

Оригінал тексту <http://decentralization.uacrisis.org/medicine181120>

Відео <https://youtu.be/Hf2bgeCyAa8>

## Що треба знати про медицину сьогодні: нові райони, COVID, фінансування

За якими правилами працюватиме медицина у нових районах? Що відбудеться із районними лікарнями після укрупнення районів? Як покращити послуги лікарень? Та як лікарні справляються з COVID-19 сьогодні?

Про все це запитали у експертів представники регіональних ЗМІ під час тренінгу «Реформування медицини в умовах децентралізації».

### За яким принципом медицина фінансується сьогодні?

*Реформа системи фінансування охорони здоров'я почалася у 2018 році, а з 1 квітня 2020 року всі заклади охорони здоров'я екстреної медичної допомоги, вторинної медичної допомоги, інші заклади уклали договори з Національною службою здоров'я України. Таким чином почав реалізовуватися принцип, коли гроші йдуть за пацієнтом.*

46% респондентів для новообраної місцевої влади назвали пріоритетом створення умов для покращення сфери охорони здоров'я. Таку статистику показало [соціологічне дослідження «Децентралізація та реформа місцевого самоврядування»](#), яке проводив Центр «Соціальний індикатор» в серпні-вересні 2020 року.

Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ пояснив, що сьогодні фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до договорів з ними. Тобто **лікарня отримує кошти виключно за послуги, які надає, згідно з тарифом за них.**

"Таким чином, ми більш ефективно і економно використовуємо ті грошові ресурси, які у нас є - адже **заклад, який надає більше послуг, інтенсивно працює, той і отримує більше коштів**. Ми бачимо такі приклади у регіонах, зокрема в районних лікарнях - тих лікарнях, які наближені до пацієнтів. Цей принцип довів свою ефективність під час організації відповіді мережі закладів охорони здоров'я на пандемію COVID-19. Тобто **ми можемо достатньо оперативно збільшувати суму договору і спрямовувати більше коштів туди, де заклади охорони здоров'я приймають більше пацієнтів** і надають більший обсяг медичної допомоги. Це допомагає нам підтримувати постійне фінансування цього закладу, і ці кошти заклад може витратити на забезпечення ліками і на доплати медичному персоналу, який надає медичну допомогу цим пацієнтам", - розповів Андрій Віленський.

Матвій Хренов, експерт з охорони здоров'я, заступник Житомирського міського голови (2015-2018 рр), зауважив, що реформа ще розгортається, тому не всі процеси формування нової медицини в Україні є завершеними. :

"Важливо розуміти, що з 1 квітня цього року запрацювали верхньорівневі правила гри, але величезна кількість деталей допрацьовуються по ходу. І це не тому, що Україна щось робить неправильно. Це досвід будь-якої країни, тому що **система охорони здоров'я - величезна система, реформувати її одномоментно неможливо**, - зазначив Матвій Хренов і додав, - **Необхідно чітко розуміти ролі, хто за що відповідає**. Якщо ми говоримо про національний рівень - вони закуповують медичну послугу, і це їхні зобов'язання. Але за матеріально-технічне оснащення лікарні, ремонт у відділеннях, наявність розхідних матеріалів фактично відповідає адміністрація і власник. І якщо ми говоримо про райони, то власниками є органи місцевого самоврядування, які можуть виділяти кошти для того, щоб їхня лікарня була більш технологічною і мала кращий вигляд, могла надавати більш якісні послуги".

Загалом у тренінгу взяли участь 45 журналістів із 13 областей України. Під час спілкування із експертами вони могли поставити свої запитання. Отож, про що запитували журналісти з регіонів - далі прямою мовою.

#### **Яка ситуація із госпітальними округами?**

**Анна Парфьонова** з Херсонської області, сайт «Херсон. Громада. Ініціатива». Створення госпітальних округів – як проходить цей процес і чим він відрізняється від створення цих оновлених збільшених районів?

**Андрій Віленський**, т.в.о. Голови НСЗУ:

"Створенням і функціонуванням госпітальних округів опікується Міністерство охорони здоров'я України. У Національній служби здоров'я України чітко визначені повноваження, але я прокоментую. На сьогодні діє такий порядок: **на території однієї області створюється один госпітальний округ**. Відбулася певного роду "централізація" госпітальних округів. Це було зроблено для того, щоб забезпечити на регіональному рівні розвиток закладів охорони здоров'я, мережі закладів відповідно до потреб населення, а також для того, щоб створити ефективні, дієві маршрути пацієнтів, зокрема і в зв'язку з тим, які договори про медичне обслуговування населення мають заклади. Наприклад, ми розуміємо, що заклад має договір на інфаркт-інсульт, і місцева влада повинна зробити таким чином, щоб пацієнти потрапляли саме в ці заклади, які мають обладнання і мають медичний персонал.

Ми розуміємо, що динаміка процесу розвитку госпітальних округів різна в різних регіонах. Коли ми говоримо про розвиток мережі, то повинні розуміти, що COVID достатньо сильно вплинув на ці процеси. Але ми сподіваємося, що після того, як завершиться пік захворюваності, і заклади будуть переходити до більш сталої роботи, то госпітальні округи запрацюють потужніше і почнуть впливати на розвиток закладів охорони здоров'я на території регіону і на маршрути пацієнтів для того, щоб пацієнт отримував саме ту допомогу, якої він потребує".

**Матвій Хренов**, експерт з охорони здоров'я, заступник Житомирського міського голови (2015-2018 рр.):

"Чим відрізняється госпітальний округ від укрупненого району? Це принципово різні утворення. **Укрупнений район - це є адміністративне утворення** із прописаними нормативами, своїми чіткими повноваження. Натомість **госпітальна рада - є лише дорадчим органом**. Вона не може приймати рішення, які будуть обов'язковими до виконання, а може лише рекомендувати.

**Володимир Красьоха**, головний лікар Вознесенської багатопрофільної лікарні, Миколаївська область:

Я колишній голова госпітальної ради Вознесенського вже укрупненого району. Тоді це був один район, і до нас приєднувалися 5 районів, які ми обслуговували. Ми опорний заклад. Дві великі різниці - госпітальна рада раніше і зараз. Голову госпітальної ради вибирали серед делегатів, яких приймала рада кожного окремого району. Потім вона працювала і приймала рішення в конкретному госпітальному окрузі, де є всі маршрути на опорний заклад. А зараз набір людей - незрозумілий для мене. Зараз рішення госпітальної ради подаються на підпис губернатора, тому вони не можуть бути дорадчими - це буде наказ до виконання. Тому принципова різниця. Раніше були дієві, функціонуючі. Я знав, що в мене є 5 районів і які в них проблеми. Я туди їздив, знав, чим дихає кожна лікарня. Ми збиралися і три роки пропрацювали так.

## МЕДИЧНА РЕФОРМА У РОЗРІЗІ НОВИХ ГРОМАД ТА РАЙОНІВ

Хто фінансує лікарні у громадах?

*Ірина Обихвіст, газета «Сільські новини», Харківщина: Чи є чіткі обов'язки місцевої влади щодо фінансування медицини в громаді?*

**Матвій Хренов**, експерт з охорони здоров'я, заступник Житомирського міського голови (2015-2018 р.р.):

Є чіткі обов'язки, які закладені в українському законодавстві. Власник лікарні відповідає за її матеріально-технічний стан. Жодна інша інституція не має права пряму фінансувати цей заклад, окрім, наприклад, Національної служби здоров'я України, але лише через договір. Тобто тільки від власника залежить, в якому стані знаходиться лікарня.

**Андрій Віленський**, т.в.о. Голови НСЗУ:

За результатами нашого аналізу, ми бачимо, особливо щодо закладів, які отримали фінансування від Національної служби здоров'я України в цьому році більше, ніж субвенції за минулі роки, деякі власники прийняли рішення зменшити фінансування. Якщо говорити про кошти, пропорції, то загально у країні близько 35% коштів на підтримку лікарень давали власники і приблизно 65% - лікарні отримували з державного бюджету. На жаль, на сьогоднішній день, незважаючи на те, що місцеві бюджети суттєво зросли внаслідок адміністративно-територіальної реформи, ми бачимо, особливо у тих лікарнях, які раніше підтримували власники, ці обсяги коштів з боку місцевої влади зменшилися.

