DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.9.4.2020.219254>

Проблеми і перспективи української медицини у боротьбі з коронавірусною інфекцією

ШАНОВНІ ЧИТАЧІ!

З часу виходу нашого журналу минуло декілька місяців, але проблеми, які ми порушували на його сторінках, залишилися актуальними до сьогодні, а подекуди й поглибилися. Епідемія COVID-19 набула ще більших масштабів, вжитих заходів щодо її подолання виявилось вкрай недостатньо. Реформи в галузі медичної освіти, в тому числі й БПР, не завершені, їх помилки не виправлені, а деякі питання, наприклад, щодо діяльності клінічних кафедр та їх стосунків із закладами охорони здоров'я, залишилися не вирішеними навіть на рівні нормативного врегулювання. Тому ми знову повертаємося до наболілих тем.

Пропонуємо Вашій увазі думки експертів, які висловлюють своє бачення вирішення згаданих проблем, і головне — мають конструктивні пропозиції, які у

разі їх сприйняття державними інституціями допомогли б докорінно змінити ситуацію. Також на сторінках нашого журналу ви ознайомитеся з деякими практичними аспектами лікування коронавірусної хвороби.

Весь світ набуває досвіду в цих питаннях, вітчизняні фахівці також поділяться своїми напрацюваннями і спостереженнями. Сподіваємося на те, що наші публікації викличуть у вас інтерес і жваве обговорення. Запрошуємо до спілкування, дискусій і обміну думками щодо того, що сьогодні хвилює медичну й наукову спільноту. Ваша думка цінна для нас.

**З повагою,
Головний редактор журналу
Олег Шекера ■**

ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ У БОРОТБІ З КОРОНАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

ЧИ МОЖНА ЗАМІНИТИ ЛІКАРІВ – ЕПІДЕМІОЛОГІВ НА «ІНФЕКЦІЙНИХ ДЕТЕКТИВІВ» БЕЗ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ?

Україна в період епідемії залишилась без фахівців, які могли б її приборкати. Сім років тому почали реформувати ДСЕС і дореформувалися до її ліквідації та масового скорочення кадрів. Згодом епідеміологів оголосили персонами нон грата в системі охорони здоров'я — їх підготовка на додипломному рівні припинилася.

Сьогодні кличуть на допомогу старі кадри, обіцяють навчати нових спеціалістів, а дехто пропонує замінити їх «параепідеміологами» без базової медичної освіти. Бо пандемія ж. Чи є вихід з патової ситуації і де його шукати — розмірковують наші експерти.

Лікарі-епідеміологи у цій справі незамінні

Ірина Колеснікова, завідувачка кафедри епідеміології НМУ імені О. О. Богомольця, член експертної групи в МОЗ України з мікробіології, епідеміології, дезінфекційної роботи, доктор медичних наук, професор

Щоб провести епідрозслідування, потрібно ознайомитися хоча б з медичною документацією, не кажу вже про необхідність спілкування з хворими та контактними особами зі знанням справи. Так от особам без медичної освіти ніхто не має права надати, наприклад, історію хвороби чи амбулаторну картку пацієнта. Та й що вони там зрозуміють? Тому далі дискутувати з приводу «заміни» лікарів-епідеміологів немає сенсу. Ми навіть не говоримо про рівень знань наспіх підготовлених «розслідувачів» без медичної освіти, достатньо нормативних застережень з приводу захисту персональних даних пацієнтів та контактних осіб, дотримання лікарської таємниці тощо.

Сімейні лікарі не працюють з особливо небезпечними інфекціями

Згідно з наказом МОЗ України № 504 епідрозслідування спорадичних випадків інфекційних захворювань проводить первинна ланка (додаток 1, пункт 8). Відповідно фахівці первинки зобов'язані це робити. Під час навчання студентів вже на перших заняттях ми розповідаємо їм про протиепідемічну та профілактичну роботу сімейного лікаря. Але чи усвідомлюють вони, що після закінчення університету й інтернатури мають цим займатися? Навіть практикуючі лікарі не вчитуються у згаданий пункт наказу! Тому починаючи з 2018 року за ініціати́ви МОЗ та Центру громадського здоров'я, а також за технічної підтримки офісу ВООЗ в Україні ми почали проводити тренінги з епіднагляду та проведення епідрозслідування для сімейних лікарів, медсестер первинки, фельдшерів ФАПів. Вони стосувалися найактуальніших інфекцій, які реєструються в Україні (кір, краснуха, дифтерія, епідемічний паротит, кашлюк, захворюваність на який, до речі, зростає останнім часом). Але якщо ми говоримо про

COVID-19, то ця інфекція визначена наказом МОЗ як особливо небезпечна. Тому розслідування таких випадків не може проводити сімейний лікар — це повинні робити виключно епідеміологи (свого часу в СЕС були відділи особливо небезпечних інфекцій). Тим більше, що ми говоримо про епідемію COVID-19, а не про поодинокі випадки, як це передбачено в 504-му наказі. Тому сімейні лікарі цілком правомірно відмовляються проводити такі розслідування.

Повернути в систему колишніх фахівців практично неможливо

По-перше, на ентузіазмі люди працювати не будуть, а в системі немає коштів для збільшення штату за рахунок додаткових посад епідеміологів. До того ж усі розуміють, що йти на таку роботу — великий ризик, а можливо й жертва. Тому стимули мають бути дуже вагомими. По-друге, виникає питання: кого запросити? Тих фахівців, яких скоротили при реформуванні ДСЕС, і вони вже мають інше місце роботи? Від початку «реформи» санепідслужби минуло 7 років! Це забагато для того, аби щось чи когось можна було повернути назад.

