

ВІДСУТНІСТЬ «СВОГО» ЛІКАРЯ В СЕЛІ НЕ ОЗНАЧАЄ БРАКУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В Україні триває впровадження європейської моделі сімейної медицини, коли лікар виконує роль менеджера-підприємця. Це насамперед фінансовий проект, що передбачає абсолютно новий розподіл коштів. Зараз основна частина бюджету витрачається на утримання спеціалізованих і високоспеціалізованих лікувальних закладів, на первинну ж ланку медицини виділяється близько 10% коштів. Однак майже половина пацієнтів починає і закінчує своє лікування саме на цьому етапі.



Лариса СИДОРЧУК, завідувачка кафедри сімейної медицини ВНДЗ України «Буковинський державний медичний університет», президент ГО «Чернівецька обласна асоціація сімейних лікарів», професор

ВЗ Комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я України були затверджені Кабінетом Міністрів ще у 2000 році. Розкажіть, чи працює ця система у вашому регіоні?

— Впровадження інституту сімейної медицини дійсно розпочалося у 2000 році, й основним нормативним документом, що регламентує

розвиток первинної медико-санітарної допомоги на нових засадах, стала Постанова Кабінету Міністрів України №989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я». Реорганізація триватиме до 2020 року.

Наразі в Чернівецькій області зроблено досить багато: створено 14 центрів первинної медико-санітарної допомоги, центри при територіальних громадських об'єднаннях, організовані амбулаторії сімейних лікарів. У населених пунктах, де проживає 600-750 осіб і більше, ФАПі реорганізовано у Пункти здоров'я (їх в області 223), куди обов'язково навідується лікар для надання консультації. Залишається ще 206 діючих ФАПів на тих територіях, де проживають менше 600 осіб. Також у регіоні вибудована система перенавчання терапевтів і педіатрів у вигляді 6-місячної програми спеціалізації та системи прямого навчання сімейних лікарів шляхом проходження 2-річної інтернатури.

У таких умовах протягом 18 років нам вдалося підготувати понад 500 лікарів. Для Буковини це дуже міцний фундамент, бо хоча наша область і є однією з найменших в Україні, проте її територія — дуже неоднорідна: гори, долини, гірські ріки, що в період паводків розливаються і обмежують доступ населення до медичної допомоги, тощо.

Тож я вважаю, що в нашому регіоні сімейна медицина працює досить успішно. Хоча, звісно, завжди є куди рухатися. Особливо зараз, коли саме з первинки розпочалося впровадження медичної реформи.

— Відверто кажучи, проблеми виникали на кожному кроці, адже понад 50 років працювала зовсім інша система, і тут раптом за кілька років необхідно її докорінно змінити. Але вважаю, що це нормальний процес, бо ж впровадження нового неможливе без помилок і дискусій. Крім того, непростя політична ситуація позначається і на медичній сфері, зокрема впливає на швидкість імплементації всіх законів системи охорони здоров'я. Так, лише у жовтні минулого року було прийнято Закон України №2168-19 «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», а Розпорядження Кабінету Міністрів України №821-р, яким затверджено

ВЗ Які проблеми виникають у процесі зміни системи надання первинної допомоги і як їх вирішувате?

— Відверто кажучи, проблеми виникали на кожному кроці, адже понад 50 років працювала зовсім інша система, і тут раптом за кілька років необхідно її докорінно змінити. Але вважаю, що це нормальний процес, бо ж впровадження нового неможливе без помилок і дискусій. Крім того, непростя політична ситуація позначається і на медичній сфері, зокрема впливає на швидкість імплементації всіх законів системи охорони здоров'я. Так, лише у жовтні минулого року було прийнято Закон України №2168-19 «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», а Розпорядження Кабінету Міністрів України №821-р, яким затверджено

«План заходів з реалізації концепції реформи фінансування охорони здоров'я на період до 2020 року», підписане в листопаді 2017-го.

У березні цього року Міністерством охорони здоров'я України було прийнято два накази: «Про затвердження порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» і «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги». Це дуже важливий крок для інтеграції в єдину систему тарифів надання медичної допомоги.