Наша пропозиція - не робити такого, тому що саме ті лікарні, які отримують більше коштів, і потребують підтримки, щоб вони активно розвиватися і надавати більш якісну медичну допомогу і більший спектр медичних послуг для громадян.

**Лілія Гудзь, заступниця директора департаменту – начальниця управління зв'язків з громадськістю Департаменту комунікацій НСЗУ:**

Обов'язок місцевої влади підтримувати і брати участь у житті закладів - закріплений у законі про місцеве самоврядування. Тобто, це є абсолютно чітка юридична норма, якої вони повинні дотримуватися. Як зараз прогресивна місцева влада бере участь у житті закладів? Зараз триває пандемія COVID і є нестача лікарів, а саме анестезіологів, на місцях. Ніжин - міська рада засідає і виділяє анестезіологу, який приїде з іншого міста, земельну ділянку і будує будинок. Як результат - забезпечує свій заклад кваліфікованим персоналом. Мена, Чернігівська область – місцева влада побудувала 6-квартирний будинок і запросила лікарів з Чернігова. Тобто є прогресивна місцева влада, яка бере участь у житті закладу, допомагає йому всіма можливими способами.

Але коли перші заклади перейшли на контракт з НСЗУ, то багато хто з місцевої влади чомусь усунувся. Часто це відбувається і в великих містах.

**Матвій Хренов, експерт з охорони здоров'я, заступник Житомирського міського голови (2015-2018 рр):**

Важливо розуміти, що ми перебуваємо в стані величезної соціальної медичної кризи, коли ми говоримо про COVID 19. І моя думка така: так, матеріально-технічне забезпечення залежить від органів місцевого самоврядування, але враховуючи, що потреби дуже зросли, особливо по "ковідних" пацієнтах, все одно важлива державна підтримка, Міністерства охорони здоров'я щодо закупівлі обладнання і розхідних матеріалів. І я можу констатувати: **з регіонів не відчувається достатня підтримка з центрального рівня щодо матеріально-технічного забезпечення.**

**Володимир Красьоха, головний лікар Вознесенської багатопрофільної лікарні, Миколаївська область:**

Зараз ми не бачимо того натхнення місцевої влади, яке спостерігали останні 3-4 роки, коли стартувала підготовка до старту реформи вторинного рівня, коли було колосальне бажання місцевої ради зберегти заклад, зробити його опорним, була конкуренція. Я це спостерігаю в Україні і саме в нашому регіоні, тому що у нас поряд є потужний медичний заклад - Южноукраїнська міська лікарня, яка має сильне лобі і фінансування, мономісто з сильним бюджетом. І ми, на фоні цієї конкуренції, здобули багато. Близько 50 мільйонів ми витратили на тільки на закупівлю обладнання, щоб бути опорним закладом, щоб у нас був інсультний пакет, ангиограф.

Але ми бачимо спад в цьому році. Після старту реформи ми не отримали ні копійки на розвиток закладу. Але та підготовка, яка була останні 3 роки, дає нам можливість жити і навіть робити дуже багато речей, яких раніше ми не робили за власний кошт.

## Що чекає місцеві лікарні після децентралізації?

**Валерія Жовтун**, Кіровоградщина, інформаційний портал «Гречка»:

*Що очікувати медичним закладам в громадах, маленьких селах до кінця року, поєднуючи ці дві реформи? А також що чекає в наступному році? Після загальної картини по країні особливо цікавить Кіровоградщина.*

**Андрій Віленський**, т.в.о. Голови НСЗУ:

Зараз заклади змінюють власників, але договори з НСЗУ залишаються чинними до кінця цього року, і в закладів буде місяць для того, щоб внести відповідні зміни в цей договір у зв'язку зі зміною назви закладу. Також заклад повинен попередити МОЗ своїм листом, тому що ліцензія була видана на заклад, який мав іншу назву. Це також є обов'язкова вимога. Але **фінансування закладу не припиниться**. І заклад, як інші, які не змінювали свою назву, буде отримувати свої кошти, і в наступному році він зможе укласти договори з Національною службою здоров'я України.

Також заклад може мати декілька власників, тож виникає питання співфінансування, адже вони будуть надавати допомогу населенню з декількох територіальних громадах, наприклад. Також ми розуміємо, що почнуться процеси реорганізації закладів, які залишаються у компетенції місцевої влади. Я хочу тільки запевнити, що **від Національної служби здоров'я України фінансування буде сталим**. Тобто якщо заклад відповідає вимогам, уклав договір з НСЗУ, то кошти будуть отримувати безперебійно.

**Матвій Хренов**, експерт з охорони здоров'я, заступник Житомирського міського голови (2015-2018 рр.):

А ви вже прийняли рішення, на який рівень передавати районні лікарні? Насправді продовження децентралізації має величезний вплив на систему охорони здоров'я. Стоїть питання, **куди передавати районні лікарні старих районів**. Є декілька рішень. Перший - віддати на рівень територіальної громади. Другий - на укрупнені райони. Третій - це передати на область.

На мою думку, передача на рівень територіальних громад є поганою історією, тому що будуть виникати випадки, коли на рівні одного району створено декілька ОТГ або одна районна лікарня обслуговує декілька різних районів. І насправді перемовини між власниками про співфінансування - це завжди дуже складна історія, тому що вони, з одного боку, не зобов'язані співфінансувати, а з іншого боку - мають лише моральні зобов'язання. І виходить, та ОТГ, яка утримує лікарню, отримує додатковий дуже великий тягар на бюджет, і це буде не дуже справедливо.

Більш справедливо піднімати лікарні на більш високий рівень: або укрупнені райони, або, ще краще, області. Тоді область зможе реально формувати якісну мережу, керувати закладами, і не буде проблеми з співфінансуванням між ОТГ.

Єдине – важливо передбачити переміщення коштів, тому що у нас так іноді відбувається, що якусь установу або заклад передають, а фінансування не передають. І це може стати великим тягарем.

Чи можна врятувати лікарню, яку не здатна фінансувати громада?

**Алла Мирончук, районна газета «Карпати»:**

*Зараз якраз об'єднуються райони, у нас створилася нова ОТГ. І оскільки об'єдналися два райони, наша районна лікарня зараз під великим знаком питанням, оскільки новостворена громада неспроможна її утримувати. Які є шляхи її збереження в статусі районної? Такої, щоб вона була на місці, щоб люди могли користуватися цими послугами, так само як і до цього, до реформи. Оскільки ми у гірській місцевості живемо, і нам насправді дуже важливо зберегти те, що маємо, розвивати, і щоб були якісні медичні послуги тут, на місці. Тому що найближча районна лікарня – це Вижниця, Вижницький район, а обласна аж за 120 кілометрів.*

**Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:**

На думку Національної служби здоров'я України, медична послуга повинна бути доступною для пацієнтів. Мова йде і про територіальну доступність. Також ми розуміємо, що спеціалізовані послуги потрібно централізувати. Ми не можемо в кожній районній лікарні створити, наприклад, кардіоцентр. Потрібно бачити цей баланс і виходити з того, які потреби є в населення на певній території.

Національна служба здоров'я України сплачує за єдиним тарифом всім закладам охорони здоров'я України в межах пакетів послуг. Тобто, якщо мова йде про терапевтичний **пакет для закладу у Вижниці або в Києві, то він є однаковим**. Зрозуміло, що спроможність місцевої влади підтримувати заклад у Києві і у Вижниці є абсолютно різною. У зв'язку з тими перетвореннями, які зараз відбуваються на територіях у зв'язку з адміністративно-територіальною реформою, наша служба **планує регіональні зустрічі з власниками і керівниками закладів охорони здоров'я**, щоб донести свою позицію, розповісти новим власникам про правила гри, показати моделі, які ми бачимо в інших регіонах, для того щоб власники могли прийняти обґрунтоване рішення, який шлях розвитку тієї чи іншої лікарні.