Нове покоління кадрів сформується не скоро

Здавалося б вихід є — готувати нові кадри. Однак ми не можемо набрати студентів на спеціальність «Медико-профілактична справа», бо такої наразі не існує. Ми ж не будемо готувати фахівців, яким потім не буде де працювати — нової системи санепіднагляду в Україні не створено. Тому всі обіцянки наповнити її кадрами поки що даремні. З цієї ж причини (відсутності професії в Класифікаторі) ми не набирали й бакалаврів громадського здоров'я. До речі, фахівці з громадського здоров'я знову ж таки матимуть проблему з доступом до медичної документації, якщо не будуть медичними працівниками за освітою. Свого часу медико-профілактичні факультети існували в шести медичних вишах України (у Києві, Львові, Харкові, Одесі, Дніпрі, Донецьку) — з бюджетною та контрактною формами навчання. Їх випускники пішли працювати в територіальні лабораторні центри МОЗ. Щороку такі факультети випускали 60-100 спеціалістів (залежно від вишу). Нині там залишилися кафедри епідеміології, які готують інтернів, але за останні 5 років це крапля в морі — всіх інтернів-епідеміологів ми можемо назвати поіменно.

Двері в інтернатуру відчинені, але туди йдуть одиниці

Ще в січні нинішнього року у Директораті науки, інновацій, освіти і кадрів МОЗ категорично заявляли, що інтернатури з епідеміології не буде взагалі. Бо, на думку його представників, епідеміолог — не лікар, оскільки для них незрозуміло, який вид медичної допомоги надає такий фахівець. Хоча ми доводили, що це лікарська спеціальність, що лікар-епідеміолог так само закінчує медичний виш, складає іспити КРОК 2 й КРОК 3 (такі самі за змістом, як і для майбутніх клініцистів), але представники директорату були невблаганними. Тому на разі цікаво, як вони обґрунтовують наявність інтер-

натури з епідеміології. Адже нормативна база вже була змінена! Коли біда постукала у двері держави, питання щодо того, чи є епідеміолог лікарем, і який вид допомоги він надає, відпали самі по собі. Центр громадського здоров'я оголосив, що лабораторні центри України вже зараз готові працевлаштувати 150 епідеміологів і надіслав в усі медичні університети листи з проханням підготувати інтернів за цією спеціальністю. Наразі до інтернатури з епідеміології в НМУ імені О.О.Богомольця вступило 6 осіб — 5 за державним замовленням і один інтерн за контрактом. Це випускники лікувального факультету. Та якщо раніше до інтернатури з епідеміології вступали випускники за спеціальністю «Медико-профілактична справа», які вивчали епідеміологію на 5 курсі в такому ж обсязі, як і для спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія», а на 6 році навчання мали ще й поглиблений курс епідеміології, то студентам лікувальних факультетів на освоєння цієї дисципліни відводиться лише 30 аудиторних годин (10 годин лекцій і 20 годин практичних занять). Тому нашим нинішнім інтернам ще вчитися й вчитися. Думаю, що кількість бажаючих стати епідеміологами приблизно така ж і в інших медичних вишах. Такими темпами ми не запознаємо кадрову нішу в цій сфері ще дуже довго.

Кожен університет навчатиме лікарів на свій лад

Нині кожен університет самостійно розробляє навчальні програми. Тобто ми маємо право визначати, які навчальні дисципліни і в яких обсягах викладати своїм студентам. Це слушно, в тому числі й з позиції академічної мобільності: студент може обирати, яку навчальну дисципліну в якому саме виші він вивчатиме. Перед цим він може переглянути, які теми викладатимуться, як вони розкриватимуться, яка кваліфікація викладача. Тобто такого, щоб в усіх медичних вишах всі навчальні дисципліни викладалися однаково, вже не буде. Держава ще у 2018 році «погодилася» на це. Наказом МОЗ було скасовано всі попередні накази щодо типових навчальних планів і типових навчальних програм. Нині кожен виш може самостійно визначати перелік тем, співвідношення лекцій і практичних занять, аудиторних годин і самостійного вивчення дисципліни студентами. Наприклад, у цьому навчальному році в нашому університеті розпочинається викладання оновленої дисципліни «Епідеміологія» і тепер це вже «Епідеміологія та принципи доказової медицини», відповідно зросла й кількість годин — як аудиторних (з 30 до 40), так і для самостійної роботи студентів. Враховуючи нинішню ситуацію, ми відновили викладання військової епідеміології, однак навчальний план і програму цієї дисципліни визначає Українська військова медична академія. Отже, цього ми в цілому на третину збільшили кількість годин на викладання епідеміології майбутнім лікарям. Хоча я вважаю, що цього все одно недостатньо.

Ламати – не будувати

Володимир Маркович, лікар-епідеміолог, Заслужений лікар України, кандидат медичних наук

На мою думку, система повільно перебудовується під нові виклики. Бо за час епідемії коронавірусу в

Україні потрібно було відновити хоча б протиепідемічні підрозділи, до яких входять епідеміологи, бактеріологи, вірусологи, дезінфекціоністи, інструктори-дезінфектори та дезінфектори. До того ж дезінфектор — це професія, яка не потребує вищої чи спеціальної освіти. Тому їх можна навчити за 2 тижні на прискорених курсах, аби вони працювали у вогнищах епідемії (на шляхах передачі інфекції, у місцях знаходження збудників тощо). Дезінфекційні відділи раніше функціонували у складі СЕС, нині їх можна було б відновити у складі лабораторних центрів. У кожному районі їм могли б виділити автомобіль для виїзду на місця спалахів інфекції та вжиття необхідних заходів.

Таке ж «розгойдування» спостерігається і в підготовці кадрів, яких нині дуже потребує галузь. Розпочався новий навчальний рік, а відповідні факультети, а подекуди й кафедри не відновлені, тож очікувати «притоку» епідеміологів, бактеріологів, вірусологів найближчим часом не варто. При тому, що коронавірус мав би нарешті привести всіх до тями. Ламаємо службу легко, відновлюємо неохоче — багато дискутуємо, мало робиться. У державі уже є Головний державний санітарний лікар, структура має працювати, але ми навіть не можемо погасити вогнища епідемії — нікому! Тому «пожежа» інфекції розповсюджується дуже швидко — і що більше, то тяжче її стримувати. Не можна чекати, доки вигорить все вшент. А силами одних лише лабораторних центрів нічого не вдієш. Тим більше, що їхні фахівці не мають тих повноважень, котрі раніше були у більшості епідеміологів СЕС. Нині вони перейшли у штат Держпродспоживслужби. МОЗ хоче залучати їх до епідрозслідувань випадків COVID-19, але часто можна спостерігати міжвідомче перетягування канатів. І суперечки з приводу пошуку оптимального рішення щодо того, як відновити санепідслужбу в найкоротші терміни і під єдиним началом, яскраве тому підтвердження. Хоча це питання національної безпеки, і міжвідомчі перегони тут недоречні.

