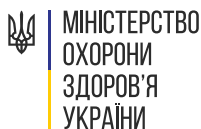


Основні завдання на 2019 рік — автономізація і комп'ютеризація медичних закладів

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА СТИННІВКА



ДАЙДЖЕСТ



ЗМІН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

MOZ.GOV.UA

ЩОМІСЯЦЯ У КОЖНІЙ ОРДИНАТОРСЬКІЙ

NSZU.GOV.UA

№ 17, ВЕРЕСЕНЬ 2019

Зміни-2020.

Як не пропустити майбутнє?

Людина, яка дивиться тільки в минуле або зосереджена лише на сьогодні, ризикує пропустити майбутнє. Так колись сказав Джон Кеннеді. На мою думку, на ці слова варто звернути увагу всім, хто сьогодні працює в системі охорони здоров'я. Зараз час великих змін у системі, які повинні зробити її орієнтованою на пацієнта. У нормативне майбутнє першою увійшла первинна медична допомога. **1 033** комунальні заклади, де працюють сімейні лікарі, терапевти та педіатри, підписали договір з НСЗУ та перейшли на нову систему фінансування. Вони користуються електронними інструментами і дбають про сервіс та якість послуг, інвестують у професійний розвиток. Понад **28** мільйонів пацієнтів обрали свого лікаря і лише у 2019 році привели в заклади понад **11** мільярдів гривень за договором з НСЗУ, за прозорими та однаковими для усіх правилами. Зарплати лікарів та медичних сестер зросли вдвічі і навіть втричі у переважній більшості медичних закладів.

Наступного року — черга за спеціалізованою стаціонарною та амбулаторною допомогою.

На лікарні та діагностичні центри чекає зміна методу фінансування. Туди теж мають піти гроші за пацієнтом. Єдиним джерелом фінансування за рахунок коштів державного бюджету для медичних закладів стане контракт з НСЗУ. Субвенція для спеціалізованої медичної допомоги у 2020 році не передбачена.

Аби не пропустити це майбутнє і бути готовими до нових правил, заклади повинні уже сьогодні подбати про три важливі кроки: автономізуватися (перетворитися з комунальних/державних бюджетних установ у комунальні/казенні некомерційні підприємства), комп'ютеризуватися (мати комп'ютери, мережу та доступ до Інтернету на робочих місцях) і підключитися до Електронної системи охорони здоров'я через відповідну медичну інформаційну систему (МІС). Усі дані про надану пацієнтам медичну допомогу буде переведено в електронний формат, адже тільки так можна гарантувати їхню достовірність. На основі цих достовірних даних НСЗУ заплатить за договором — вчасно та в повному обсязі.



Олег Петренко, голова Національної служби здоров'я України

Нові механізми оплати відпрацьовуються зараз у пілотному проєкті в Полтавській області. Їх запровадження вже демонструє перші результати: лікарні, які пролікували більшу кількість пацієнтів, отримали більше коштів. Керівники закладів автономізованих підприємств можуть вільно ними розпоряджатися, в тому числі преміювати найкращих співробітників.

Трансформація системи охорони здоров'я, яка зараз відбувається, дає шанс справжнім професіоналам на професійне зростання та достойний офіційний дохід від держави. Це майбутнє, в якому в центрі системи охорони здоров'я буде пацієнт, а лікар матиме гідну оплату праці, настане значно швидше, якщо ми будемо наближати його разом.

Як працюватимуть заклади охорони здоров'я у 2020 році за договором з НСЗУ

У 2020 році всі державні та комунальні медичні заклади отримуватимуть кошти за договорами з Національною службою здоров'я України. Зараз такий механізм діє на рівні первинної допомоги — майже всі комунальні заклади вже працюють за договором про медичне обслуговування населення. З 2020 року на модель оплати медичних послуг, наданих пацієнтам, перейдуть також заклади, які надають вторинну (спеціалізовану) амбулаторну та стаціонарну допомогу, екстрену, паліативну медичну допомогу та реабілітацію.

ОСНОВНІ ЗАСАДИ

У 2020 році робота медичних закладів ґрунтуватиметься на таких принципах:

- пацієнти, які мають направлення, вільно обирають медичний заклад і лікаря відповідно до переліку послуг, який у цьому медзакладі надається за договором з Національною службою здоров'я;
- Національна служба здоров'я замовляє медичні послуги та оплачує лікування пацієнта безпосередньо медичному закладу.