Наприклад, були з поїздкою в Чернівецькій області. В радіусі 50 кілометрів є три лікарні. Вони абсолютно різні, і всі претендують на однакові пакети послуг. А спроможність лікарень надавати послуги також різна. Наприклад, якщо ми говоримо про пологи, то в одній лікарні є і кадри, і відповідне обладнання для того, щоб надавати якісну послугу, а в іншій лікарні цього немає. Але лікарня прагне і претендує розвинути це пологове відділення, а пологів там буде до 100.

Звичайно, з точки зору пацієнта підтримати таку історію важко. Тому що ми розуміємо, що якісну послугу в цьому пологовому відділенні лікарі надати при такій кількості не зможуть. І краще розвинути в одній з лікарень послуги пологові, щоб був відповідний потік пацієнтів, сконцентрувати ресурси, адже територіальний доступ є. А натомість в цьому регіоні немає, наприклад,

паліативної послуги. Тобто, є пацієнти, які потребують цієї послуги, але жодна з цих лікарень послугу надавати не хочуть.

Тобто тут є різні варіанти рішень. Але потрібно сідати за стіл переговорів, і вирішувати питання в першу чергу в інтересах громади.

**Матвій Хренов**, експерт з охорони здоров'я, заступник Житомирського міського голови (2015-2018 р.р.):

По-перше, досі не вирішене питання, хто все-таки має фінансувати цю лікарню. Я сподіваюся, що буде прийнято рішення про підняття таких лікарень на більш високий фінансово спроможний рівень, з належним їх фінансуванням.

Але дуже часто в таких невеличких лікарнях після ґрунтовного аналізу з'ясовується, що там 2 лікаря на 3 відділення. І постає питання: **який зміст існування лікарні з цілодобовим стаціонаром, з відсутністю кадрів, якщо можна, наприклад, зробити амбулаторний прийом з денним стаціонаром**, і тоді їм буде і вистачати фінансування, і вони насправді будуть надавати ті самі послуги. Адже всі складні пацієнти їдуть або в більшу районну лікарню, або, наприклад, в обласну.

Тому, дійсно, **такі питання необхідно вивчати прицільно індивідуально**. У нас немає жодної однакової лікарні, і кожна потребує достатньо глибокого аналізу. Наразі є проблема, коли лікарня падає на рівень ОТГ, і іноді це достатньо великі лікарні, а громада не може їх дофінансувати. Питання перемовин між районами є достатньо складними. На мою думку, підтримувати такі лікарні зараз **має допомагати обласна рада**. Але це питання має бути вирішене на державному рівні.

Як знайти додаткове фінансування на лікарню?

**Тетяна Логвин**, газета «Вісті Зміївщини», Харківська область:

Чи обов'язково лікарня має перейти у власність громади, чи вона може залишатися на рівні укрупненого району? Можливо, є якийсь перехідний період?

Друге питання. Станом на зараз в нашому районі в двох нових ОТГ діють лікарні. В одній триває реконструкція під гінекологічне відділення, а в другій конче потрібен ремонт даху та фасаду. Чи можливо на ці цілі отримати кошти з обласного чи державного бюджетів? Чи потрібно викручуватися самим?

**Матвій Хренов**, експерт з охорони здоров'я, заступник Житомирського міського голови (2015-2018 рр.):

Можливо. Можна і з державного через Фонд регіонального розвитку, можна з обласного у вигляді субвенції або якогось місцевого фонду. Можна і від власника отримати ці кошти. Тут питання перемовин, співпраці з ключовими гравцями, стейкхолдерами і вміння керівників відшукати ці кошти, домовлятися і переконувати, що вони потрібні.

А на рахунок того, чи потрібно бути підприємством. Це було потрібно зробити дуже давно. І я насправді думаю, що це було зроблено. Тут питання не хто власник, а яка форма власності.

**Володимир Красьоха**, головний лікар Вознесенської багатoproфільної лікарні, Миколаївська область:

Кошти найлегше залучити від власника. Наше місто Вознесенськ - небагате, і ми все життя вишукуємо позабюджетні кошти. У нас реалізовується проєкт Європейського Союзу за 803 тисячі євро - термомодернізація двох будівель лікарні. Тяжко, але ми його зробили. **Усе, що в лікарні зроблено або робиться - то гранти, міжнародні проєкти, ДФРР, тощо.** Місцевих коштів практично немає. Тому треба рухатися і комунікувати з усіма зацікавленими сторонами, "шуміти" навколо лікарні, ставити її в пріоритет номер один.

І що робити з лікарнями - ваше перше запитання. Ми - опорна лікарня на більше ніж 200 тисяч населення. Навколо нас - 5 районів. Ми надаємо допомогу, якої в тих районах вже давно немає - пологи, операції, реанімація і інша високоспеціалізована медична допомога. **І навіть ми скорочуємо свої площі, свої кількість ліжок.** Коли ви говорите про доступність і забуваєте про якість. **Скільки в тій маленькій, одній з двох ЦРЛ надається якісної медичної допомоги?** Ви знаєте, що якість залежить від кількості наданої допомоги, про це не потрібно забувати. Пологові будинки менше 300-400 на рік – це не пологові будинки. Так само операції. Як хірург скажу, якщо я буду оперувати раз на місяць, то з мене не буде через рік хірурга. Тому опорних закладів і тих, які претендують на надання спеціалізованої медичної допомоги, не може бути кожні 20-30 кілометрів. Це практика всіх, навіть найрозвиненіших країн світу. **Не можна зберігати лікарню заради того, щоб була лікарня.** Адже вони вам якісну медичну допомогу не нададуть, якщо будуть приймати 11 або 13 пологів на рік, як деякі до реформи. Що це за пологові будинки?

#### Чи потрібні ФАПів в громадах?

**Надія Сердюк**, редакторка газети «Слово Арциза», Одеська область:

*На місцях є проблема з недостатньою інформованістю людей з питань медицини саме в сільській місцевості і велика потреба в роз'яснювальній роботі. Питання. Якою буде доля маленьких амбулаторій та ФАПів, які увійшли в новостворені ОТГ?*

**Андрій Віленський**, т.в.о. Голови НСЗУ:

Наша служба робить все можливе, всіма каналами комунікації. Але у нас обмежені можливості. Ми дякуємо за такі зустрічі (як тренінг із журналістами - ред), тому що ми розуміємо, що вони також є тим інструментом, який може пояснювати людям через медіа, що відбувається і до чого ми прагнемо.

Питанням ФАПів і маленьких амбулаторій - питання болюче, але тут є варіанти рішень, і ми бачимо різні моделі організації первинної медичної допомоги в регіонах. Коли ми аналізуємо, скільки отримує той чи інший лікар заробітної

плати на первинній медичній допомозі, ми розуміємо, що дуже **сильно впливає на розмір заробітної плати мережа ФАПів**. Тому що в деяких регіонах прийняті рішення стосовно створення інших структур, а в деяких регіонах утримується мережа ФАПів, утримується персонал, і відповідно витрати такого центру первинної медико-санітарної допомоги достатньо великі. Це рішення, яке повинен прийняти власник і керівник закладу - зберегти мережу ФАПів або забезпечити, наприклад, транспорт для лікаря первинки, який буде обслуговувати пацієнтів.

По Україні ми бачимо, що все менше закладів, які утримують ФАПи, бо насправді доступу пацієнта до лікаря в цих населених пунктах немає. І пацієнти роками не бачать свого сімейного лікаря. Будемо проводити активну кампанію для того, щоб ці перетворення відбувалися.

Але ще раз хочу наголосити, це вибір власника закладу і вибір керівника. Громада повинна бути активною.