Ми переходимо на автономне фінансування: перетворюємося з бюджетних організацій на комунальні некомерційні підприємства. Це абсолютно нова форма господарських відносин у медицині, фактично запроваджується вільний ринок медичних послуг. І на поверхню у зв'язку із цим поступово піднімаються геть неочікувані проблеми. Зокрема, якщо раніше лікарі отримували заробітну платню за тарифною сіткою, незважаючи на чисельність обслуговуваних ними пацієнтів (за ними була закріплена певна територіальна ділянка), то тепер їх дохід залежатиме від кількості укладених договорів із пацієнтами про медобслуговування. При цьому МОЗ обмежив кількість громадян, із якими лікар може підписати договір, і в нас уже є окремі фахівці, котрі впродовж одного-двох місяців досягли свого «ліміту пацієнтів». Але маємо й таких, хто підписав тільки кілька десятків декларацій і залишається в «аутсайдерах», що, зрештою, виліється у мізерну зарплатню.

Інша проблема: деякі групи населення області з певних переконань (переважно релігійних, а то і через власну необізнаність чи страх щось втратити тощо) відмовляються підписувати договори, але при цьому хочуть отримувати безкоштовні медичні послуги.

Окрім того, зростає професійна конкуренція за пацієнта у сфері надання медичних послуг. Але це якраз дуже добре, бо лише так можна побачити шлях, яким варто йти фахівцю для професійного саморозвитку і самовдосконалення. Лікарю доведеться стати менеджером, аби грамотно розпоряджатися коштами і розподіляти їх. Але нас, на жаль, цього не вчили, нас вчили лікувати.

ВЗ Сімейні лікарі й заклади первинки, які підписали угоди з НСЗУ, уже працюють у нових умовах. Що із планів реформування вдалося реалізувати, а що — ні?

— Поки що рано говорити про реалізацію чи проводити якийсь комплексний аналіз результатів. Реформа триває, підписання декларацій продовжується. Ще не всі заклади первинної мережі області уклали угоди з НСЗУ. Переважній більшості лікувальних установ потрібно хоча б півроку активної роботи в такому руслі, щоб зробити перші висновки.

ВЗ Більшість фахівців із загальної практики-сімейної медицини готували шляхом швидкої перекваліфікації із терапевтів та педіатрів. Чи достатньо такої підготовки? Тобто, чи справді вони виконують роль сімейних лікарів, а не дільничних терапевтів?



ХОРОШИМ СПЕЦІАЛІСТОМ ОДРАЗУ ПІСЛЯ ЗАКІНЧЕННЯ ВИШУ СТАТИ НЕМОЖЛИВО. СПОЧАТКУ НЕОБХІДНО ОТРИМАТИ ПЕВНУ ПРАКТИКУ, ВІДЧУТИ СМАК І НАСОЛОДУ ВІД ТОГО, ЩО ТИ ЗМІГ ДОПОМОГТИ ЛЮДИНІ. ЯКЩО ЗЛОВИВ ЦЕЙ «КАЙФ», ТО ТИ НА СВОЄМУ МІСЦІ! ТИ НАМАГАТИМЕШСЯ ПОСТІЙНО ПОЛІПШУВАТИ СВІЙ ФАХОВИЙ РІВЕНЬ, ПРОДОВЖУВАТИ БЕЗПЕРЕРВНУ ПРОФЕСІЙНУ ОСВІТУ, ШУКАТИ КУРСИ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ, ВІДВІДУВАТИ КОНФЕРЕНЦІЇ, СТАНЕШ ЧЛЕНОМ ФАХОВОЇ АСОЦІАЦІЇ ТОЩО. ТОБТО ТИ САМ РОБИТИМЕШ УСЕ ДЛЯ ТОГО, АБИ ПАЦІЄНТ ІЗ КОНТРАКТОМ ПРИЙШОВ САМЕ ДО ТЕБЕ, БО ТИ ГРАМОТНИЙ, ОСВІЧЕНИЙ ФАХІВЕЦЬ

— Модель перенавчання практикуючих фахівців розроблено зі створенням кафедри сімейної медицини Буковинського державного медичного університету — у 2001 році. Тоді вперше набирали лікарів для отримання додаткової спеціальності, крім тієї, що записана в дипломі. У першу чергу ми перенавчали дільничних терапевтів, педіатрів, а пізніше — лікарів вузьких спеціальностей, в основному терапевтичного профілю.