НСЗУ не утримує заклади відповідно до кошторису, а закуповує послуги на умовах договору з медичним закладом. Усі підстави для оплати наданих пацієнтам медичних послуг та підстави для припинення оплат буде передбачено в договорах. Єдиним критерієм для збільшення суми, яку отримує заклад, буде кількість якісно наданих послуг при застосуванні тарифу для оплати медичних послуг. У новій системі

гроші йдуть на конкретні послуги за конкретним пацієнтом.

Вимоги до надання медичних послуг, їх кількість, розрахована на основі історичних даних для кожного медичного закладу, та умови і модель оплати зазначатимуться в договорі, який підпишуть медичний заклад і НСЗУ. Керівництво закладу знатиме точну суму коштів, яку отримає авансом, та зможе орієнтовно розрахувати, скільки буде виплачено за надані послуги за результатами місяця, базуючись на кількості наданих медичних послуг згідно з історичними даними.

У рамках бюджетного процесу буде опубліковано програму медичних гарантій на 2020 рік (гарантований пакет медичних послуг), яка прийде на заміну псевдобезкоштовній медицині. До програми медичних гарантій увійдуть послуги первинної, амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної медичної допомоги, а також екстреної, паліативної медичної допомоги та реабілітації. Зараз готується пакет проектів нормативних актів, необхідних для укладення договорів з НСЗУ на 2020 рік, методики розрахунку тарифів на послуги тощо.

НСЗУ буде закуповувати медичні послуги, які базуються на зрозумілих стандартах надання послуг, у відповідності до реалій та протоколів сучасної медицини. До кінця року планується ухвалити цей пакет. Додатково буде визначено спеціальні умови надання послуг, які НСЗУ буде закуповувати у закладів.

ЯК ОПЛАЧУВАТИМУТЬ ПОСЛУГИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ

На рівні спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги модель оплати медичних

послуг працюватиме інакше, ніж на первинному рівні:

- частина коштів буде виплачуватись як глобальний бюджет, який розраховано на підставі історичних даних, що були надані закладами для проведення розрахунків.
- також буде перелік пріоритетних послуг, які оплачуватимуться за заявленими тарифами. Ці кошти додаватимуться до виплат за глобальним бюджетом.

На рівні госпітальної допомоги

плануються такі підходи до оплати:

- 60% — глобальний бюджет, розрахований на підставі історичних даних про медичні послуги, що надавалися закладами та були застосовані для проведення розрахунків;
- інші 40% оплачуватимуться за діагностично-спорідненими групами з використанням механізму плати за пролікований випадок.

Планується, що ця пропорція буде змінюватися щороку (в бік зростання частки оплати пролікованого випадку): з 2021 року планується вже 50 на 50, і так далі.

Для отримання можливості укладення договору з НСЗУ за тим чи іншим пакетом послуг заклад має підтвердити спроможність надавати медичні послуги, що відповідають специфікації до послуг та умовам закупівель відповідно до переліку проектів пакетів медичних послуг, які опубліковано на сайті НСЗУ: nszu.gov.ua/likar-2020. Якщо послуги, які надає заклад, відповідають специфікації та умовам закупівель,

він може претендувати на укладення договору з НСЗУ. Умови закупівель стосуються не тільки обладнання, але й наявності медичного персоналу, його кваліфікації, обсягу послуги.

Якщо заклад може надавати гарантовані медичні послуги за програмою медичних гарантій за певним напрямом, то кожен пролікований випадок цього напряму буде оплачено відповідно до 40% тарифу за діагностично-спорідненими групами. 60% буде сплачено у формі глобальної ставки на основі даних про роботу закладу в минулому. Необхідною умовою для цього є внесення медичних даних в електронну систему охорони здоров'я та подання електронної звітності про надані послуги до НСЗУ.

На 2020 рік вводяться нові класифікатори: австралійська модифікація МКХ та АКМІ (Австралійський класифікатор медичних інтервенцій). Найближчим часом буде запропоновано навчання з основ кодування на основі цих класифікаторів. Інформацію про всі надані закладом медичні послуги потрібно буде подавати до електронної системи охорони здоров'я закодованою відповідно до вказаних класифікаторів.

Центри екстреної медичної допомоги теж переходять на модель фінансування за договорами з НСЗУ.

Для укладення угоди з НСЗУ необхідне підключення до електронної системи охорони здоров'я та системи «Централь 103», через яку, зокрема, НСЗУ отримуватиме звітність про надані послуги. При цьому оплата буде здійснюватись за глобальним бюджетом із розрахунку на кількість населення. Від кількості випадків надання допомоги

конкретним закладом сума коштів не залежатиме.