### **КІЛЬКІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ПОСЛУГ У ЛІКАРНЯХ**

**Як визначаються послуги, що надає лікарня?**

**Ірина Ситник, Петропавлівський район, Дніпропетровська область:**

*Я проживаю в селищі міського типу. Я хотіла би поставити питання про районну лікарню. Коли створювалися госпітальні округи (Дніпропетровщина, Петропавлівський район), наша лікарня обрала терапевтичні послуги. У нас закрили хірургію, яка досить добре працювала - було дві хірургічні палати. На даний момент лікарня надає дві послуги: працює терапевтичне відділення і поліклініка, де ведеться прийом громадян. У зв'язку з цим, у нас щодалі йдуть великі скорочення медичного персоналу.*

*Зараз районна лікарня передається в ОТГ. Фінансів, звісно, немає. Якими послугами доповнити районну лікарню? Якщо у нас, по-перше, фінансування не вистачає, а воно все передається на громади, по-друге, є брак спеціалістів. Ми ж розуміємо, якщо прийде до нас хірург, він буде працювати лише тоді, коли матиме змогу оперувати. А він не має такої змоги. Відтак у нас залишаються зі спеціалістів люди пенсійного віку в основному. І чи буде допомагати держава чи область навіть не те що утримати саму будівлю лікарні, а щоб розвинути послуги, і щоб ми зберегли медичну галузь у районі?*

**Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:**

Треба розуміти, що Національна служба здоров'я України висуває до лікарень певні вимоги, які захищають інтереси пацієнтів. Якщо заклад виконує ці вимоги, ми можемо сказати напевне, що ця послуга надається безпечно і якісно. Якщо заклад робить хірургічні операції, але немає цілодобового анестезіолога, то перебувати в цьому закладі - дуже великий ризик для пацієнта. Тому що після будь-якої операції можуть бути ускладнення, і лікар, який не чергує, а перебуває вдома, може просто не встигнути врятувати людину.

Також є заклади, які отримали від нас "відкладені вимоги" - до 1 жовтня вони повинні були або стати лікарнею, яка може надавати медичні послуги згідно з вимогами, або створити інші види медичної допомоги і запропонувати нам переукласти договори на інші пакети.

У вашому селищі лікарня має два пакети. Важливо розуміти, що лікарня – це сторона договору. Тобто **лікарня сама оцінює, на які пакети послуг з НСЗУ вона може подати пропозицію**. Якщо говорити про районні лікарні, то у нас є такі, що мають більше 10 пакетів послуг (переважно в західному регіоні). І це не завжди великі міста. Це, як правило, районні центри. І це говорить про те, що керівництво закладу чітко зважило і подивилося, який ресурс є, подало пропозиції і раціонально використало ці ресурси для того, щоб мати більше фінансування.

Наприклад, є пакети послуг реабілітації, паліативної допомоги. За ними лікарні отримують достатньо великі кошти. Наприклад, у нас є Надвірнянська ЦРЛ (Івано-Франківська область - ред.), яка має договір на 20 пакетів послуг майже на 77 мільйонів гривень.

Тому дуже важливо, щоб керівники закладів разом з громадою підготувалися до контракування і подивилися, як вони можуть використати цей інструмент, який дає Національна служба здоров'я України. Повірте, **вимоги до нестационарних пакетів, які можуть додатково профінансувати заклади, не є такими складними**. Є ще час, щоб підготуватися до 2021 року. Напевно, якщо уряд вирішить, то ми будемо проводити контракування в межах програми медичних гарантій на 2021 рік, і з 1 квітня будуть діяти ці договори. Тобто сам процес контракування буде проходити лютий-березень.

Зараз на сайті НСЗУ вже опубліковані [проєкти вимог із специфікації](#). Потрібно подивитися їх, подивитися, який ресурс є в лікарні, чи можна його використати для виконання послуг за тим чи іншим пакетом. І подати пропозицію на більшу кількість пакетів. За рахунок цього буде збільшуватися фінансування лікарні.

Як досліджується якість послуг лікарні?

**Анна Парфьонова, ІВ "Херсон. Громада. Ініціатива", Херсонщина:**

*Національна служба здоров'я України, позиціонує себе як сторона захисту пацієнта, захисту права на якісне обслуговування. Як відслідковується задоволеність пацієнтів? Чи є якісь дослідження по лікарнях чи регіонах? А якщо немає, то чому?*

**Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:**

Ми розуміємо, що наразі багато пацієнтів незадоволені тим рівнем медичних послуг, які надають заклади охорони здоров'я.

Яким чином ми отримуємо інформацію? Перше. Ми отримуємо інформацію від пацієнтів, коли вони нам пишуть скаргу, заяву, лист про те, що щось відбувається не так.

Другий канал інформації - наш контакт-центр, який працює за номером 1677. Будь-яке звернення пацієнта ми аналізуємо, вимагаємо від закладу пояснення, коли розуміємо, що йде порушення прав пацієнта.

У нас є аналітика по регіонах, і по деяких закладах охорони здоров'я - де є повторні або велика кількість випадків, коли пацієнти, наприклад, сплачують за пріоритетні послуги або роблять платні дослідження там, де це не повинно бути. Це в першу чергу онкологічні заклади, які отримали в цьому році достатньо великі кошти. **У деяких закладах бюджети в рази більші, ніж були у 2019 році.** Але вони не квапляться спрямовувати ці кошти на забезпечення платних послуг і на підвищення заробітної плати персоналу. Із такими закладами по таких випадках ми працюємо предметно. І, повірте, ситуація починає змінюватися.

Дуже важливо, я хочу закликати і журналістів, і представників громадських організацій, і пацієнтів бути активними. Тому що дуже часто пацієнти не хочуть давати нам інформацію, думаючи про те, що якщо вони поскаржаться, то це вплине на надання медичної допомоги їм в тому чи іншому закладі. Але ми закликаємо всіх надавати нам відповідну інформацію, тому що саме коли ми маємо цю інформацію, ми можемо відпрацювати.

**Зараз у нас дещо обмежені інструменти впливу.** Коли ми отримуємо від пацієнта скаргу через наші канали, ми вимагаємо від закладу пояснення. Якщо підтверджено факт того, що пацієнт сплатив за послугу, ми вимагаємо від закладу компенсувати пацієнту кошти. Якщо цього не відбувається або є інші причини, ми передаємо інформацію в правоохоронні органи.

**У нас є можливість розірвати договір з тим чи іншим закладом охорони здоров'я, якщо він грубо порушує правила безоплатності там, де воно повинно бути виконано.**

Але ми розуміємо, що користуватися цим інструментом можемо дуже у виключних випадках і дуже обережно. Тому що уявіть собі таку ситуацію. У нас є онкологічний центр, який надає допомогу мешканцям всієї області, ми з ним розриваємо договір і припиняємо фінансування. Або районна лікарня, яка обслуговує район, і більше закладів охорони здоров'я на території немає. Постраждають в першу чергу пацієнти, якщо заклад не буде надавати медичну допомогу.

Тому зараз ми звернулися до Міністерства охорони здоров'я України з пропозиціями **змінити відповідні нормативні акти, щоб у нас була більша палітра інструментів**, щоб ми могли застосовувати і фінансовий вплив на заклади. І тоді, я думаю, все це буде працювати більш ефективно.

Оптимізація мережі та сервіс лікарень

*Дмитро Клименко, «Український тиждень»:*

*У мене буде питання стосовно тих самих районних лікарень. 25 жовтня адмінтерреформа у нас вийшла на фінал, і сьогодні вже більшість громад ставлять перед собою питання, що буде з районними лікарнями. Але дуже мало людей публічно говорять про те, що необхідно оптимізувати мережу районних лікарень. Тому що є лікарні, на які витрачаються величезні гроші, але вони не надають відповідні якісні медичні послуги. Якою має бути система мотивації проводити оптимізацію закладів охорони здоров'я на районному рівні? І чия це має бути в першу чергу ключова робота, держави чи органів місцевого самоврядування?*

*Друге питання - клієнтський сервіс. У приватному закладі охорони здоров'я тобі усміхаються і кажуть до побачення, і роблять це постійно, на кожному кроці. На жаль, в амбулаторіях, ФАПх і в поліклініках комунальних такого немає ще. Хоча система фінансування, яка на сьогодні є, це мотивує, впроваджувати клієнтський сервіс. Що має робити пацієнт, аби клієнтський сервіс зростає? І що має робити власник закладу, щоб мотивувати власне лікарні, амбулаторії і ФАПи впроваджувати клієнтський сервіс?*

**Матвій Хренов**, експерт з охорони здоров'я, заступник Житомирського міського голови (2015-2018 рр.):

Якщо говорити про мережу, особливо районних лікарень, то вона є дуже роздута. Коли ми вивчали 2 роки тому саму мережу, то виявлялося дуже часто, що це не лікарні були, а просто амбулаторії. І процес їх оптимізації повільно, болісно, але почався. Те, що сьогодні озвучують, насправді це є результатами цього процесу. Швидко він не завершиться.