Звісно, сімейний лікар надає багатофункціональну допомогу як терапевт, хірург, ЛОР, офтальмолог, дерматовенеролог тощо, отже, має вирішувати різні медичні проблеми пацієнта. Але насправді це не є чимось надто складним, адже студенти-медики вивчають на кафедрі сімейної медицини 10 основних спеціальностей. Ще 8 вузьких спеціальностей проходять на суміжних кафедрах. Тобто базові знання отримують у повному обсязі.

Варто розуміти, що хорошим спеціалістом одразу після закінчення вишу стати неможливо. Спочатку необхідно отримати певну практику, відчуття смаку і насолоду від того, що ти зміг допомогти людині. Якщо зловив цей «кайф», то ти на своєму місці! Ти намагатимешся постійно поліпшувати свій фаховий рівень, продовжувати безперервну професійну освіту, шукати курси підвищення кваліфікації, відвідувати конференції, станеш членом фахової асоціації тощо. Тобто ти сам робитимеш усе для того, аби пацієнт із контрактом прийшов саме до тебе, бо ти грамотний, освічений фахівець.

ВЗ Як сімейний лікар, котрий працює, скажімо, у віддаленому селі, може підвищувати свою кваліфікацію? Адже й доступу до швидкісного інтернету в нього зазвичай немає, й віднайти кошти та можливості поїхати на конференцію чи на стажування за кордон складно, і пацієнтів часто ні на кого залишити...

— Справді, такі проблеми існують, особливо у віддалених гірських районах. Однак їх вдається потроху вирішувати. Наприклад, курси тематичного удосконалення, стажування, передатестатійні курси є загальнодоступними, і лікарі можуть підвищити кваліфікацію чи підтвердити категорію.

Відповідно до сьогоденних реалій, практичні лікарі повинні набрати 50 балів (кредитів/годин) за 5 років (наступними роками Міністерство планує збільшити цю кількість годин у 5 разів — це по 50 годин на рік, що відповідає середньому показнику в Європі). Тому для підтримання валідності медичної ліцензії та кваліфікації лікар зацікавлений у проходженні курсів, відвідуванні конференцій тощо. І не обов'язково для цього їздити за кордон, хоча якщо таке бажання є — давайте на гранти, розробляйте проекти, шукайте меценатів чи оплачуйте відвідування конференції самостійно, ніхто на заваді не стане. Але для цього потрібно обрати лідерську позицію, цікавитися, шукати, розвиватися, брати на себе відповідальність, не бути байдужим, зрештою, не чекати «манни небесної».

Мені завжди було дивно, чому на перевалі Сан Готард, що високо у швейцарських Альпах, інтернет є, а в Карпатах — ні? Однак відколи розпочалася медична реформа, сталося, на перший погляд, «диво», і навіть у наших гірських сільських амбулаторіях інтернет-зв'язок з'явився. Зауважте: не волюю господу, як природне явище, а людськими силами, через «примус» у зв'язку з реформою. То що заважало раніше це зробити? Знову ж таки — ота відсутність у переважної більшості з нас лідерських якостей.