Центри екстреної медичної допомоги теж потрібно автономізувати. Особливість у тому, що всі заклади в області мають бути об'єднані в одну юридичну особу, з якою укладе договір Національна служба здоров'я.

ЯКІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ БУДУТЬ У ПРІОРИТЕТІ

З огляду на ситуацію з найбільш поширеними хворобами в Україні, окремі медичні послуги було виділено як пріоритетні, і їх оплата буде здійснюватись за підвищеним тарифом. Фокусуватись вони будуть на тих станах, які спричиняють найбільшу смертність або суттєво погіршують якість життя. Це медичні послуги, пов'язані з лікуванням гострого мозкового інсульту, гострого інфаркту міокарда, допомога в пологах і неонатальна допомога, рання діагностика онкологічних захворювань. Якщо при цих станах допомога буде своєчасною і на високому рівні, це дозволить істотно знизити не тільки рівень смертності, а й відсоток інвалідизації пацієнтів.

Але ключовою умовою успішного лікування є своєчасне надання медичної допомоги за передовими сучасними методиками.

Для амбулаторної допомоги, як і для стаціонарної, визначено пріоритетні послуги. Акцент зроблено на стаціонарозамісних технологіях. Отже, у пріоритеті — ендоскопії, які допомагають ранньому виявленню онкологічних захворювань. Для цих послуг розробляються стандарти щодо обладнання, штату та організації надання допомоги. З проектом специфікації послуг та умов закупівель можна ознайомитись на сайті НСЗУ: nszu.gov.ua/likar-2020.

В умовах амбулаторного прийому діагностичні дослідження та ендоскопічні маніпуляції виконуються в цистоскопічному кабінеті або малій операційній пацієнтам класу ризику I-II за шкалою ASA. Операції з високим рівнем складності або високим ризиком ускладнень повинні виконуватись у стаціонарних умовах.

Також визначено вимоги до кваліфікації виконавця: він повинен мати діючий сертифікат лікаря-спеціаліста за фахом «Урологія» і пройти тематичне удосконалення з ендоскопічних досліджень.

Стандартизовано методики проведення маніпуляцій та підготовки пацієнта, вимоги до висновку та його структуру. Окрім того, необхідно подавати дані до системи e-health на постійній основі.

Пріоритетні послуги для стаціонарів — лікування гострого мозкового інсульту, гострого інфаркту міокарда, допомога в пологах і неонатальна допомога. Для пріоритетних послуг будуть окремі умови закупівель щодо обладнання, штату та організації надання допомоги.

Зокрема, для **пологів** буде встановлено мінімально безпечне навантаження. Якщо в закладі приймають 200 пологів на рік, то ця кількість є недостатньою для підтримання лікарями потрібного рівня кваліфікації. За розрахунками ВООЗ, пологів повинно бути мінімум 500 для того, щоб вони вважалися безпечними в цьому закладі. На 2020 рік планується встановити нижчу межу, але в подальшому цей поріг буде підвищуватись до рекомендованих ВООЗ показників.



Для лікування **гострого мозкового інсульту** виділено три рівні організації надання допомоги:

1. Лікарня, яка готова до лікування інсульту (Stroke-ready Hospital).
2. Інсультний блок (Stroke Unit).
3. Інсультний центр (Comprehensive Stroke Center).

У 2020 році підвищений тариф платитимуть усім цим закладам, починаючи з першого рівня, якщо вони відповідатимуть умовам закупівель. Але з 2021 року НСЗУ застосовуватиме більш складну систему оплати. Це стимулюватиме лікарні розвиватись, інвестувати в підвищення кваліфікації персоналу і модернізувати обладнання закладу.

Важливо, що навіть на першому рівні однією з умов закупівель послуги лікування гострого мозкового інсульту є проведення нейровізуалізації всіх пацієнтів з підозрою на інсульт (СКТ або МРТ 24/7), для пацієнтів у «терапевтичному вікні» — впродовж 60 хвилин з моменту госпіталізації та 4 годин з початку симптомів. Також має бути місце для проведення тромболізу за необхідності. Без виконання цих вимог НСЗУ оплачуватиме лікування, надане пацієнту з гострим мозковим інсультом, за тарифом стаціонарної допомоги за напрямом неврології, що стосується медичної послуги, що закуповується для амбулаторно-поліклінічного рівня, тобто орієнтовно вчетверо дешевше. Адже без необхідного обладнання лікування гострого мозкового інсульту є неефективним, його результат непередбачуваний і часто веде до смерті або важкої інвалідизації, яких можна було

уникнути завдяки сучасним методам діагностики, допомоги і реабілітації.

ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ В НОВІЙ ФІНАНСОВІЙ РЕАЛЬНОСТІ

Укласти договір з Національною службою здоров'я заклад комунальної або державної форми власності зможе тільки у статусі комунального некомерційного або казенного підприємства. КНП мають господарську та організаційну незалежність, окремі рахунки в банках тощо. Своїм бюджетом заклад розпоряджається самостійно на підставі затвердженого власником фінансового плану. Для цього важливо наперед збалансовано спланувати доходи та витрати підприємства.

Чотири основні статті доходів медичного закладу:

- НСЗУ (найбільша);
- місцеві бюджети через регіональні програми;
- платні послуги;
- залучення грантів.

НАПОВНЕННЯ БЮДЖЕТУ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ В НОВІЙ ФІНАНСОВІЙ РЕАЛЬНОСТІ

Сприяти наповненню бюджету можна через оптимізацію як доходів, так і витрат.

Через доходи:

- Нема потреби розвивати всі можливі напрями надання медпослуг. Нарощувати обсяги варто за тими напрямами, для яких є кількість пацієнтів, кваліфіковані лікарі, необхідне обладнання і потреба в послугах на території роботи закладу. Немає сенсу облаштовувати пологовий центр, якщо мешканці населеного пункту переважно похилого віку. Натомість варто

відкривати відділення тривалого догляду.

- Використання сучасних стандартів лікування дозволить економити на днях госпіталізації пацієнта. Плата за пролікований випадок однакова незалежно від його тривалості. Можна зробити апендицит лапароскопічно за один день, а можна зробити традиційну апендектомію і тримати пацієнта сім днів у лікарні. Оплата в обох цих випадках однакова, витрати в другому варіанті суттєво вищі.
- Заклади можуть самі формувати розцінки на платні послуги, зазначені в постанові Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138 (повноваження на це повинен надати власник закладу).
- Додатковим джерелом прибутку може бути покращення умов перебування: палати додаткового комфорту, покращене харчування тощо.

Через витрати:

- Значно заощаджує кошти оптимізація господарської частини: замінити завгоспа на господарського менеджера з ширшим колом обов'язків, перевірити автопарк, харчоблок, пральню, проаналізувати опалювальну площу.
- Варто віддати максимум немедичних послуг (прибирання, харчування, прання) підрядникам, якщо це економічно вигідно.
- Корисно переглянути штатний розпис: тоді стає зрозуміло, які позиції варто скоротити, а які — підсилити додатковими штатними одиницями.

Медичні заклади регіону мають обговорити план розвитку ефективної мережі, щоб не дублювати послуги; координувати цю роботу мають місцеві департаменти охорони здоров'я. Заклади повинні інтегруватися й заробляти більше на великих обсягах якісних послуг, а не на фрагментації (відповідно — нижчій якості) послуг у різних відділеннях.

Наприкінці 2019 року, після прийняття Закону про Державний бюджет на 2020 рік, медичні заклади всіх рівнів допомоги — первинної, спеціалізованої амбулаторної та стаціонарної — вже укладатимуть прямі договори з НСЗУ.

Деякі заклади фінансуватимуться за окремими програмами, їх не потрібно автономізувати:

- бюро судово-медичної експертизи;
- патологоанатомічні центри;
- центри медико-соціальної експертизи.

Ще одна група закладів може фінансуватися тільки через місцеві бюджети:

- лікарсько-фізкультурні диспансери;
- косметологічна допомога;
- автопідприємства;
- інформаційно-аналітичні центри;
- спецмедпостачання;
- центри матеріально-технічного забезпечення.

Державні установи, які реорганізуються в казенні підприємства і відповідатимуть вимогам, також зможуть укласти договори з НСЗУ.

Ключові умови, які потрібно виконати медзакладам до початку процесу укладення договорів з Національною службою здоров'я України:

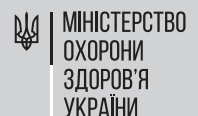
- автономізація закладу (перетворення на комунальне некомерційне / казенне підприємство);
- комп'ютеризація закладу: для забезпечення можливості фіксувати інформацію про надані медичні послуги та для обміну інформацією з НСЗУ в закладі має бути достатня кількість комп'ютерів;

- підключення закладу до електронної системи охорони здоров'я;
- наявність у закладу чинної ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також інших ліцензій та дозволів, необхідних для надання відповідних медичних послуг;
- наявність медичного персоналу і необхідного обладнання згідно з табелем оснащення та умовами закупівель НСЗУ.

