

Як правильно організувати медичну допомогу в сільській місцевості

Чи є оптимальною спроможна мережа надання первинної медичної допомоги (ПМД)? Коли її потрібно коригувати і хто має право це робити? Наскільки важливою в реалізації реформи є роль об'єднаних територіальних громад (ОТГ)? Непрості для медичної спільноти аспекти медичної реформи обговорювали фахівці у рамках семінару практикуму «Організація медичної допомоги у сільській місцевості», що відбувся 31 січня у Києві. Організаторами заходу виступили Асоціація об'єднаних територіальних громад і компанія MPE (Medical Professional Events).

Чи можна коригувати спроможну мережу надання ПМД?

Формування спроможної мережі надання ПМД розпочалося десь рік тому. Відбувалося це досить швидко, на основі приблизних розрахунків. До того ж представників більшості ОТГ не долучили до роботи комісії. У результаті затверджена спроможна мережа виявилася недосконалою.

«Спроможна мережа надання ПМД — це необхідна сукупність надавачів медичних послуг на конкретній території. Вона потрібна для того, щоб пацієнт мав доступ до адекватної ПМД, а лікар первинної ланки — можливість надати її в повному обсязі. Хоча спроможна мережа затверджена, вона остаточно не сформована. Я не знаю жодного регіону, де не існувало б суперечностей і нюансів», — повідомила **Наталія Лісневська**, координатор медичного напрямку в секторальній децентралізації Центрального офісу реформ при Міністерстві регіонального розвитку, будівництва та ЖКГ (Мінрегіонбуд), президент Української федерації громадських організацій сприяння охороні здоров'я громадянського суспільства.

До критеріїв спроможності мережі відносять:

- задоволення потреби населення в ПМД;
- спроможність надавати якісну медичну допомогу (адекватні умови праці, сучасне оснащення, достатня кількість персоналу);
- налагодження взаємодії між окремими закладами, які надають ПМД;
- покращення доступності ПМД для жителів на певній території (зручний графік роботи, адаптація для людей з інвалідністю тощо);
- транспортну доступність (наявність громадського транспорту та маршрутів, зручних для доїзду);
- фінансову стійкість.

До плану спроможної мережі включені центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), амбулаторії групової та монопрактики, пункти здоров'я (колишні фельдшерсько-акушерські пункти — ФАП). При розробленні цього плану вивчали проєктні межі центральної території доступності (ТД), периферійних ТД першого і другого порядків. Як зазначила Н. Лісневська, вони не обов'язково повинні збігатися з адміністративно-територіальними межами населених пунктів, ОТГ, області, району тощо. Проєктні межі можуть визначатися географічною наближеністю (допускається, коли медична ТД об'єднує два населених пункти різних областей).

Центральна ТД охоплює найбільший населений пункт і територію в радіусі 7 км навколо неї. Сполучення має бути по дорогах із твердим покриттям. Розміщують ЦПМСД та/чи амбулаторію групової практики.

Периферійні ТД першого порядку планують навколо населених пунктів, де не менше 750 мешканців, а поруч наявні дороги державного значення. Ця ТД, окрім цього населеного пункту, включає населені пункти, розташовані у межах 7 км, які не входять до центральної ТД (загалом — понад 3000 людей). Сполучення має бути по дорогах із твердим покриттям. Розміщують амбулаторію групової практики.

Периферійні ТД другого порядку включають населені пункти, що не увійшли до двох попередніх ТД, компактно розміщені, зі зручним транспортним сполученням (загалом — щонайменше 1500 людей). Розташовують амбулаторію монопрактики.



Надзвичайно важливою при розміщенні закладів ПМД є транспортна доступність, наявність доріг із твердим покриттям. Якщо доїзд ускладнено, розглядають можливість утримання пунктів нерегулярного надання допомоги (так званих пунктів здоров'я) за певним графіком, якщо це вигідніше, ніж транспортування мешканців цього населеного пункту до найближчого регулярного пункту надання ПМД.