Я підкреслюю, дуже важливо, щоби ці **маленькі лікарні були забрані з власності невеличких територіальних громад і віддані на більш високий рівень**. Це дозволить формувати мережу закладів регіону зверху, а не від спроможності закладу. Тому що дійсно іноді буває ситуація, коли територіальна громада отримує класну лікарню, але в них немає змоги навіть оплатити комунальні послуги.

А якщо говорити про сервіс і клієнтоорієнтованість закладів охорони здоров'я, насправді тут є дві тези. Перше, поки не завершиться ковідна криза - про сервіс говорити не можна. Тому що те навантаження, яке на сьогоднішній момент випало на всі ланки системи охорони здоров'я, є надмірним. І друге - система охорони здоров'я хронічно недофінансована. Навіть та історія з пакетами і фінансуванням за послуги - це правильний шлях, але він не підкріплений достатньою кількістю коштів. Ми чуємо, що на наступний рік буде закладено більше. Я, на жаль, сумніваюся, що там буде необхідна сума. Тому що **поки система не отримає 6-7% ВВП, говорити про її якісне наповнення грошима не можна**. І відповідно вимагати від лікарів і медичного персоналу великий сервіс при недофінансуванні - не можна.

Але зміни почалися насправді. І це найкраще було видно на первинці. З'явилися лікарі, які почали посміхатися, вони отримали більшу кількість контрактів. Ви

можете обрати того медичного працівника на первинці, який вам подобається. Наприклад, мій сімейний лікар посміхається.

**Володимир Красьоха**, головний лікар Вознесенської багатопрофільної лікарні, Миколаївська область:

Клієнтський сервіс - це про боротьбу за клієнта, за пацієнта. Це саме про те, про що і реформа. Раніше це було, знаєте, менше прийшло – ну і добре. Ми не говорили про навантаження. Ми звітуємо в електронному вигляді. Якби не ковідна криза, то **кінець року показав би, хто все-таки надає допомогу**. Тому що ті 3% ВВП, якими оперує НСЗУ, - це в 2,5 рази менше, ніж потрібно. Воно і так розпорошується між всіма брехунами в системі охорони здоров'я, які пишуть собі величезне навантаження. Тільки електронне звітування повинно буде поставити крапку над цим. І сказати, що в цьому закладі немає потоків пацієнтів. І ці кошти перенаправляться в заклад, який надає їх достатню кількість, і сума кожної послуги контракту збільшиться пропорційно.

Цього року у нас з'явився менеджер зі зв'язків. Вона веде сторінку у ФБ, активно комунікує. Але вона отримує 4 тисячі гривень. Це не ті кошти, за які я знайду тих реєстраторів, які будуть класно комунікувати. Але ми працюємо, тому що **ми розуміємо правило першого і останнього контакту**. Якщо прийдете до нас в лікарню, і вас в реєстратурі погано зустрінуть, а ще гірше погано проведуть - це все враження, що у вас залишиться.

**Андрій Віленський**, т.в.о. Голови НСЗУ:

Стосовно першого питання. У 2019 році було більше ніж 700 закладів, які надавали допомогу щодо пологів. На сьогоднішній день - їх 396. За перші 7-8 місяців роботи програми медичних гарантій зарано робити якісь висновки, але ми розуміємо, що процеси вже йдуть.

У цьому році ми хотіли мати дані в електронній системі охорони здоров'я, і на їх підставі укладати договори у 2021 році, і дати закладам ті бюджети, на які вони заслуговують за результатами цього року. Безперечно, на це вплинув COVID. Але хочу наголосити, що ми займемось цим питанням вже в 2021 році. Проте будемо спиратися і на ті дані, які будуть надані закладами в цьому році. Тобто, вже в 2021 році принцип "гроші йдуть за пацієнтом" буде працювати.

Те, що стосується сервісу. На первинці зараз є інструмент **"вибір лікаря, з яким укласти декларацію"**. Так само є він і на вторинці. Це вибір того лікувального закладу, куди ви вважаєте за краще звернутися за медичною допомогою. Тому що зараз працює принцип екстериторіальності. Тобто заклад має договір з НСЗУ, **ви можете в будь-якому закладі України отримати ту чи іншу послугу**, якщо заклад має договір на відповідний пакет. Звичайно, ці питання дуже швидко вирішуватися не будуть. Але це залежить також і від пацієнтів - наскільки вони будуть активними, будуть відстоювати свої права, наскільки будуть користуватися інструментом вибору. А Національна служба здоров'я вас у цьому підтримає.

## Підтримка лікарень у боротьбі з COVID

**Ольга Чернякова** з сайту «Час чернігівський»:

*Які реальні кроки НСЗУ щодо підтримки лікувальних закладів регіонів у боротьбі з коронавірусом?*

**Андрій Віленський**, т.в.о. Голови НСЗУ:

На початку пандемії ми запропонували розділити заклади на дві групи. **Перша група, яка буде надавати допомогу пацієнтам з COVID. І друга - яка буде обслуговувати пацієнтів з іншими захворюваннями.** Навіщо такий поділ? Щоб ефективно використати ті ресурси, які у нас є, і убезпечити від ризику інфікування пацієнтів і медичний персонал, який не має коронавірусу.

До тих закладів, які приймають пацієнтів з коронавірусом, наша служба висуває певні вимоги, яким необхідно відповідати. Заклад повинен мати відповідну кількість персоналу і обладнання, щоб надавати допомогу пацієнтам з будь-якими проявами захворювання будь-якої тяжкості. Ми проти того, щоб пацієнта переміщували із закладу в заклад.

Отже, щоб пацієнти потрапляли в цей заклад охорони здоров'я, він повинен мати договір з Національною службою здоров'я України і відповідати вимогам. І тоді заклад отримує кошти згідно з тарифом, якого вистачає, щоб забезпечувати заклад лікарськими засобами, розхідними матеріалами і здійснювати доплати до 300% медичним працівникам, які безпосередньо працюють з цими пацієнтами.

Якщо лікарня не має такого договору, то пацієнти з COVID туди потрапляти не повинні. Тобто лікарня повинна виконувати свою основну функцію і надавати допомогу пацієнтам без коронавірусу.

Ми розуміємо, що в деяких регіонах ця схема не працює. Але це відповідальність влади на місцях і обласного, регіонального департаменту охорони здоров'я, який повинен створити маршрути пацієнтів. Це відповідальність власників, які також беруть активну участь у цьому. Але найбільша відповідальність – керівника закладу, який повинен розуміти ці речі і відповідно брати активну участь у тому, як і куди ці пацієнти спрямовуються.

На сьогоднішній день **Національна служба здоров'я України має договір по стаціонарному пакету для лікування пацієнтів з COVID із 437 закладами.**

Якщо ми говоримо про загальну мережу стаціонарних закладів - їх більше тисячі. Ми розуміємо, що кількість ліжок має збільшуватися, тому в першу чергу пропонуємо збільшувати їх кількість у тих закладах, які вже мають ковідний пакет. Тому що вони мають експертизу, досвід, обладнання. Тож якість надання медичної допомоги пацієнтам у цих закладах буде кращою.

**Володимир Красьоха**, головний лікар Вознесенської багатoproфільної лікарні, Миколаївська область:

Ми опорний заклад, який незважаючи на ковідний шпиталь, який у нас розгорнутий, продовжуємо приймати й інсульти, й інфаркти, й екстрені операції.

Деякі лікарні навколо нас лікарні закрилися взагалі на певний час, тому що перехворіли всі медики. І первинка міста Вознесенська приймала цілий сусідній район або навіть два райони, бо людям не було куди йти. Ми прийняли за договорами між громадами, і продовжуємо приймати з 5 районів.

Ми маємо ковідний пакет з самого початку. І коли хворих було дуже мало, ми ще влітку почали готуватися. Закупили ліки. Вперше за 20 років роботи в лікарні я бачив, що постало питання, де зберігати стільки ліків. У нас раніше був один склад, а зараз ми зайняли пів підвалу хірургічного корпусу, тому що 20 тонн розчинів і всього іншого - це був виклик для нас. Також на базі старого пологового будинку ми облаштували ковідний шпиталь - 4 медичні відділення з реанімаційним цілодобовим. Ми власними силами почали відновлювати це приміщення і перенесли туди кисень.