Субвенції з 2020 року не передбачено, тільки плата за надані послуги від НСЗУ відповідно до укладеного договору. Ті заклади, які не встигнуть до кінця 2019 року укласти договір з НСЗУ, перейдуть на фінансування з місцевого бюджету, доки не виконають усіх умов для укладення договору. Саме так відбувалось у 2019 році з закладами первинної меддопомоги.

Тому керівникам лікарень варто якомога тісніше співпрацювати з місцевою владою, щоб підготувати заклад до укладення договору з НСЗУ. Саме від медичної спільноти залежить, щоб громади усвідомили важливість трансформації системи охорони здоров'я.

Пріоритетні послуги



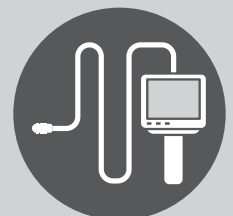
Пологи та неонатальна допомога



Лікування мозкових інсультів



Лікування гострих інфарктів міокарда



Ендоскопічні обстеження для раннього виявлення раку

За умови відповідності вимогам НСЗУ — будуть оплачені за пріоритетним тарифом

Лікування гострого мозкового інсульту за вимогами НСЗУ



*Інсульт — друга за частотою причина смерті людей в усьому світі та основна причина довготривалої непрацездатності. Вчасно надане ефективне лікування суттєво знижує показники смертності та інвалідизації після інсульту. Тому лікування гострого мозкового інсульту віднесли до пріоритетних послуг, тариф на які буде вищий. Але це також означає, що вимоги до обладнання і фахівців, а головне — до діагностичних можливостей відповідного відділення дуже високі. Адже лікувати інсульт «наосліп» абсолютно неефективно. Натомість визначення типу і локалізації гострого порушення мозкового кровообігу в період «терапевтичного вікна» дає можливість застосувати тромболітичну терапію. Одне з відділень, де діагностика та лікування гострих порушень мозкового кровообігу виконуються на високому рівні, — 22 інсультне відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенка. Як розроблено маршрут пацієнта, завдяки чому пацієнти потрапляють до відділення в період «терапевтичного вікна» і як застосування тромболізісу впливає на рівень інвалідизації пацієнтів, розкаже завідувачка відділення **Тетяна Височанська**.*

ЯК МАРШРУТ ПАЦІЄНТА ЗАБЕЗПЕЧУЄ ВЧАСНУ ДІАГНОСТИКУ

22 інсультне відділення обслуговує мешканців Вінницької області, адже це обласне відділення, та мешканців

міста Вінниці, якщо вони є кандидатами на проведення тромболітичної терапії.

Хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу, після попередження телефоном чергового лікаря інсультного відділення, доставляють безпосередньо в кабінет спіральної томографії.

Під час транспортування до відділення працівники екстреної допомоги роблять пацієнтові ЕКГ, моніторинг АТ, PO₂, вимірюють рівень цукру в крові. Дорогою забезпечуються прохідність дихальних шляхів пацієнта і безперервна інгаляція киснем.

Первинний огляд проводить поза приймальним відділенням — у кабінеті спіральної томографії — черговий лікар відділення.

Усі необхідні лабораторні дослідження крові виконуються в режимі **24/7**. Лабораторія розташована в самій лікарні, і результати досліджень готові впродовж однієї години.

Є можливість робити всі аналізи, потрібні для діагностики гострого мозкового інсульту: клінічний аналіз крові з підрахунком числа тромбоцитів, глюкозу, міжнародне нормоване відношення, АЧТЧ, тромбіновий час, креатинін, сечовину, АЛТ, АСТ, рівень натрію, калію, хлору та тропоніну.

Усім пацієнтам до вступу у відділення проводиться нейровізуалізація. Є можливість проведення СКТ в режимі **24/7**, МРТ — у робочі дні з **08:00 до 20:00**.

Ефективне лікування знижує рівень інвалідизації. Завдяки зміні маршруту пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу та злагодженій роботі працівників екстреної допомоги і мультидисциплінарної команди 22 відділення:

- у 2016 році виконано **84** процедури тромболізісу;
- у 2017 році — **92** процедури тромболізісу;
- у 2018 році — **99** процедур тромболізісу.