Умови має диктувати система, але наразі вона не створена

Олександр Кравчук, экс-керівник ДСЕС, перший заступник директора Наукового центру превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л. І. Медведя МОЗ України

Раніше епідрозслідування було обов'язком епідеміологів СЕС. Якщо траплявся випадок інфекційного захворювання то до санепідслужби надходило екстрене повідомлення й епідеміологи виявляли джерело інфекції, виходили на місце, збирали анамнез, обстежували контактних осіб, припиняли шляхи її передачі. У разі антропозоонозної інфекції до розслідування долучалася ветеринарна служба. Нині ця процедура заплутана. Оскільки навіть ініціювати епідрозслідування може лише посадова особа, яка є державним службовцем. Епідеміолог СЕС був такою особою, тож міг прийняти рішення навіть про призупинення діяльності об'єкта-порушника чи вжити адміністративних заходів щодо нього. Це допомагало швидко реагувати на ситуацію.

Наразі такі посадові особи працюють в Дерспоживслужбі. Тобто лікарі-епідеміологи системи охорони здоров'я можуть залучатися до епідрозслідування, або й ні. Нині кадрів не вистачає, тому всі лікарі-епідеміологи затребувані. Але це не рятує ситуацію. Після того, як було ліквідовано медико-профілактичні факультети, кадровий резерв галузі поступово вичерпувався, і на піку епідемії ми стикнулися з дефіцитом необхідних фахівців.

Так, навчати лікаря дуже довго й дорого. Тому в багатьох країнах світу в медичних закладах за скороченими програмами готують фахівців для проведення епідрозслідувань, які можуть не мати базової медичної освіти. Однак я негативно ставлюся до ідеї замінити лікарів епідеміологів працівниками без медичної освіти, бо епідеміологія — це медична, лікарська професія. Інша справа, що у наших епідеміологів були помічники (спеціально підготовлені фахівці із середньою медичною освітою), які також проводили велику роботу, однак фінальний етап епідрозслідування все одно виконував лікар. Тому насправді можна екстрено підготувати «спеціалістів» на заміну лікарям, як під час війни на двомісячних курсах готували пілотів, котрі потім масово гинули під час бою. Але ніхто не гарантує, що виконана ними робота дасть очікуваний ефект, або що вони не припустяться фатальних помилок. Можливо нам потрібно менше лікарів-епідеміологів, ніж їх було в системі раніше, але тоді вони повинні мати достатню кількість помічників. Однак це лише теоретичні міркування. На разі складно визначитися з тим, який варіант нам підійде, оскільки в державі відсутня сама система епіднагляду, яка й має диктувати вимоги. Можливо, стара система й була неповороткою, але її потрібно було реорганізувати, а не ліквідувати, до того ж це було зроблено незаконно. Бо чинне законодавство передбачає існування ДСЕС. Тому потрібно спочатку виконувати вимоги законів, а потім вже думати про реформу, перерозподіл функцій, можливі моделі оновлення служби. Бо нині багато хто захоплюється, наприклад, американською CDC. Хоча, як бачимо, в умовах пандемії ця система так само виявилася не ефективною — достатньо подивитися на статистику епідпроцесу у США. При тому, що бюджет CDC становить десятки мільярдів доларів, а функціонування ДСЕС обходилося нашій державі у 1,5 млрд грн на рік. Тому службу санепіднагляду в Україні потрібно відновлювати з урахуванням чинного законодавства, сучасного стану суспільних відносин, наукових і технічних досягнень сьогодення.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ДЕСЬ – ГУСТО, А ДЕСЬ – ПУСТО: ЯК ЗМІНИЛИСЯ ЛІДЕРИ НАЙПРЕСТИЖНІШИХ ЛІКАРСЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ НА ПІКУ РЕФОРМ ТА ПАНДЕМІЇ?

Після того, як лікарів-інтернів першого року навчання ледь на не залишили без зарплат та місця в лікувальному процесі, виникли побоювання, що вступ до інтернатури цього року перетвориться на хаос, або й взагалі не відбудеться. Майже в останній момент зу-

силлями МОЗ та законодавців основні непорозуміння вдалося усунути, однак майбутнім інтернам довелося таки понервувати.

Як новачки реформ позначилися на їхніх планах і перспективах — розповідає директор Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О. О. Богомольця, доктор медичних наук Тетяна Вежновець.

Найбільший клопіт — знайти місце роботи

ВЗ Чи ускладнили останні події вступ випускників мед університетів до інтернатури?

Тетяна ВЕЖНОВЕЦЬ, директор Інституту післядипломної освіти НМУ імені О. О. Богомольця, доктор медичних наук

— Так, якщо говорити про тих, хто обрав бюджетну форму навчання. Адже для того, аби вступити в інтернатуру їм потрібно було спочатку знайти місце роботи. Така вимога існувала й раніше, але до квітня 2020 року лікарні отримували фінансування через субвенцію, в тому числі й на заробітну плату персоналу, зокрема і лікарів-інтернів. Після ж того, як бюджетні заклади перетворилися на КНП, все змінилося: ділитися коштами від НСЗУ з інтернами керівники не вважали за потрібне, тож не брали їх на роботу. Виникла й інша проблема — інтерни фактично не могли здійснювати лікарську діяльність, оскільки не були включені до реєстру фахівців, які надають медичну допомогу. Тож усі без винятку інтерни згадують свій розпач під час пошуку робочого місця після отримання диплому: як вони безрезультатно оббивали пороги лікарень, доки не вийшли відповідні нормативні документи, і згідно з ними держава зобов'язалася, по-перше, надавати закладам кошти на оплату праці лікарів-інтернів, а, по-друге, на законодавчому рівні змінити їх статус. Після цього ситуація змінилася, і вступ в інтернатуру відбувся. Зокрема, наш заклад набрав заплановану кількість інтернів.