«Коли лікар, що працює в ЦПМСД чи амбулаторії, згоден утримувати у пункті здоров'я фельдшера, той працюватиме на постійній основі. Якщо лікар не бажає цього робити, ніхто не зможе його змусити. Він самостійно консультуватиме там за графіком. У селі, де проживає менше 750 осіб, вартість доїзду з якого до регулярного пункту нижча, чинне законодавство не передбачає навіть пункту нерегулярного прийому. Його можна облаштувати тільки за рішенням і за кошти громади. ОТГ мають право наполягати на додатковому розміщенні закладів, коригувати створені мережі, якщо візьмуть на себе фінансування», — пояснила спікер.

Перегляд затвердженої спроможної мережі можливий у разі:

- зменшення/збільшення населення на території обслуговування;
- зміни/припинення маршрутів громадського транспорту.

Зміни спроможної мережі відбуваються шляхом затвердження розпорядження голови відповідної обласної державної адміністрації за погодженням (в довільній формі) з Міністерством охорони здоров'я України.

Подання про внесення змін може надаватися:

- керівником відповідного департаменту охорони здоров'я;
- депутатами всіх рівнів;
- головами ОТГ.

Такі випадки вже мали місце в Київській області.

Коригування спроможної мережі вкрай актуальне для ОТГ, розміщених поруч із великими містами обласного значення. Як приклад Н. Лісневська навела місто Вишневе, що поблизу столиці: більшість мешканців Вишневого працюють у Києві, їхні діти ходять у столичні садочки і школи, тому і декларації вони уклали з фахівцями міста.

«Оскільки при плануванні мережі у місті Вишневому орієнтувалися на загальну чисельність населення, не всі сімейні лікарі змогли набрати необхідну кількість пацієнтів, а деякі амбулаторії стали фінансово неспроможними. Безперечно, доцільно змінити затверджену мережу», — запевнила спікер.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ): питання і відповіді взаємодії

Юрій Ганущак, радник міністра Мінрегіонбуду, виокремив

кілька законодавчих прогалин, які ускладнюють діяльність закладів первинної ланки. Зокрема, медична реформа розпочалася раніше, ніж завершилася зміна адміністративно-територіального устрою.

Також поширене хибне уявлення, що заробітна плата лікаря визначається за формулою: кількість підписаних декларацій × встановлений тариф. Насправді рішення про оплату праці (звісно, з урахуванням кількості підписаних декларацій) приймає керівник закладу. Пояснення просте. НСЗУ укладає договір із комунальним підприємством (туди може входити ряд закладів, однак це одна юридична особа), а не з лікарем. Допускається варіант, що комунальне підприємство може обслуговувати в рамках міжмуніципального співробітництва декілька ОТГ.

Зараз держава вивірює фінансову спроможність «бідних» громад за рахунок «багатих». Обчислюють індекс податкоспроможності — коефіцієнт, що визначає рівень податкоспроможності конкретного бюджету порівняно з аналогічним середнім показником по всіх бюджетах у розрахунку на одну людину. У фінансово спроможних громад (індекс > 1,1) вилучають 50% надлишкових коштів («реверсні дотації»), а тим, кому коштів не вистачає (індекс < 0,9), надають 80% («базові дотації»).

За словами доповідача, не всі громади схвалюють описаний підхід: «Я часто кажу: це не ваша заслуга, що у вас є промисловість. У кожному селі горілчаний завод не поставиш. Бізнес вас вибрав, тому що звідси до межі, яку захищають українські військові, 500, 600 чи 700 км території. От за це вам і потрібно платити».

Оцінюючи суть медичної реформи, Ю. Ганущак резюмував: «Реформа охорони здоров'я — це не про лікування хворих. Це про те, як управляти цим процесом. Ми повинні вичистити «авгієві стайні». Лікарів, які здатні працювати на високому професійному рівні, необхідно стимулювати лишитися в Україні й створити їм гідні умови. Я переконаний, що медичні заклади мають бути одно-рідні за можливостями й оснащенням, лікування — призначатися за протоколами, а контроль якості ПМД — здійснюватися спеціалізованим органом. Коли цю функцію виконуватимуть органи місцевого самоврядування, єдиний спосіб довести, що лікар діє правильно з професійної точки зору, — через суд. Спеціалісти НСЗУ зможуть краще й оперативніше відреагувати на порушення, ніж міський голова без медичної підготовки. Тому тимчасово ця функція покладена на НСЗУ. Проте в ідеалі її повинна виконувати окрема інспекція. Нам потрібне КРУ у медицині».