Робота в блоці інтенсивної терапії інсультного відділення № 22 Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенка.



Загалом з 2007 року по перше півріччя 2019 року включно в умовах обласного інсультного відділення проведено **505** процедур тромболізу. За перше півріччя 2019 року для **44** із **176** пацієнтів (які надійшли в період «терапевтичного вікна») виконано процедуру тромболітичної терапії.

Тромболізіс (внутрішньовенне або внутрішньоартеріальне введення препаратів, що розчиняють тромб у перші години після появи симптомів) — ефективний спосіб лікування ішемічного інсульту, який сприяє найбільш швидкому і повному відновленню порушених неврологічних функцій.

Вчасне проведення такої терапії значно підвищує шанси пацієнта вижити й уникнути інвалідності. Це можна побачити на прикладі нашого відділення. У результаті проведення тромболітичної терапії кількість пацієнтів з важким ступенем інвалідності за Ренкіним знижується майже втричі:

- при вступі пацієнтів з **4-5** ступенями (виражені ознаки інвалідності, пацієнт потребує сторонньої допомоги) — **39** осіб (**88,6%**);
- при виписці пацієнтів з **4-5** ступенями — **14** осіб (**31,8%**).

Також у відділенні є можливість за потреби проводити нейрохірургічні втручання. У 2018 році пацієнтам з інсультом було проведено:

- кліпування аневризм церебральних артерій — **31** (летальність — **4,4%**);
- каротидні ендеректомії — **13**;
- видалення внутрішньомозкового крововиливу — **37** (летальність — **5,2%**);
- зовнішнє дренивання шлуночків мозку — **3**.

Оскільки наше інсультне відділення працює в режимі Stroke Unit

(Інсультний блок), то необхідності переводити пацієнтів до закладів вищого рівня не виникає.

Після лікування у стаціонарі інсультного відділення пацієнтів направляємо, залежно від стану:

- у відділення цереброваскулярної патології № 5;
- у лікарню за місцем проживання;
- на санаторно-курортне лікування.

Пацієнти, яким проведено тромболітичну терапію, впродовж наступних трьох місяців перебувають під наглядом лікарів-невропатологів нашого відділення.

ОРГАНІЗАЦІЯ ВІДДІЛЕННЯ ЗА СУЧАСНИМИ СТАНДАРТАМИ

Лабораторія в лікарні обслуговує реанімації та інсультне відділення, її обладнано коштом місцевого бюджету.

Також у відділенні є **4** монітори цілодобового нагляду, **3** пульсоксиметри, **5** холтерів; ЕКГ-апарат, УЗД-апарат, **2** медичні відсмоктувачі, глюкометр. У відділенні розгорнуто блок інтенсивної терапії на **22** ліжка, повністю обладнаний функціональними ліжками.

Обладнання інсультного відділення придбали за кошти місцевого бюджету, благодійників та частково — за кошти власних фондів лікарні. Обладнання періодично оновлюється залежно від наявності фінансування.

Штат відділення укомплектовано згідно з вимогами до Stroke Unit. У нас працюють **15** невропатологів. За потреби стан пацієнта контролюють також кардіолог, окуліст, ендокринолог. Є можливість огляду і консультації, проведення

нейрохірургічних операцій нейрохірургом, терапевтом, психіатром і психологом. Є медсестри з лікувальної фізкультури і масажу.

Не менш важлива взаємодія відділення з первинною ланкою медичної допомоги. З 2014 року в області проводиться «Школа за програмою боротьби з цереброваскулярною патологією» для медичних працівників первинної ланки та медпрацівників екстреної допомоги, яку організують Департамент охорони здоров'я спільно з Вінницьким національним медичним університетом імені М.І. Пирогова та керівництвом нашого **22** відділення. Завдяки проведенню цих тренінгів суттєво збільшилась кількість пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу, доставлених у період «терапевтичного вікна» та, відповідно, кількість виконаних процедур тромболізу.

При самозверненні пацієнта до сімейного лікаря або терапевта госпіталізація в інсультне відділення проводиться впродовж першої доби від початку захворювання. Попередньо медичні працівники першої або другої ланок медичної допомоги повідомляють про пацієнта телефоном.