ВЗ Контрактників ці проблеми не стосувалися?

— Ні. Вони абсолютно вільні у виборі спеціальності, бази стажування, а також місця майбутнього працевлаштування після закінчення інтернатури. Адже вони платять кошти і за очну складову, і за проходження інтернатури на клінічній базі. Свого часу планувалося, що держава платитиме зарплату всім лікарям-інтернам, в тому числі й тим, хто навчається на контракті, однак поки що кошти виділені тільки для бюджетників.

Контрактників — у дерматовенерологію, бюджетників — у медицину невідкладних станів

ВЗ Чи відрізняється структура бюджетної та контрактної інтернатури і чи змінилася вона порівняно з минулими роками?

— Так, відрізняється і дуже суттєво. Однак ця тенденція вже зберігається роками. Зокрема, за кількістю бажаючих навчатися на контрактній формі лідирують майбутні дерматовенерологи (11% від загальної кількості інтернів). На другому місці — спеціальність «Акушерство і гінекологія» (10%), на третьому «Внутрішні хвороби» (9%), за ними — «Анестезіологія» (8, 7%), «Хірургія» (8, 4%), «Ортопедія й травматологія» (6, 9%), «Отоларингологія» (6, 2%) та «Офтальмологія» (5, 1%). Це якщо рейтингувати спеціальності за напрямком

«Медицина», оскільки в цілому 40% інтернів-контрактників становлять лікарі-стоматологи і майже 13% — фармацевти. Серед бюджетників пріоритети дещо інші. Тут лідирує спеціальність «Медицина невідкладних станів» (15, 8% від усіх зарахованих), за нею — «Внутрішні хвороби» (14, 6%), «Загальна практика — сімейна медицина» (13, 9%). У топ-5 спеціальностей, на які вступали цьогоріч, увійшла й «Педіатрія» (6,3%).

ВЗ Тобто можна сказати, що контрактники обирають спеціальність за їх престижністю, а бюджетники — за доступністю для працевлаштування?

— Вочевидь що так. Адже у медицині невідкладних станів дійсно найбільше вакансій. Та й сімейні лікарі державі потрібні. А от серед контрактників сімейним лікарем захотів стати лише один інтерн. До числа непрестижних з точки зору інтернів контрактної форми навчання потрапила навіть клінічна онкологія. Натомість найменша кількість зарахованих на бюджетну форму навчання — за спеціальностями «Нейрохірургія», «Урологія» (по 1 інтерну), «Дитяча хірургія» (2), «Клінічна онкологія» та і «Ортопедія-травматологія» (2). Зрозуміло, що знайти вільні вакансії за цими спеціальностями випускникам було складно.

Куди втечуть молоді кадри?

ВЗ Чи врегулює ринок дисбаланс між реальними кадровими потребами системи охорони здоров'я й прагненням випускників здобути найпрестижнішу спеціальність?

— Станом на 2018 рік до найчисельнішої групи лікарів (щільність від 0, 65 до 2,4 на 10 тис населення) увійшли акушери-гінекологи, анестезіологи, педіатри, терапевти, отоларингологи, невропатологи, ортопеди, офтальмологи, психіатри, рентгенологи і хірурги (не враховуючи лікарів загальної практики та лікарів невідкладних станів, яких в цілому найбільше). Це так звана перша квартал «щільності» лікарів. Якщо проаналізувати спеціальності, популярні серед інтернів-контрактників, здебільшого вони «вписуються» в цю групу. Але, наприклад, найпрестижніша дерматовенерологія входить лише до третьої квартилі («щільність» — від 0, 29 до 0, 64 на 10 тис населення). Тобто ця спеціальність не потребує такої кількості лікарів, яку ми зраз маємо. Про це свідчить ще один показник — коефіцієнт суміщення (співвідношення кількості штатних посад до кількості фізичних осіб), який у дерматовенерологів становить 0,98. Тобто фізичних осіб більше, ніж посад! У деяких державних закладах дерматовенерологи працюють навіть на 0, 25 ставки. Попри те, що таких фахівців з надлишком, ця спеціальність користується величезним попитом. Бо ті, хто її обирає, мріють працювати в косметології, а не в медичній галузі. Тож чи можна це назвати балансом, якщо відтік кадрів з галузі уже очевидний?

Епідеміологів та інфекціоністів побільшає, педіатри залишаться в дефіциті

ВЗ Які лікарські спеціальності найбільше відчувують дефіцит кадрів і чи є перспектива його скорочення?

— Тут також варто враховувати коефіцієнт суміщення. Якщо він більший одиниці, це означає, що лікарів не вистачає. У бюджетних організаціях найвищий

коефіцієнт суміщення серед патологоанатомів (1, 49), тобто на півтори ставки є лише одна фізична особа. Цьогоріч наші вступники правильно відреагували на потребу галузі: вперше на контракт прийшло 7 осіб, а на бюджет — 5. Однак мотивація у них дещо інша, аніж просто зайняти вакантні посади. Вони вважають, що ця галузь сьогодні має хороші перспективи, стрімко розвивається, в ній використовуються сучасні технології, тож працювати цікаво. До того ж після закінчення інтернатури вони стають конкурентоспроможними на ринку західних країн. Тому маємо не просто радіти за вибір інтернів, а й втримати їх у себе.

Унікальною виявилася й ситуація з вибором спеціальності «Інфекційні хвороби». Раніше інтерни її ігнорували, цьогоріч же її обрали аж 9 контрактників! Це є свідченням того, що професія стала не лише затребуваною, а й отримала повагу в суспільстві. Завжди не вистачало інфекціоністів — сьогодні й поготів. Так само зріс інтерес до епідеміології. Вперше за багато років на бюджет за цією спеціальністю прийнято 5 інтернів, навіть 1 — на контракт. При тому, що це випускники лікувальних факультетів! На разі вони працевлаштувалися в лабораторних центрах. Водночас дещо зменшився інтерес до таких спеціальностей, як урологія, клінічна онкологія, радіологія (навіть у контрактників). Дуже втрачає рейтинги педіатрія. У нинішньому році ми набрали на бюджет лише 9 інтернів. І жодного бажаючого опанувати спеціальність «Неонатологія» серед контрактників! Серед бюджетників таких виявилось 4, серед них є й випускники лікувальних факультетів.