Щодо взаємозаміщення лікарів на час відсутності на роботі, до прикладу, з причини відпустки, хвороби, відраджень на курси, конференції тощо, то в умовах автономізації



У ЄВРОПЕЙСЬКИХ КРАЇНАХ ДАВНО ПОРАХУВАЛИ, ЩО УТРИМАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ЧЕРЕЗ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ, КОТРА ПРАЦЮЄ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ОБХОДИТЬСЯ ДЕРЖАВІ НАБАГАТО ДЕШЕВШЕ, НІЖ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ. ЦЕ ПОВ'ЯЗАНО З ТИМ, ЩО 80% СКАРГ МОЖУТЬ БУТИ ВИРІШЕНІ НА РІВНІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ. ФАКТИЧНО, ХВОРІ ПОЧИНАЮТЬ І ЗАКІНЧУЮТЬ СВОЄ ЛІКУВАННЯ НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ. ТОЖ НАРАЗІ МИ ПРИЙШЛИ ДО ТОГО, ЩО САМЕ РОБОТА ТАКОГО ЛІКАРЯ Є МЕДИЧНО, СОЦІАЛЬНО Й ЕКОНОМІЧНО ОБҐРУНТОВАНОЮ ДЛЯ ДЕРЖАВИ

це справді створює певний тимчасовий дисонанс у роботі закладу первинної медичної допомоги. Особливо, якщо один лікар обслуговує 2-3 довколишні села. Коли в одній амбулаторії є кілька лікарів, то питання не таке гостре: вони ділять між собою навантаження на період відсутності колеги. Але якщо лікар один, то ЦПМСД, якому підпорядковується амбулаторія, Пункт здоров'я чи ФАП, обов'язково попереджає про це пацієнтів, делегує лікарів із сусідніх сіл для виїзду на консультацію один-два рази на тиждень (мова не йде про екстрені випадки, бо ними займається служба екстреної медичної допомоги), або ж пацієнтів на період тимчасової відсутності лікаря перенаправляють до іншої амбулаторії (найближчої чи на вибір хворого). Тобто рішення завжди можна знайти, головне — мати бажання.

ВЗ Яка ситуація в області із забезпеченням кадрами сімейної ланки загалом?

— Станом на початок цього року, за даними Департаменту охорони здоров'я Чернівецької ОДА, забезпеченість медичним персоналом сімейної медицини в області перевищувала 100% — як у міській, так і у сільській місцевості. Зокрема, у селах працюють 349 лікарів і 918 медсестер й акушерок, що обумовило надлишок лікарів первинної ланки місцями на 19%, а середнього і допоміжного медичного персоналу — на 54%! Цьому, звісно, сприяє наявність в області медичних вишів — Буковинського державного медичного університету і 4 медичних коледжів. Найважче залучити спеціалістів у віддалені від Чернівців райони, зокрема гірські. Тому є райони, де наявний значний (близько 40%) дефіцит кадрів (Кельменці, Сокиряни, гірські регіони тощо).

Для молодих фахівців найважливішим критерієм вибору місця роботи є наявність житла.

ВЗ Донедавна чимало випускників ішли працювати в сімейну медицину з примусу. Ця ситуація змінилася?

— Вона поступово змінюється. Сімейним лікарем бути складно, але цікаво з професійної точки зору, тому що ти щодня стикаєшся з новими випадками, у тебе зазвичай немає планових пацієнтів, але можуть бути хронічні, до візиту яких ти готовий. Сімейний лікар знає всю сім'ю, умови проживання, праці, шкідливі звички, тож йому відомо, як убезпечити пацієнта від тієї чи іншої недуги. Тому я переконана: ця спеціалізація буде однією з найпрестижніших в Україні. Тим паче, коли реформа первинної ланки буде впроваджена комплексно, і лікар стане більше вмотивованим.

ВЗ А як живуть села, де немає «своїх» лікарів?

— У невеликих селах розміщені ФАП, де працюють один фельдшер і дві медичні сестри. Зазвичай туди обов'язково навідується лікар на плановій консультації.

У селах чисельністю понад 600 осіб працює Пункт здоров'я, у якому є лікар, який може обслуговувати кілька хуторів чи невеликих селищ, розміщених поруч. На жаль, медичного, спеціально обладнаного транспорту на ФАПах та Пунктах здоров'я немає, зазвичай лікарі використовують власне авто, велосипед, у горах — гужовий транспорт або ж транспортним засобом забезпечує громада села. У великих населених пунктах амбулаторії мають медичний транспорт.

Тобто відсутність «свого» лікаря в селі не означає відсутність медичної допомоги, і це важливо.