*У Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О.І. Ющенко **1 035** ліжок-місць. Із них **215** — неврологічні і **820** — психіатричні.*

*За першу половину 2019 року у 22 інсультному відділенні отримали лікування **452** пацієнти з гострим мозковим інсультом. Середня тривалість перебування пацієнта у відділенні — до дев'яти днів.*

У бригадах екстреної медичної допомоги працюватимуть парамедики та екстрені медичні техніки



Олександр Данилюк, керівник експертної групи з питань надання екстреної медичної допомоги

Екстрена медична допомога не відстає від інших ланок медичної допомоги і також успішно трансформується. До 2025 року триватиме перехідний період. За цей час ми з вами разом впровадимо нові стандарти в роботі екстреної медичної допомоги.

Є термінові зміни, які ви вже почали активно впроваджувати, — розбудова центральних оперативно-диспетчерських служб у всіх регіонах, підключення до електронної системи охорони здоров'я і «Централі 103» та автономізація центрів екстреної медичної допомоги.

А впродовж перехідного періоду буде змінено базовий склад бригади екстреної медичної допомоги, до якої входитимуть парамедик та екстрений медичний технік. Відповідні зміни Кабінет Міністрів України вніс до постанови «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги».

Прийнята постанова змінює склад бригад екстреної медичної допомоги

та вводить на перехідний етап поняття «бригади парамедиків». Такі бригади працюватимуть паралельно з лікарськими та фельдшерськими бригадами екстреної медичної допомоги. Ці три види бригад працюватимуть до 2025 року.

У 2025 році склад усіх бригад екстреної медичної допомоги відповідатиме єдиному стандарту. Тож до цього часу всі фельдшери з медицини невідкладних станів і медичні сестри, які зараз працюють у бригадах екстреної медичної допомоги, мають пройти перенавчання і отримати кваліфікацію «парамедик» за скороченою процедурою. Парамедик — це фахівець, який надає широкий спектр медичних послуг при невідкладних станах за сучасними стандартами на догоспітальному етапі та своєчасно транспортує постраждалого до лікарні. Готувати парамедиків в Україні почали з минулого року.

Зміни стосуються і водіїв, які працюють у бригаді екстреної медичної допомоги. До 2025 року всі водії мають перенавчитися і отримати кваліфікацію «екстрений медичний технік».

Екстрений медичний технік — це людина без медичної освіти, але зі спеціалізованою підготовкою. Вони допомагають лікарям та парамедикам у наданні професійної медичної допомоги пацієнту.

Для підсилення роботи бригади залучатимуться й надалі лікарі медицини невідкладних станів. За рішенням керівника центру екстреної медичної допомоги зможуть також долучатися додаткові медичні працівники служби. Також це можуть бути стажери, студенти, що проходять виробничу практику, лікарі-інтерни, лікарі-резиденти. Загалом, долучати можна тих, хто успішно пройшов підготовку з домедичної допомоги та отримав підтверджувальний документ.

Трансформація наблизить українську систему екстреної допомоги до найвищих світових стандартів. Тож не біймося змін, адже екстрена допомога — завжди на передньому краї боротьби за життя і здоров'я пацієнтів.

Запитання-відповіді

ЧИ ЗМОЖУТЬ ПАЦІЄНТИ, ЯКІ НЕ ПОДАЛИ ДЕКЛАРАЦІЇ (НЕ ОБРАЛИ ЛІКАРЯ ПЕРВИНКИ), ОТРИМАТИ СПЕЦІАЛІЗОВАНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ З 2020 РОКУ?

Послуги вторинної допомоги за програмою медичних гарантій можна отримати безоплатно тільки за направленням лікаря первинки або лікуючого лікаря. Тому якщо

пацієнт не обрав лікаря первинки, він зможе отримати послуги на вторинці за направленням лікуючого лікаря.

Без направлення вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу відповідно до медичних показань надають безоплатно заклади охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне

обслуговування населення, пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, психіатра, нарколога, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку в цьому закладі охорони здоров'я. Також без направлення безоплатно надається медична допомога при невідкладному стані.



Щоб отримати планову медичну допомогу, необхідне направлення від лікаря первинної допомоги, якого пацієнт обрав за декларацією, або від лікуючого лікаря.

ЧИ ЗАКОНТРАКТУЄ НСЗУ НА НАДАННЯ ПРІОРИТЕТНИХ ПОСЛУГ МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД, ЯКИЙ НЕ МАЄ ВЛАСНОЇ ЛАБОРАТОРІЇ, В РАЗІ УКЛАДЕННЯ ВІДПОВІДНИХ ДОГОВОРІВ ІЗ ЗОВНІШНІМИ ПІДРЯДНИКАМИ?