ВЗ Що робити, коли студент передумав і вирішив змінити обрану спеціальність на етапі вступу до інтернатури? Це можливо?

— Бажано, аби це питання було врегульоване на рівні держави. Бо таке бажання виявляють чимало інтернів. Наприклад, після закінчення педіатричного факультету хочуть отримати спеціальність хірурга чи акушера-гінеколога. Задовольнити таке прохання може тільки МОЗ України. Як правило, такий дозвіл надається, оскільки примусити людину працювати там, де вона не хоче, навряд чи вдасться, а втрачати вже підготовленого фахівця державі не вигідно.

ВЗ Свого часу обіцяли запровадити вже у 2020 році відкриті рейтинги випускників медичних вишів та вакансій, які вони зможуть обирати. Це стало реальністю?

— Поки що ні. Реально обирають лише випускники-контрактники. Було б чудово, аби така модель уже працювала і випускники відповідно до рейтингу обрали базу стажування та заклад для очної інтернатури, а роботодавці — кращих випускників. Можливо це станеться у наступному році, але поки що все відбувається згідно з наказом МОЗ України № 291, датованим ще 1996 роком.

Чи можна навчити хорошого лікаря дистанційно?

ВЗ Які зміни передбачаються в планах навчання інтернів?

— Вони незначні. Зокрема, для спеціальностей терапевтичного профілю в нашому університеті передбачено вивчення протиепідемічних заходів в умовах

коронавірусної інфекції. Зрештою, сама пандемія також вносить корективи в навчальний процес. Цього-річ ми використовуватимемо очно-дистанційну форму навчання інтернів: повністю відмовилися від лекцій в аудиторіях, підготувалися до проведення лекцій та семінарських занять для інтернів з використанням сучасної дистанційної платформи Neuron. Групи також формували не більше 5 осіб.

ВЗ Сьогодні багато хто обурюється тим, що лікарів навчають дистанційно, вважаючи, що це не та спеціальність, яку можна опанувати «заочно». Як зберегти здоров'я студентів і не при цьому надати їм хороші знання?

— Дійсно, головне завдання інтернатури — по максимуму підготувати майбутніх лікарів до практичної діяльності, навчити їх працювати з хворими. Тож доки місто Київ не потрапить у червону зону, інтерни зможуть набувати практичних навичок у лікувальних закладах, які ще не перепрофільовано під COVID -19. Раптом така можливість припиниться, ми одразу відреагуємо — більше зосередимося на теоретичних заняттях, а практичні надолужимо пізніше. Принаймні в інтернів першого року навчання на початку дуже високий відсоток теоретичних занять. До того ж за допомогою сучасних дистанційних платформ ми можемо навчити, наприклад, радіолога читати рентгенограми, результати КТ, МРТ. Інша справа, коли йдеться про хірургів, урологів, анестезіологів, лікарів невідкладних станів, отоларингологів чи офтальмологів — їх потрібно вчити «роботі руками». Тому наразі використовуватимемо максимум можливостей, щоб забезпечити їм доступ до хворих. Там, де лікарні вже перепрофільовано під коронавірус, і немає хворих відповідного спеціалізації інтерна профілю, потрібно організувати йому доступ до амбулаторних пацієнтів у поліклініці. Окрім того, у нас є симуляційний тренінговий центр, де інтерни можуть відпрацювати певні навички, не контактуючи з пацієнтами. Тож на період адаптивного карантину ми переформатуємо освітню компоненту з ухилом на теорію та симуляційне навчання. Коли епідемія піде на спад, інтерни більше працюватимуть з пацієнтами. Для першого року навчання в інтернатурі це взагалі не критично — у них ще багато часу попереду. А решта вже встигла опанувати чимало навичок, адже вони вже й без того працюють у лікарнях, тож переведення на дистанційні форми більше потребують студенти.

ВЗ Чи вирішено питання клінічних кафедр, від яких залежить практична складова навчання студентів?

— Питання оренди приміщень, яку начебто мають оплачувати кафедри тепер вже комунальним підприємством, ще остаточно не вирішено. Але воно перебуває на контролі керівництва МОЗ. Нещодавно відбулося засідання Вченої ради нашого університету, де був присутній Міністр охорони здоров'я — він пообіцяв вирішити це питання. Наразі завдяки зусиллям законодавців усунуто ще одну важливу проблему: лікарі-інтерни й науково-педагогічні працівники кафедр стали учасниками лікувального процесу. Водночас існує низка питань, які ще належить вирішити. Наприклад,

щодо того, чи повинні лікарі-інтерни після закінчення інтернатури залишатися працювати в закладі, де вони працювали на період навчання. Або як реалізувати повною мірою принцип «гроші ходять за інтерном».

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

КАДРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ГОТУЄМО ЗА МІЖНАРОДНИМИ СТАНДАРТАМИ, ПРАЦЕВЛАШТУВУЄМО — ЗА УКРАЇНСЬКИМИ?

Нещодавно МОН України затвердило стандарт підготовки бакалаврів з громадського здоров'я, хоча таких фахівців в Україні навчають вже три роки поспіль. Для магістрів такі вже існують. Найближчим часом планується розробити й затвердити стандарти освітньо-наукового рівня вищої освіти — PhD у цій сфері. Всі вони, за визначенням експертів, відповідають міжнародним вимогам, в тому числі й Європейської асоціації громадського здоров'я.

Та якщо у світі «армія» таких фахівців широко представлена у більшості галузей економіки на всіх рівнях, то в Україні їм практично ніде працювати. Бо навіть відповідних професій до Класифікатора не внесено. Тоді для кого працює вітчизняна кузня кадрів громадського здоров'я? Ми запитали про це у провідних експертів у галузі підготовки таких фахівців.