ВЗ У який спосіб налагоджено співпрацю між лікарями загальної практики-сімейної медицини та вузькопрофільними спеціалістами, зокрема у сільській місцевості?

— Відповідно до термінів реалізації реформи з другої половини 2019 року НСЗУ за направленням від сімейного лікаря на вторинну/третинну ланку оплачуватиме рентген, УЗД, мамографію, ехокардіографію серця та інші діагностичні процедури й аналізи у будь-якому медзакладі — за вибором пацієнта. А у 2020 році в такий спосіб покриватимуть всі рівні медичних послуг, включно з лікуванням у стаціонарі. Таким чином Міністерство планує забезпечити кожній людині гарантоване надання основних медичних послуг первинної, спеціалізованої та екстреної допомоги через Національну службу здоров'я. Відповідно, уже сьогодні «вузькі» спеціалісти мусять думати про налагодження тісної співпраці із сімейними лікарями.

З другої половини 2019 року пацієнт, який звернеться в лікувальний заклад вторинного або третинного рівня надання медичної допомоги без направлення, змушений буде самостійно оплачувати медичну послугу «вузького» спеціаліста.

ВЗ Як гадаєте, чи готові сімейні лікарі до гри за новими правилами?

— Завжди важко робити перший крок. Звісно, якщо ти все життя працював, не дуже переймаючись вартістю комунальних послуг, ремонтом діагностичного обладнання, переkritтям даху, запровадженням новітніх технологій тощо, то нова модель роботи трохи лякає. Бо лікарю доводиться зайняти значно активнішу життєву позицію і стати менеджером своїх відносин із пацієнтом, громадою, територіальними органами управління тощо,

нести відповідальність за оснащення робочого місця, забезпечення зв'язком, справність діагностичних приладів, транспорту, використання ощадливих засобів опалення, утеплення, освітлення приміщення тощо.

До прикладу, у Великій Британії та Австрії амбулаторія — це приватний бізнес, і сімейний лікар є його власником. Тому будь-які рішення стосовно видатків на утримання закладу, обладнання тощо він приймає з менеджментом установи самостійно. Менеджер займається організацією і фінансовими питаннями (може бути один на кілька амбулаторій). Нашим лікарям до подібних ринкових умов потрібно адаптуватися. Якщо це лікар-ФОП, то рішення він ухвалює самостійно (кошти за пацієнта йдуть безпосередньо на його рахунок, зарплату він собі встановлює сам, однак і видатки на утримання закладу також оплачує сам). Якщо лікар працює на контрактних умовах із центром ПМСД чи територіальною громадою, то свої рішення узгоджує з керівництвом (зокрема, і розмір заробітної плати).

Отримавши від держави гроші, які «йдуть за пацієнтом», лікар зацікавлений, аби пацієнт менше хворів, тому що в цьому випадку кошти залишаться на рахунок амбулаторії, і їх можна буде використати для розв'язання інших медичних чи побутових питань. А щоб так було, саме сімейний лікар повинен активно проводити профілактику найпоширеніших неінфекційних та інфекційних захворювань, у тому числі застосовуючи скринінгові програми, працюючи на випередження.

Українська система охорони здоров'я протягом десятиліть була спрямована на «вузьких» спеціалістів. І наразі ця галузь стала дуже затратною. У європейських країнах давно порахували, що утримання пацієнтів, які проходять через первинну медичну допомогу, котра працює на засадах сімейної медицини, обходиться державі набагато дешевше, ніж надання спеціалізованої допомоги. Це пов'язано з тим, що 80% скарг можуть бути вирішені на рівні сімейного лікаря. Фактично, хворі починають і закінчують своє лікування на первинній ланці. Тож наразі ми прийшли до того, що саме робота такого лікаря є медично, соціально й економічно обґрунтованою для держави.

У нових реаліях лікар повинен думати про свою конкурентоспроможність. Медична допомога переходить у категорію медичної послуги з певним видом оплати. Переконана: концепція нової системи охорони здоров'я — це серйозний і складний, але конче потрібний нам крок уперед.

Ольга КАМСЬКА,
спеціально для «ВЗ»