Останні 3 місяці 67 працівників, які там працюють, щомісяця отримують 300%. Ті, які залучені, і ми не маємо права використовувати саме ковідні гроші, отримують доплату з загальних пакетів. Тому ковідного пакету достатньо, щоб забезпечити лікарню повноцінним лікуванням. Хоча є деякі проблеми з постачанням ліків інколи від фармпредставників.

**Чи можливо зараз отримати планову медичну допомогу?**

**Олена Сульжик, «Ехо Кобиляки», Дніпропетровська область:**

*Чи працюють кардіоцентри, зокрема в Дніпропетровську? Чи можуть вони зараз приймати пацієнтів? І як вони працюють?*

**Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:**

Ми не рекомендували включати до ковідних закладів обласні лікарні для того, щоб зберегти на території регіону найвищий рівень надання медичної допомоги для всього населення. Але це рекомендація і рішення приймають власники - місцева влада.

**Деякі обласні лікарні мають договори про ковідний пакет - ми не можемо відмовити. Але ми слідкуємо, щоб це було окреме інфекційне відділення, окрема будівля, щоб такі пацієнти не перетиналися з тими пацієнтами, які отримують інші послуги.**

Дніпропетровський обласний кардіоцентр повинен надавати допомогу пацієнтам. Він має діючий договір з Національною службою здоров'я України і за надання послуг отримує гроші. Якщо він має договір на пріоритетну послугу інфаркт, то отримує гроші за кожен пролікований випадок, і **це їх зобов'язання відповідно до договору**. Вони повинні надавати таку медичну допомогу. Але ми перевіримо це і можемо додатково повідомити вас про результати.

**Матвій Хренов, експерт з охорони здоров'я, заступник Житомирського міського голови (2015-2018 рр.):**

Треба розрізняти, який був випадок: ургентний чи плановий. Якщо ургентний випадок, то точно мають прийняти, якщо не в тому закладі, то в іншому. Але була

[постанова Кабміну](#), яка говорила про зупинку планової медицини на території всієї держави. Я вважаю, це рішення було не дуже аргументоване. Є лікарні, де немає можливості розділити пацієнтів, і вони дійсно не можуть надавати планову медицину. Але в деяких лікарнях є окремі корпуси, наприклад, офтальмологічне або урологічне відділення, яке до COVID взагалі не має жодного відношення. Чому таке відділення не може надавати планову медичну допомогу - мені особисто незрозуміло.

Друга історія – приватні заклади. Чому приватний заклад не може надавати планову медичну допомогу? Тобто, мені здається, що **рішення про заборону планової госпіталізації або планового лікування не дуже обґрунтоване.**

І важливо розуміти: ковідна криза триває вже рік. Сказати, що ми її подолаємо в найближчі місяці, також буде достатньо оптимістично. Слава Богу, вакцини з'явилися, ми їх з нетерпінням очікуємо. Але пів року, 9 місяців точно ще буде колотити достатньо сильно. І **поламати систему надання планової допомоги насправді є дуже поганою історією, адже інші захворювання ніхто не відміняв.**

І я відчуваю, що, на жаль, після ковідної кризи ми отримаємо достатньо велике збільшення виявлення і по онкологічних, серцево-судинних захворюваннях, цукрового діабету та іншу величезну кількість захворювань, які потім будуть набагато більшими проблемами. А все тому, що **люди або бояться, або не можуть отримати планову допомогу зараз.**

Коли держава оплачує лікування COVID?

*Оксана Бочко, сайт «Терен», Тернопільська область:*

*Пацієнт потрапив у стаціонар, симптоми були COVID. Але перші тести не показали позитивний результат. Вже третій тест через декілька днів показав позитивний результат, і його лікування почала оплачувати держава. Поки тести були негативні, сім'я витратила 56 тисяч гривень. Чеки у них збережені. Чи можлива компенсація цієї суми? І як це зробити, якщо це можливо?*

**Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:**

Тут потрібно вивчати конкретний випадок. Але заклади охорони здоров'я, які мають договір з нами на надання допомоги пацієнтам з COVID, повинні надавати допомогу пацієнтам **з підтвердженням коронавірусним діагнозом і з підозрою.** І саме за це сплачує Національна служба здоров'я України.

Якщо вам такі випадки відомі, то просимо повідомляти нас. Ми будемо комунікувати з цим закладом і пояснювати, яким чином вони повинні це робити.

**Володимир Красьоха, головний лікар Вознесенської багатопрофільної лікарні, Миколаївська область:**

Ваше право – вимагати від закладу лікування, поки діагноз не встановлений. Плюс є терапевтичний пакет - якщо це просто пневмонія дихальних шляхів, то вона також повинна лікуватися безкоштовно. Ковідний пакет тут навіть ні до чого.

Як рахується доплата лікарям, що працюють з COVID-пацієнтами?

**Валерія Жовтун, сайт «Гречка», Кіровоградська область:**

*Говорили сьогодні зокрема про те, що недостатня кількість лікарів для обслуговування пацієнтів з COVID. Чи є статистика НСЗУ, скільки не вистачає наразі в Україні загалом, і зокрема в Кіровоградській області?*

**Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:**

Коли заклад отримує договір на стаціонарний ковідний пакет, цей пакет передбачає 300% доплати медикам, які працюють з пацієнтами. Сплата йде за команду. У закладі повинно бути мінімум 4 команди, до кожної з яких входять три лікарів і по три медичних працівників на кожного лікаря. Отже, 12 осіб в одній команді. Тобто, мінімальна кількість лікарів і тих медичних працівників, яка повинна бути в цьому закладі для того, щоб забезпечити надання допомоги в стаціонарі таким пацієнтам, повинна бути 48. На цю кількість і розраховані доплати.

Дуже часто заклад включає в ці команди фактично більше лікарів і медичних працівників. Наприклад, може бути 4 команди, а працівників не 48, а 120. Зрозуміло, що вони отримують кошти за тарифом, і на всіх медичних працівників на доплати коштів не вистачає. Тобто, це вже залежить від керівника закладу. Але такий приклад свідчить про те, що насправді кількості медичних працівників, лікарів достатньо для того, щоб забезпечити надання медичної допомоги пацієнтам з COVID.

Якщо говорити про проблеми, наприклад, Кіровоградської області. Ми були у Кропивницькому місяць тому. Пандемія торкнулася Кіровоградської області пізніше. І ми бачили, що, наприклад, місто Кропивницький не дуже було готове на той момент до збільшення рівня захворюваності. Основна **проблема була - не медичні кадри і не заклади охорони здоров'я**, тому що ліжковий фонд в Україні є достатнім загальною, і медичних кадрів у закладах охорони здоров'я також працює достатньо. Зараз **Національна служба здоров'я України спрощує вимоги до команд**. Якщо заклад має 4 команди, в яких є лікар-анестезіолог, заклад може створювати ще команди, де може бути будь-який набір лікарів лікувального профілю. Такі зміни до постанови уряду, яка регламентує ці правила, були прийняті вчора.

Головна проблема, і в Кропивницькому і по багатьох регіонах України, - це **проблема з киснем**. Саме вона потребує якнайшвидшого вирішення. А стосовно лікарів, можу вас запевнити, за нашими прогнозами, їх вистачить, якщо заклади будуть раціонально використовувати цей ресурс, який у них є. А це залежить від керівника закладу.

### Чи вчасно виплачуються COVID-пакети?

*Інна Халеп, Суспільне телебачення Запоріжжя. Кількість хворих на COVID суттєво зростає. Чи є затримка по виплатах коштів ковідних пакетів від НСЗУ до лікарень?*

**Володимир Красьоха, головний лікар Вознесенської багатoproфільної лікарні, Миколаївська область:**

Немає затримок у коштах. Тому ми вчасно виплачуємо всі потрібні нарахування. Звичайно, йде звіт, і відповідно до нього йде фінансування. Тому ніяких затримок не було по жодному пакету.

**Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:**

Дуже часто є така ситуація, коли заклад додається до переліку закладів, які можуть надавати допомогу пацієнтам з COVID, і він починає відразу приймати пацієнтів. Ми повинні розуміти, що **стартом є укладення договору**.

