включати представників пацієнтів. Тому що робота госпітальної ради не політична, а технічна. Люди повинні об'їхати весь свій округ, побачити кожну дорогу, кожну лікарню, а потім приймати рішення. МОЗ України надіслало до всіх областей лист, в якому радить, кого краще включати до госпітальних рад, але втручатися у процес міністерство не може, бо це вирішується на рівні місцевого самоврядування.

Проте багато суто технічних дискусій набувають політичного характеру, адже ті самі народні депутати заробляють на цьому політичні дивіденди.

При створенні госпітальних округів всі лікарні залишаються. Але МОЗ України відходить від поняття призначення лікарням якогось статусу, якоїсь вивіски. Увага приділяється тому, що відбувається всередині лікарні, а конкретно — скільки там проліковано людей, які лікарі там є. Необхідно щоб лікарі, обладнання, потоки пацієнтів були впорядковані. Сьогодні вони невпорядковані. Лікарні можуть мати однакову назву (наприклад районна лікарня), проте мати різне навантаження. Наприклад у районній лікарні в Сумській області приймають 11 пологів на рік, у районній лікарні в Житомирській області — 900 пологів на рік. Називаються ці заклади однаково, проте якість послуги кардинально відрізняється. А зараз куди піде пацієнт, туди піде і фінансування. Тому необхідно краще спланувати ці послуги заздалегідь, адже кожній лікарні доведеться дбати про свою ефективність.

Також заступник міністра охорони здоров'я України навіть аргумент, чому не потрібно прив'язувати створення госпітальних округів до адміністративної реформи. Адміністративно-територіальний устрій формується на багато років, а госпітальні округи змінюватимуться залежно від кількості населення, появи нової якісної інфраструктури, і зрештою — від потреб населення.

Стосовно скорочення лікарняних ліжок і дотримання нормативу у 60 ліжок на 100 тис. населення, учасниками заходу зауважено, що це питання викликає хвилювання серед медичних працівників, чи не потягне це за собою зменшення фінансування лікарень, скорочення штатної чисельності медиків. Крім того, зазначена кількість — це норматив для Європи, а в Україні захворюваність за багатьма нозологічними одиницями вища і вона збільшується, екологічна ситуація також не покращується.

Коментуючи це зауваження, П. Ковтонюк сказав, що людину лікує не ліжок, а фахівець. Тож рахувати потрібно не ліжка, а фахівця. До того ж що стосується вторинного рівня надання медичної допомоги, цей фахівець повинен працювати в умовах стаціонару на відловленому обладнанні. Обладнання, у свою чергу, має окупатися. Тобто воно повинно працювати і бути завантажено. Тож слід думати про це, а не про кількість ліжок. Сучасні технології дозволяють зменшити термін перебування хворого на ліжку, і мета створення госпітальних округів саме й полягає в тому, щоби вестися сучасні маловисвані та малотравматичні високоефективні технології у буденну медичну практику в регіонах.

Далі учасники заходу відповіли на запитання журналістів, а також ті, що надходили з регіонів електронною поштою чи через соціальну мережу Facebook.

Відповідаючи на запитання представника громадської ради МОЗ України, чи може госпітальна рада за своїм рішенням закривати лікарні, П. Ковтонюк наголосив, що закривати лікарні забороняє Конституція України. Госпітальна рада є дорадчим органом, її рішення мають рекомендаційний характер. Тобто вона

дає рекомендації власнику медичного закладу. А всі остаточні рішення приймає власник, і він же несе за них відповідальність. Із 2018 р. запроцують принцип «гроші ходять за людиною», і фактично рішення про функціонування лікарні прийматиме пацієнт. Якщо він приходить у лікарню — приходять і гроші. Тому вже зараз необхідно подумати, куди пацієнт іде, а куди ні, і враховуючи це, формувати структуру госпітального округу.

Щодо етапів медичної реформи вторинної ланки було зазначено, що вона відбуватиметься у три етапи:

- Формування госпітальних округів.
- Формування госпітальних рад.
- Написання перспективного плану розвитку округу на 5 років.

«Я очікую, що у 2017 р. закінчаться 1-й та 2-й етап ідесь по окремих госпітальних округах почнеться 3-й етап», — зазначив заступник міністра охорони здоров'я України.

Щодо процесу фінансування було зазначено, що кошти розподілятимуться на підставі реально виконаної роботи за різними механізмами. Для лікаря первинної медичної допомоги проводитиметься оплата за пацієнта на рік, для фахівця та за діагностичні процедури — за кожну процедуру, для стаціонару — за пролікований випадок. Але суть одна — оплата за реально виконаною роботою. Якщо реально виконаної роботи немає — грошей не буде.

Зазначено, що за МОЗ України залишається дуже серйозний вплив в частині формування державної політики. Міністерство ініціювало створення госпітальних округів, і дало кілька рамок-вищ, загальних вимог до цього процесу, щоб він був по всій країні однорідним. Щоб мережа була однаковою і не було, наприклад двох систем охорони здоров'я — Закарпатської та Миколаївської. Щоб кожний громадянин України знав, що з кожної точки за 60 хв швидка допомога доведе його до такого відділення, де йому реально нададуть допомогу. Це вимога про доступність до лікарні інтенсивного лікування і рівня. У доступності 120 хв будуть такі послуги, як стентування. У разі інфаркту — щоб за 2 год вже робили людині операцію. Усі інші нюанси вирішуються на місцях.

Щодо реалізації інвестиційних проектів у рамках створення госпітальних округів П. Ковтонюк повідомив, що перспективні плани розвитку госпітальних округів на 5 років є підставою для будь-яких інвестиційних проектів для стаціонарної медичної допомоги. На сьогодні кожен новий інвестиційний проект починатиметься з урахуванням госпітальних округів. Зараз серед цих проектів — закупівля ангиографів і створення реперфузійних мереж, надалі — це будівництво доріг. Так, ведуться перемовини щодо залучення до цього процесу Державного фонду регіонального розвитку. Ще один проект щодо розвитку первинної медичної допомоги також опосередковано базуватиметься на госпітальних округах.

Щодо визначення вартості медичної послуги зазначено, що лікарні будь-якого рівня отримуватимуть кошти за пролікований випадок. Для цього необхідно розрахувати тарифи на медичні послуги, а тарифи встановлюються на підставі розрахунку вартості медичної послуги. Так, МОЗ України вже запущено пілотний проект з чотирма інститутами Національної академії медичних наук України щодо розрахунку вартості медичних послуг з високоспеціалізованою медичною допомогою. Також розпочато роботу у двох регіонах України стосовно розрахунку вартості медичних послуг на рівні районних лікарень. Скоро цей досвід поширяться на всю країну, і у 2018 р. за планами МОЗ України, які закріплено у проекті Закону № 6372 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», що зараз готується до другого читання у Верховній Раді України, має бути розрахована собівартість усіх видів медичних послуг, і на кінець 2017 р. має бути розуміння за всіма тарифами.

Відповідаючи на запитання, чи планує МОЗ України окрему програму допомоги матерям і дітям, П. Ковтонюк зазначив, що у сфері реформування фінансування медицини є така програма. Це програма з оплати послуг щодо народження дітей за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Оплата послуг за пологи за економічно обґрунтованою вартістю має розпочатися з середини 2018 р. Вроджені вади розвитку у дітей лікуватимуться на національному рівні, а неонатологічна допомога надаватиметься на рівні великих госпітальних округів.

Олександр Устїнов,
фото Сергія Бека