Під час подальшого діалогу з аудиторією спікер зробив висновки, що, окрім названих проблем, потребують врегулювання застосування знижувальних коефіцієнтів при перевищенні лікарем ліміту кількості підписаних декларацій; відсутність кореляції встановлених тарифів та рівня мінімальної заробітної плати; механізму переходу від одного лікаря до другого (бо деколи виникають проблеми через зміну пацієнтом номера телефону).

Говорили і про необхідність запровадити так званий сільський коефіцієнт, адже фахівцю, який працює у місті, значно легше підписати визначену кількість декларацій. Як влучно зауважив один із учасників семінару, «кількість мешканців у двох сусідніх багатоповерхівках — це як 2–3 великі за площею села».

Організація охорони здоров'я: місцеве самоврядування vs органи виконавчої влади

Міркуваннями щодо існуючих моделей фінансування та реформи охорони здоров'я поділився **Ігор Шкробанець**, доктор медичних наук, професор, начальник лікувально-організаційного управління Національної академії медичних наук України: «Англійська модель Беверіджа концептуально ґрунтується на тому, що

до казни надходять податки, з них потім виділяють кошти надавачам медичних послуг, які продають ці послуги населенню за ціною, затвердженою державою. Німецька модель Бісмарка передбачає загальнообов'язкове медичне страхування, існування лікарняних кас. Гроші йдуть на те, щоб кожен застрахований пацієнт отримав фінансування лікування та співфінансування купівлі медикаментів. У США діє модель добровільного страхування. А відрізняється ці моделі способом отримання грошей медичною галуззю. Тож нам потрібно змінювати не систему Семашка, а радянську планово-бюджетну модель охорони здоров'я».

Доповідач присвятив виступ ролі органів місцевого самоврядування у реалізації реформи. Вони реалізують право власності місцевих громад стосовно абсолютної більшості закладів охорони здоров'я, забезпечують охорону здоров'я населення, розподіляють бюджетні кошти. Місцева громада вирішує питання доступності медичної допомоги, виходячи з умов сьогодення. Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я наведені у ст. 11 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Відповідно до чинного законодавства:

- можливо:
 - збільшити автономію медичних працівників (приватна практика) та публічних медичних закладів (перетворення у державні та комунальні некомерційні підприємства);
 - отримати доступ до бюджетних коштів не лише бюджетним установам, а й підприємствам, а також фізичним особам;
- неможливо:
 - скоротити мережу державних і комунальних закладів охорони здоров'я (а, отже, їх приватизувати).

До речі, модель створення комунальних некомерційних підприємств для України не нова. Вона була започаткована в рамках Проєкту Європейського Союзу «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні» в Харківській та Житомирській областях у 2005–2006 рр.

«Стосунки між медиками й соціумом мають бути чітко врегульованими, фінансово чесними, гуманними. Краще контрольований державою ринок медичних послуг, ніж стихійний базар, де кожен намагається щось продати, у тому числі ліки не за протоколом чи необґрунтовану послугу. Я вважаю, що у рамках реформи державні й комунальні лікарні отримали хороші стимули працювати так, як це роблять бізнес-структури. З'явилася конкуренція на ринку медичних послуг. І виграють ті території, райони, міста й села, виконавча влада та місцеве самоврядування яких першими зрозуміють переваги й доцільність застосування нових підходів, подолають наявні політичні й психологічні бар'єри. Ми рухаємося і прийдемо до того, коли основним буде не адміністратор. Коли місцеві громади, а не чиновник з області вирішуватимуть, де має розташовуватися лікарня», — висловив переконання І. Шкробанець.

Лікарі + ОТГ = ефективний тандем

Наприкінці 2018 р. представники Уряду анонсували збільшення тарифу на пацієнта з 370 до 450 грн. Проте це так і не було зроблено. Такий приклад — одне з численних підтверджень розбіжностей між обіцянками й діями.

Ігор Гнатуша, голова платформи «Охорона здоров'я» Асоціації ОТГ, запросив фахівців, які надають ПМД, і представників громад до співпраці. Він запропонував створити робочу групу для розгляду фінансових питань, змін нормативів навантаження лікарів, а напрацьовані документи передавати до розгляду народним депутатам і представникам Міністерства охорони здоров'я України.

*Ольга Радучич,
фото надані партнерами організаторів*