Сімейний лікар також управляє суспільним здоров'ям

Тетяна Грузева, завідувачка кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я НМУ імені О. О. Богомольця, доктор медичних наук, професор, академік Національної академії вищої освіти України

Кадри для системи громадського здоров'я готують за трьома напрямками. Перший — підготовка власне фахівців громадського здоров'я, задіяних у наданні послуг суспільного характеру (для всього населення, певної групи, громади); другий — підготовка медичних кадрів, які надають індивідуальні послуги й співпрацюють із системою ГЗ; третій — підготовка фахівців, які задіяні у наданні послуг громадського здоров'я, але не входять до сектору охорони здоров'я (управління, фахівці з міського планування, освіти, транспорту, соціального забезпечення, інформаційної політики тощо). Для результативної діяльності з охорони і зміцнення здоров'я важливим є забезпечення усіма вказаними групами спеціалістів.

Щодо формування нової когорти фахівців медичного напрямку, в університетах України вже 3 роки поспіль магістрів медицини і стоматологів навчають дисципліні «соціальна медицина, громадське здоров'я», аби вони розуміли суть цього напрямку і своє важливе місце у ньому. В нашому університеті для цього було розроблено дві окремі навчальні програми, які рекомендовано до впровадження в закладах вищої медичної освіти

України, видано методичні вказівки для студентів та методичні рекомендації для викладачів, підготовлено 2 нові сучасні підручники — «Біостатистика» та «Громадське здоров'я».

Кожен лікар повинен мати певний набір знань, вмінь та компетентностей з питань громадського здоров'я, аби розуміти, як встановлювати причинно-наслідкові зв'язки між здоров'ям населення та факторами соціального, природного середовища тощо; вміти використовувати цей інструментарій для аналізу та оцінки здоров'я громади, яку він обслуговує і за яку відповідає (зокрема, це стосується сімейного лікаря); обґрунтовувати і розробляти профілактичні заходи.

Адже сучасний лікар має не тільки співпрацювати з фахівцями громадського здоров'я у визначенні та організації колективних послуг ГЗ, а й сам надавати індивідуальні послуги цього напрямку, зокрема проводити вакцинацію, консультування з питань здоров'я та здорового способу життя. Його обов'язком є промоція здоров'я, комунікація в питаннях здоров'я, адвокація тощо. Це посилює внесок звичайних лікарів у вирішення численних проблем, який вони роблять спільно з фахівцями громадського здоров'я і цим самим сприяють становленню системи ГЗ.

Не всі питання унормовано

Водночас, необхідною є підготовка фахівців громадського здоров'я за традиційними спеціальностями (епідеміологів, гігієністів, фахівців з охорони навколишнього середовища тощо). Свого часу медичні університети готували таких фахівців на санітарно-гігієнічному факультеті, який потім було трансформовано в медико-профілактичний. Але з того часу відбулася низка змін, затверджено Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні, реформовано низку інституцій, створено нові структури і визначені їх функції.

Тож для успішної діяльності в нових умовах потрібні сучасні фахівці з відповідними знаннями та вміннями. Для цього було включено спеціальність «громадське здоров'я» до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, проведено ліцензування освітніх програм. Нині 8 медичних університетів України отримали ліцензії на підготовку бакалаврів та магістрів громадського здоров'я. Низка закладів веде підготовку бакалаврів громадського здоров'я за 4-річною програмою та магістрів громадського здоров'я — за дворічною програмою магістратури. В наступному році відбудеться перший випуск нових фахівців.

Проте, попри значний обсяг проведеної нормотворчої, організаційної та освітньої діяльності, в Україні, на жаль, залишаються не до кінця унормовані питання. Спеціальність «Громадське здоров'я» поки-що не внесена до класифікатора професій. Робоча група МОЗ України спільно з Центром ГЗ напрацювала пропозиції щодо змін до класифікатора професій, які б охопили усі напрями діяльності фахівців у цій сфері. Наразі вони погоджуються у причетних міністерствах. Лише за умови їх затвердження фахівці зможуть працевлаштовуватися в різні структури.

Варто навчитися бодай у найближчих сусідів

Ми підтримуємо тісні зв'язки з колегами з Польщі, щороку беремо участь у з'їздах Польського Товариства громадського здоров'я, проводимо спільні заходи з академічною спільнотою, тож знаємо про їхній досвід та успіхи. Серед останніх — кадрова політика. Багато університетів Польщі готують магістрів громадського здоров'я, які потім працюють у різних структурах. Вони задіяні в закладах Національної санітарної інспекції, Національного фонду охорони здоров'я, воєводських центрах здоров'я, працюють менеджерами потужних госпіталів чи інших медичних закладів, керівниками їх структурних підрозділів. Або ж їх запрошують на роботу як спеціалістів з якості медичної допомоги тощо. В Україні поки що ці питання не врегульовано. Тож внесення у класифікатор повного переліку професій у цій сфері і визначення вимог до їх зайняття є одним з актуальних питань.

Хто формує лобі в політиці здоров'я?

Владислав Сміянов, завідувач кафедри громадського здоров'я медичного інституту Сумського державного університету, доктор медичних наук, професор

— На жаль, в Україні багато говорять про розвиток системи громадського здоров'я, але її суті до кінця ще не розуміють. Одні ностальгують за ДСЕС і намагаються повернути її у колишньому форматі, інші обіцяють усе розбудувати «як у світі», але нічого для цього не роблять. У світі система ГЗ набагато потужніша структура, ніж наша колишня СЕС. Вона опікується питаннями екології, здорового способу життя, інтегрується з різними галузями (сільським господарством, харчовою промисловістю, економікою, наукою тощо). Фахівці з громадського здоров'я у розвинутих країнах — це справжнє лобі в хорошому сенсі цього слова, оскільки вони моніторять і аналізують тенденції і прогнози щодо стану здоров'я населення, впливають на питання фінансування, управління в галузі охорони здоров'я. Експерти з громадського здоров'я мають бути присутні в органах самоврядування для розробки програм по профілактиці захворювань та впровадження здорового способу життя. Центри ГЗ беруть участь у плануванні розвитку економіки й політики держави. Наші ж випускники взагалі не розуміють, де зможуть застосувати набуті знання й дипломи.