Тому **спочатку договір, йдуть кошти за звітом, і далі вже йде прийом пацієнтів**. Оце випадок, коли в закладі можуть бути пацієнти, медичні працівники вже працюють з ними, а коштів від Національної служби здоров'я ще не отримали, тому що немає укладеного договору.

Також є питання звітів і подання звітності. **Формула оплати за фактично надані послуги** за стаціонарним ковідним пакетом передбачає, що ми повинні зібрати дані від всіх закладів області, які мають цей пакет. І після того за формулою розрахувати, який внесок кожного закладу був у загальний результат області. Це впливає на оплати. Чим інтенсивніше заклад працює, тим більше отримує коштів. Це справедливо. Але іноді буває так, що якийсь **заклад у регіоні не надає вчасно звіт**. Ми активно комунікуємо, направляємо листи на заклад, на власника, в департамент охорони здоров'я, щоб це відбувалося швидше. Іноді буває так, що всі заклади області чекають на один заклад, який вчасно не подав звіт.

### Чи повинен лікар виїжджати до пацієнта додому?

*Олена Комісаренко, районна газета «Новоукраїнські новини», Кіровоградська область:*

*Чому сімейні лікарі не виїждять на виклики до хворих? Раніше до реформи лікарі були на виїздах у визначені дні. Що має статися, щоб лікар приїхав на виклик?*

*Чи є можливість створення і функціонування бригад швидкої допомоги в новостворених ОТГ? Адже екстрена допомога виїждить не на всі випадки. І за чий рахунок тоді можна фінансувати таку службу?*

**Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:**

Питання виїзду додому має свою актуальність. Але ми повинні розуміти, яким чином використовувати ресурси в сфері охорони здоров'я. Якщо ми говоримо

про лікаря первинної ланки, в нього є певна кількість пацієнтів. Ви знаєте, що для педіатра це 900, для сімейного - 1800, і 2000 - для терапевта. Це оптимальний обсяг практики. І рішення **їхати до пацієнта додому чи ні - приймає сам лікар**. Робота лікаря повинна бути оптимізована. З іншого боку, якщо в пацієнта є потреба в екстреній медичній допомозі, то до нього приїде "швидка" і надасть цю необхідну медичну допомогу або госпіталізує пацієнта.

Якщо говорити **в контексті COVID**, то наша позиція, що лікар первинки повинен залишитися для своїх пацієнтів свого роду диспетчером. Тому що якщо він буде досить активно контактувати з пацієнтами, є достатньо великим ризик того, що пацієнти втратять порадника, того, хто може якісно сформулювати маршрут. Тому ми пропонували без шкоди для пацієнта застосовувати в першу чергу **дистанційні методи комунікації з пацієнтом, і таким чином забезпечувати медичну допомогу**.

Якщо громада чи заклад бачить необхідність у створенні бригади швидкої допомоги - не заборонено це робити. Ми бачимо зараз, що деякі центри первинної медичної допомоги створюють не тільки чергові бригади, які працюють у вихідні дні, але вже й створюють і цілодобові такі можливості для пацієнтів. Це може бути або контакт-центр, або навіть та бригада, яка може виїздити. Але ми розуміємо, що насправді потреба в цьому не є великою. Це більше потреба в підтримці, в безпосередній комунікації. Тому що якщо ми говоримо про екстрену медичну допомогу, то на сьогоднішній день вона повністю забезпечується.

**Хто повинен забезпечувати лікарні киснем?**

***Дмитро Клименко**, Житомирська область, кореспондент «Українського тижня»:*

*Хто в першу чергу зобов'язаний організовувати постачання кисню в лікарні? Це місцева влада, лікарні, державна влада? І чи це правда, що постачальники кисню в разі піднімають вартість кисню після того, як почалася ця кризова ситуація?*

***Матвій Хренов**, експерт з охорони здоров'я, заступник Житомирського міського голови (2015-2018 рр.):*

Напряму **забезпечення киснем лікарні є відповідальністю адміністрації лікарні**. Але враховуючи, що потреба в кисні лавиноподібно збільшується в десятки і сотні разів, звісно, ринок українського кисню не спроможний забезпечити попит. І тут постає питання до центральної влади: чому не відбулися підготовчі дії ще навесні, коли був перший локдаун, або влітку. Ми заходимо в зиму, а питання кисню не вирішене. Я можу чітко запевнити, що **самостійно керівники і навіть органи місцевого самоврядування вирішити проблему забезпечення киснем не можуть**. Тому що це питання має вирішуватися на державному рівні.

Наприклад, мені не дуже зрозуміло, чому досі на рівні уряду не відмінили вимогу щодо проєктування кисневих станцій, які можуть тривати по 4-5 місяців. У нас немає на це часу. Знову ж повертаємося до історії. Зараз органи місцевого

самоврядування на рівні областей говорять, що вони будуть розгортати мобільні госпіталі. Це, звичайно, класна ідея. Два питання. Хто там буде працювати? І де вони візьмуть кисень? Тобто, просто ліжка поставити? Та можна в піонерських таборах ставити ліжка, без кисню це не матиме жодного сенсу.

Тому без підтримки на державному рівні і вирішення низки дуже болючих питань - керівники закладів організувати забезпечення киснем фізично не можуть.

**Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:**

Наведу приклад, як по-різному влада на місцях вирішує це питання. Працівники Національної служби здоров'я України часто їздять в регіони для того, щоб моніторити, яким чином надається допомога пацієнтам, хворим на COVID, оскільки ми є тією стороною договору, яка захищає інтереси пацієнтів. І я нещодавно був у Чернівецькій області і можу сказати, що область готова до підйому захворюваності на COVID.

Ми зробили прогнози захворюваності по кожному регіону, наклали їх на готовність мережі закладів, яка буде відповідати на ці підйоми. І **ми бачимо абсолютно різну картину у регіонах**. Ми розуміємо, що на рівні цієї області місцева влада з самого початку пандемії опікувалася цими питаннями, і заклади охорони здоров'я готові до того, щоб приймати більше хворих. Натомість в інших регіонах ми цього не бачимо.

Але треба розуміти, що зараз це наша спільна проблема, яку треба вирішувати. Ми **не повинні ділити на те, що має зробити місцева влада, уряд**. А визначити ті больові точки, заклади, регіони, де потрібно з урахуванням прогнозу зараз забезпечити заклади киснем. Щоб громадянин був впевнений: якщо він захворів, то отримає всю належну медичну допомогу в тому закладі, який має договір з Національною службою здоров'я.

**Володимир Красьоха, головний лікар Вознесенської багатопрофільної лікарні, Миколаївська область:**

Цифри щодо вартості кисню суттєво не зросли. Проблема в іншому. Ми розуміли, що проблема з киснем буде, тому з весни закупили кріоциліндри за різні джерела - ми маємо 1,5 тонни ємності кріоциліндрів для запасу. Але місяць тому нам почали надходити листи, що кисню немає. Я розмовляв з заводами і постачальниками - вони не можуть між собою знайти спільної мови. Як доросла людина, я розумію, що мова навіть у період пандемії йде про бізнес, про сфери впливу. Кисню насправді достатньо. **Проблема в логістиці** і в тому, щоб їх взяли за шірки, посадили за один стіл, і хтось найстарший в країні сказав, що не час зараз ділити сфери впливу, треба брати і логістично все це перенаправити.

У мене найближчі постачальники кисню - Дніпро і Харків. Далі - Львів, Луцьк і Західна Україна. **Багато тільки зараз отримують ліцензії**, які вже тривалий час лежали в провладних кабінетах. Цей процес треба було завершити ще **навесні, влітку - видати ліцензії, щоб постачальників було в рази більше**. Заводів достатньо в країні.

Тому ми, громадська організація «Медичні лідери», ініціювали зустріч і поспілкувалися з МОЗом стосовно того, щоб вони посадили за стіл виробників кисню. День-два – і у нас кисню немає. 2-3-4 людини на апаратах, 15-20 на масках. Так, ми докуповуємо концентратори. Але проблема є велика.