Так, якщо в умовах закупівлі таких послуг буде зазначено, що надавач може залучати до надання пріоритетних послуг лабораторії за договором підряду. Якщо в умовах закупівлі буде вказано, що для контрастування надавач повинен мати власну лабораторію, то, не маючи її, заклад не зможе укласти договір.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ ПОСЛУГИ ЛАБОРАТОРІЇ-АУТСОРСЕРА, ЯКА ОБСЛУГОВУЄ КІЛЬКА МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ У МІСТІ?

Заклад, який надасть відповідні підтвердження та інформацію про підрядників при укладенні договору з НСЗУ, зможе отримувати плату за послуги. Усі медичні заклади в місті, які укладуть договір з такою лабораторією, будуть оплачувати їй проведені лабораторні дослідження згідно з умовами договору про надання послуг зі здійснення лабораторних досліджень. Питання оплати таких послуг — це предмет регулювання

господарського договору між медзакладом і лабораторією.

ЩО ВХОДИТИМЕ ДО МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ РЕАБІЛІТАЦІЇ?

Реабілітація — це не окрема послуга, а невід'ємна частина лікувального процесу.

До медичних послуг, які оплачуватимуться НСЗУ в межах гарантованого пакету, входить гостра та підгостра реабілітація після деяких станів, які можуть потребувати такої реабілітації, наприклад, травма, ортопедична операція, інсульт, інфаркт.

Окремо розробляється пакет спеціалізованої реабілітаційної допомоги для ветеранів АТО — довготривала фізична реабілітація після поранень. Ці послуги будуть оплачуватись за програмою Міністерства у справах ветеранів України.

ЯК ФІНАНСУВАТИМЕТЬСЯ ВІДДІЛЕННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В ЛІКАРНІ, ЯКА УКЛАЛА ДОГОВІР З НСЗУ?

В амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладах послуги з невідкладної медичної допомоги включаються до глобального бюджету, який розраховується для кожного закладу, базуючись на результатах його роботи в попередньому році. Тому вся діяльність лікарні підлягатиме оплаті за глобальним бюджетом.

ЧИ ПОВИННА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ ЛИШАТИСЬ У СТАТУСІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ І МАТИ В СТРУКТУРІ ХОСПІСНІ, РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ВІДДІЛЕННЯ ТОЩО?

Профіль та кількість відділень заклад має погодити з власником. Заклад зможе укласти контракт з НСЗУ на ті послуги, умовам закупівель яких він відповідатиме. Жодних формальних обмежень мати ті чи інші відділення немає. Наявність, відсутність або кількість відділень не впливає на можливість контрастування закладу НСЗУ. Національна служба здоров'я України, розглядаючи заяву про укладення договору із закладом, оцінюватиме його за відповідністю персоналу, обладнання, умов роботи тощо.

ЧИ ВСІ ЗАКЛАДИ, ЯКІ МАЮТЬ НЕОБХІДНЕ ОСНАЩЕННЯ, ЗМОЖУТЬ ПІДПИСАТИ ДОГОВІР З НСЗУ НА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗА ПЕВНИМ НАПРЯМОМ НЕЗАЛЕЖНО ВІД ТИХ ПОСЛУГ, ЯКІ НАДАЮТЬ ЗАРАЗ?

Під час розрахунку тарифів до уваги бралась діяльність того чи іншого закладу. Відповідно, закладу доцільно буде укласти договори за тими пакетами медичних послуг, умовам закупівель яких вони відповідають і за якими вони зможуть надавати якісні медичні послуги пацієнтам для виконання умов договору з НСЗУ.

Надсилайте ваші запитання

Чекаємо від вас запитання, відповіді на які ви хочете бачити у Дайджесті змін в охороні здоров'я. Будь ласка, вкажіть у листі своє ім'я, спеціальність, назву закладу та додайте фотографію: ми хочемо, щоб усі бачили, що у медичній спільноті є реальні обличчя.

Пишіть на digest.moz@gmail.com.

Цей Дайджест підготовлено за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки, та Програми Уряду Великої Британії «Good Governance Fund», наданої від імені народу Великої Британії. Відповідальність за зміст цього Дайджесту, який необов'язково відображає погляди USAID, Уряду Сполучених Штатів Америки, UK aid або Уряду Великої Британії, несе виключно компанія ТОВ «Делойт Консалтинг» в рамках контракту № 72012118C00001.