Нові стандарти уже працюють

Здавалося б, в Україні затвердили спеціальність «Громадське здоров'я». Розділили підготовку бакалаврів і магістрів. Почали навчати фахівців. Хоча керівництво центру громадського здоров'я МОЗ кілька років тому й слухати не хотіло про бакалаврів цього напрямку, відверто заявивши, що вони їм не потрібні! А хто працюватиме у службі санепіднагляду, де традиційно було лише 20% лікарів, і 80% — середнього персоналу? Бакалаври з ГЗ, які 4 роки вивчають епідеміологію, анатомію, мікробіологію, клінічні дисципліни та інші могли б працювати в лабораторіях, проводити епідрозслідування. І вони не потрібні у період епідемій?!

Однак переконати команду Центру ГЗ в необхідності прийняти наші пропозиції щодо доповнень в Класифікатор професій нам не вдається.

Тому й стандарти підготовки затвердили тільки зараз, коли в Україні вже три роки поспіль навчаються студенти за новими стандартами й самостійно розробленими програмами. Поки що бакалаврів з громадського здоров'я готує лише наш університет, а також Острозька академія. Добре, що нині виші автономні в розробці програм навчання. Під час затвердження нової спеціальності «Громадське здоров'я» науково-педагогічні співробітники проектних груп опрацювали відповідні освітні програми провідних університетів світу, було сформовано та оприлюднено власні освітні програми, які відповідають кращим світовим та вітчизняним практикам. За зразок ми взяли європейську програму й адаптували її. У нашому університеті створена потужна кафедра громадського здоров'я. Ми об'єднали її зусилля з іншими кафедрами медичного інституту й університету. Нашим студентам викладають фахівці з медичного права, страхування, гігієни, психології, економіки охорони здоров'я, політології, екології (всього приблизно 40 дисциплін, які стосуються ГЗ). До того ж у нашому розпорядженні є лабораторія молекулярно-генетичних досліджень, сучасна цитологічна, токсикологічна та бактеріологічна лабораторії. Тож випускники будуть всебічно підготовлені на сучасному рівні.

Бакалаври нікому не потрібні?

Тому говорити про стандарти — все одно що про вчорашній день. Та й питань до них наразі немає. Питання в іншому: наступного року ми випускаємо бакалаврів з громадського здоров'я — їм працювати? Адже в Класифікатор професій для них не внесено жодної спеціальності! І це попри те, що Розпорядженням КМУ від 18. 08. 2017 року №560-р було затверджено план заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Відповідно до п.3 плану передбачалося і затвердження стандартів освіти та освітніх програм за згаданою спеціальністю — для забезпечення треступеневі підготовки (бакалаврату, магістратури, доктора філософії) та безперервного професійного розвитку, і розроблення плану заходів з розвитку кадрових ресурсів у системі ГЗ, і внесення змін до національного класифікатора професій за цим напрямом.

Час спливає, студенти незабаром отримають дипломи, але їх ніде й ніхто не чекає. На разі наші випускники могли б працювати в лабораторних центрах, де катастрофічно не вистачає кадрів, чи, наприклад, у школах, де давно зникла шкільна медицина, тому планувати програми по зміцненню здоров'я школярів нікому. Або ж в органах самоврядування, якби такі ж програми реалізувалися й для громад. Чи, наприклад, фахівцями з інфекційного контролю в лікарнях (аби керівники були в цьому зацікавлені). Випускники згодні, ми навчаємо їх цьому, але ж як працевлаштувати їх на посади, котрих не існує, за фахом, не передбаченим у Класифікаторі професій?

У Класифікаторі професій — суцільні прогалини

Ми запропонували внести зміни до ДК 003:2010 «Класифікатор професій» у розділі 3 (бакалаври) за напрямом «Громадське здоров'я», доповнивши його професіями, які існують в країнах ЄС: фахівець з гро-

мадського здоров'я; фахівець з безпеки і гігієни праці; фахівець з екології зовнішнього середовища; фахівець з якості продуктів; фахівець з промоції здоров'я; фахівець медичного страхування; фахівець з управління кризовими ситуаціями охорони здоров'я; фахівець з медичного права в охороні здоров'я; економіст охорони здоров'я; епідеміолог; статистик; дієтолог; косметолог.

Але на сьогодні існує тільки проект наказу щодо змін до Класифікатора, який і досі проходить погодження у структурних підрозділах міністерства. До речі, назви посад, які запропонували фахівці НДІ праці і зайнятості населення у проект, досить сумнівні й дискусійні: фахівець з довкілля та здоров'я, фахівець з екологічного здоров'я, професійний радник з громадського здоров'я. Такі назви спеціальностей не дають чіткого розуміння, чим займатимуться їх представники й де вони знадобляться — у лікарні, управлінських структурах, деінде? Наприклад, фахівець з екологічного здоров'я має конкурувати за місце роботи з екологом, якого вже внесено до Класифікатора професій? А кому й що має радити професійний радник? В чому полягає його «професійність» і чому інших фахівців ГЗ автоматично зарахували у «непрофесійні»? Поки що це лише плани. Але ж ніщо не заважає їм стати реальністю, яка внесе ще більше невизначеності. Такими темпами й «креативними» назвами професій ми навряд чи найближчим часом розбудуємо цивілізовану систему охорони суспільного здоров'я. І навряд чи дочекаємося вступників на престижну у цивілізованому світі спеціальність, якщо сьогодні вони вбачають ризики залишитися з дипломом і без професії.