### **Чи зобов'язані лікарні звітувати про гроші?**

*Людмила Маслова, газета «Першотравенські новини», Дніпропетровська область:*

*У мене питання про звітність. Чи повинні лікарні звітувати про витрачені гроші перед громадою, зокрема через ЗМІ? Зрозуміло, що контролює витрачені гроші місцева влада, потім на сесіях це озвучує. Але ось більшість населення регіону залишається не в курсі того, як витрачаються гроші, що надійшли в лікарню, особливо зараз, коли пандемія COVID, люди все одно носять якісь благодійні внески на те, щоб краще лікували їх близьких. Чи повинна лікарня після цього відзвітувати через газету про те, скільки грошей прийшло, як вони були витрачені, з якою ефективністю? Чи повинно це робитися в обов'язковому порядку? Або це добровільно?*

*Лілія Гудзь, заступниця директора департаменту – начальниця управління зв'язків з громадськістю Департаменту комунікацій НСЗУ:*

Наскільки нам відомо, немає такого обов'язку лікарні звітувати через ЗМІ. Але що можна зробити вже зараз? На офіційному сайті Національної служби здоров'я України є розділ [«Е-дані»](#). І там є понад 10 інформаційних бекбордів, на яких ви можете побачити виплати по конкретній лікарні у вашому регіоні. По фільтру, який знаходиться ліворуч, шукаєте чи за ЄДРПОУ, чи за назвою лікарні, яка вас цікавить, і бачите, на які пакети послуг вона уклала договір, і скільки коштів вона може отримати від НСЗУ і скільки ми вже фактично виплатили. Зокрема, по ковідних пакетах, стаціонару, мобільних бригадах.

Звісно, ви як засіб масової інформації, можете також робити запит на лікарню, відповідно до [закону про доступ до публічних даних](#), і просити в лікарні інформацію, куди і як вони витратили кошти.

*Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:*

Комунальні лікарні - це некомерційні підприємства і вони оперують публічними коштами. Тобто, це кошти громадян, які отримують лікарні через наші податки. І відповідно **у громади повинні бути інструменти, щоби контролювати, яким чином ці кошти використовуються**. Насправді вони є, але недостатньо працюють - це наглядова або спостережна рада, яка повинна бути в лікарнях. І громада має цікавитися процесами і створювати ці ради через власників.

Що стосується НСЗУ, зрозуміло, що ми звітуємо перед державою і перед громадянами, про те, куди ми направили кошти. Але громадян також цікавить те, як лікарня використала ці кошти. Однією з умов договору між закладом і Національною службою здоров'я України є **обов'язок закладу надавати нам**

**звіти про доходи і витрати.** Заклади повинні робити це щотримісяці. А про ковідні пакети - щомісячно. Ми ці звіти опрацьовуємо.

Оскільки ця взаємодія для закладів нова, то їх якість є різною. Ми розуміємо, що закладам потрібен певний перехідний період для того, щоб ми отримували якісну інформацію. До кінця року, я думаю, що ми це відпрацюємо. Єдине, що, звичайно, COVID накладає відбиток і на ці процеси. Тому передбачаю, що у другій половині наступного року ми будемо готові звітувати про те, яким чином заклади використовують ці кошти. Поки що ми перебуваємо на шляху розробки цього інструментарію і корекції звітів.

**Як люди можуть контролювати витрачені лікарнями кошти?**

*Тетяна Зелінська, сайт «Вознесенськ онлайн», Миколаївська область:*

*Я голова громадської організації Вознесенська асоціація розвитку місцевої демократії. 3 травня цього року ми спільно з навчально-методичним центром впроваджуємо проєкт по Миколаївській, Херсонській та Кіровоградській областях на тему «Захист права пенсіонерів на надання якісних медичних послуг та контроль за використанням коштів по COVID-19». Ми перевіряли опорні лікарні цих трьох областей. І було виявлено, що не всі комунальні заклади дотримуються виконання [постанови №225](#) від 20 березня цього року про закупівлю медичних ліків, обладнання та ін. саме за спрощеною процедурою по COVID-19. Тому перше питання. Чи Національна служба здоров'я, чи Міністерство охорони здоров'я, чи інші служби, повинні контролювати правильність і законність використання цих коштів? Тому що нами було виявлено, що там закуповували за ці кошти і пральні машини, і підгузки, і закуповували ті ліки, які не були передбачені постановою, закуповували і запчастини, і мастильні матеріали та ін., загалом, все те, що не передбачено постановою. Хто з державних установ повинен контролювати законність цих публічних закупівель щодо процедури COVID-19?*

*І наступне питання. В період нашого проєкту ми знайомилися з сайтами наших медичних закладів. По Миколаївській області особисто я перевірила 90 сайтів медичних закладів. На жаль, тільки на одному сайті ми знайшли згадку про медичну реформу. У зв'язку з тим, що медичні заклади стали комунальними підприємствами, на них розповсюджується закон України про обов'язковість мати свої сайти, обов'язковість оприлюднювати всю інформацію, починаючи від наявності ліцензії, пакетів медичних послуг, вартості ліків, лікарів, стажу тощо. Чия це відповідальність? І чи може держава надавати матеріальні кошти на розробку сайтів саме медичних закладів? Тому що у нас кожна третя лікарня має свій сайт, а всі інші знаходяться в процесі розробки.*

**Володимир Красьоха, головний лікар Вознесенської багатопрофільної лікарні, Миколаївська область:**

Зараз ми вже домовилися стосовно проєкту розробки сайту нашого закладу. Ми розпочали комунікацію, інформування населення саме не з сайту, а з Фейсбуку, з

Інстаграму, де більше всього інформація доводиться до споживачів. Тому що сайт, моя думка, повинен бути, але для людей це скучно, туди мало хто заходить. Всі більш активно користуються месенджерами. А стосовно тих закупівель, якщо такі питання у вас є, то я думаю, ви повинні були їх передати як громадська організація до правоохоронних органів.

**Андрій Віленський, т.в.о. Голови НСЗУ:**

Звісно, є органи контролю, які можуть і повинні контролювати використання закладом публічних коштів. Це в першу чергу Державна аудиторська служба. У них є свій план роботи, відповідно якого вони і перевіряють заклади. Хочу сказати, що у зв'язку з тим, що коштів на ліквідацію наслідків пандемії COVID було виділено багато, і є зобов'язання України перед зовнішніми партнерами, донорами, що будуть зроблені детальні звіти щодо витрачання цих коштів, ми передбачаємо, що **зклади будуть перевірятися активно на початку наступного року**. І зараз вже також ці перевірки йдуть в деяких закладах. Є зобов'язання закладів, які вони повинні виконати в межах договору з Національною службою здоров'я України. Наприклад, це зобов'язання інформувати про пакети послуг, про, власне, укладений договір. І заклади повинні це робити, розміщуючи відповідну інформацію там, де вона може бути доступною для пацієнтів. Ми плануємо **почати активний моніторинг виконання саме таких умов договору з закладами в 2021 році**, розуміючи, що поки є обставини COVID, коли закладам не до того. Але ми постійно інформуємо заклади про те, що вони повинні це зробити, бо це інтереси пацієнтів.

\*\*\*

Програма USAID «Децентралізація приносить кращі результати та ефективність» (DOBRE) – це п'ятирічна програма, що виконується міжнародною організацією Глобал Ком'юнітіз (Global Communities) та фінансується Агентством США з міжнародного розвитку (USAID). Програма спрямована на посилення місцевого самоврядування та створення кращих умов для розвитку ОТГ, підвищення рівня залученості громадян до прийняття рішень та забезпечення підзвітності та прозорості в громадському управлінні. До консорціуму виконавців програми DOBRE, на чолі з Global Communities, входять: Український кризовий медіа-центр, Social Boost, Фундація підтримки місцевої демократії (FSLD/FRDL), Малопольська школа державного управління при Краківському університеті економіки (MSAP/UEK), Польща, Національний Демократичний Інститут (NDI).

Програма USAID DOBRE працює в 7 цільових областях: Дніпропетровській, Івано-Франківській, Харківській, Херсонській, Кіровоградській, Миколаївській та Тернопільській. Із червня 2020 Програма [розпочинає свою роботу ще в трьох областях](#): Запорізькій, Чернівецькій, та Чернігівській.