Всі наші майбутні випускники вже знають, куди підуть працювати

Геннадій Слабкий, завідувач кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет», доктор медичних наук, професор

Підготовка магістрів з громадського здоров'я в Україні розпочалася торік. Наш університет набрав найбільшу кількість таких студентів за державним замовленням (на науково-освітній рівень, тобто з терміном навчання 2 роки). Це було приємною несподіванкою, оскільки у багатьох виникали сумніви, що знайдеться багато охочих працювати у системі, яка у нас розвивається дуже повільно, у її структурі створюються ще тільки обласні центри, де працює на так вже й багато фахівців. Однак молодь повірила у перспективи цього напрямку і ми не маємо її розчарувати. Я неодноразово говорив під час зустрічей у МОЗ про те, що ми набираємо студентів, не маючи де їх працевлаштувати. Однак останнім часом все-таки почалися позитивні зрушення — магістри будуть затребувані в системі охорони здоров'я, з'являються посади, які вони можуть обіймати після закінчення навчання. Основний напрямок їх підготовки — епідеміологія. Наші майбутні випускники вивчають епідеміологію не лише інфекційних, а й неінфекційних психічних захворювань. Тоді як раніше в медичних вишах традиційно викладали тільки інфекційну епідеміологію — на сучасному етапі цього

недостатньо. Тож наші магістри зможуть поповнити кадри нової служби санепіднагляду, створення якої обіцяють на найвищому рівні.

Також ми знайшли певне порозуміння з об'єднаними громадами, переконавши їх у тому, що їм потрібні фахівці з громадського здоров'я. З 1 вересня переходимо на циклову систему навчання, яке забезпечить більш цілісне сприйняття знань і навичок студентами. Перший цикл — робота спеціалістів ГЗ на рівні громади, розробка відповідних програм для неї. Тому магістри зможуть працювати в громадах радниками з питань здоров'я чи й штатними спеціалістами в управлінських структурах. На сьогодні всі наші майбутні випускники вже знають, куди підуть працювати.

Надалі будемо поглиблювати спеціалізацію підготовки магістрів — залежно від потреб системи. У Польщі, наприклад, готують спеціалістів з харчування й косметології. Навряд чи ми підемо цим шляхом найближчим часом, оскільки у нашій державі наразі державі не вистачає кадрів для вирішення більш глобальних проблем суспільного здоров'я. Цьогорічна вступна кампанія розвіяла наші побоювання щодо втрати інтересу до спеціальності на тлі останніх подій. Навпаки, уже сьогодні маємо таку кількість заяв, що утворився конкурс на магістратуру. До того ж вона перехресна, тобто до нас ідуть і бакалаври інших, немедичних спеціальностей, наприклад, фізичної реабілітації, фізичної культури та спорту, випускники медичних факультетів. Якщо виявлять бажання економісти, юристи, то також охоче їх навчатимемо. Вони потрібні системі громадського здоров'я і їм завжди знайдеться місце роботи в ній. В Україні 8 вишів взяли ліцензію на підготовку магістрів з громадського здоров'я, але зволікають з їх набором. Даремно. Становлення системи пришвидшиться, і тоді фахівців не вистачатиме.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

КОМУ І ЯК НАРАХОВУЄТЬСЯ ДОПЛАТА ЗА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА COVID-19?

Впродовж останнього часу чи не найбільше питань у сфері оплати праці виникає з приводу порядку нарахування та виплати доплат медичним працівникам, які безпосередньо задіяні у наданні медичної допомоги хворим на COVID-19. Які категорії працівників мають право на такі виплати, хто і як їх повинен нараховувати, яких помилок уникати керівнику, аби не відповідати за них перед законом?

Андрій ОЛІЙНИК, старший викладач кафедри громадського здоров'я ЛНМУ імені Данила Галицького, завідувач відділу правової роботи Львівської обласної організації Профспілки охорони здоров'я України

Доплати за роботу з COVID-19 за березень 2020 року фінансувалися через медичну субвенцію й виплачувалися згідно з наказом Міністрації та соціальної

політики від 02.06.2003 №145 та відповідного переліку працівників (наказ МОЗ 02.04.2020 р. № 768) у розмірі трьох посадових окладів.

Починаючи з квітня і дотепер, доплата за роботу з COVID-19 де-факто і де-юре має іншу правову підставу — виплачується на підставі постанови КМУ від 23.03.2020 р. № 246 через НСЗУ в межах договору за відповідним COVID — пакетом у розмірі до 300% зарплати. Тож саме про неї йтиметься у наступних поясненнях.

Без формальних порушень законодавства не обійшлося

За дорученням Уряду територіальні органи Держпраці з початку літа цього року здійснювали перевірки закладів охорони здоров'я щодо правильності «коронавірусних» виплат. Хоча всім зрозуміло, що формальні порушення законодавства у цій сфері будуть виявлені — фактично їх неможливо було уникнути. Взяти хоча б такий аспект: згадані доплати є частиною заробітної плати, яка згідно з вимогами чинного законодавства має виплачуватися двічі на місяць — у терміни, передбачені колективним договором, але не пізніше сьомого числа наступного місяця. За жодних умов цієї вимоги не можна дотриматися, якщо НСЗУ пізніше вказаного терміну перерахувало кошти за договором чи підтвердило звіт закладу про надані послуги. А здійснення виплат без підтвердження суми зароблених коштів з боку НСЗУ — величезний ризик того, що за результатом звітних періодів заклад може опинитися ще й «у мінусі».

Як приклад — робота мобільних бригад щодо забору біоматеріалу для тестування на COVID-19 методом ПЛР. Заклад, який підписав договір за цим пакетом, наперед отримав гроші в повному обсязі згідно тарифу, але фінансовий результат за місяць залежить від кількості здійснених заборів. Тобто якщо бригада зробила їх менше 50, заклад має право лише на четверту частину отриманої суми. Тож по факту не всі кошти, що надійшли від НСЗУ на початку місяця, стали доходами підприємства.

Отже виникла «цікава» ситуація. Держава спочатку поклати на медичні заклади обов'язки з надання медичної допомоги хворим на COVID-19, потім майже із двомісячною затримкою визначила нормативне регулювання виплати доплат і забезпечила відповідне фінансування (бо ті ж мобільні бригади спочатку робили експрес-тести, а пізніше виявилось, що оплачуватиметься тільки забір для ПЛР-діагностики). При цьому з боку держави не було жодних пояснень, а одразу почалися перевірки. Ті ж повідомлення, які постійно лунали від владних структур і тиражувалися у ЗМІ, дуже часто не відображали реальної картини, внаслідок чого у медичних працівників виникало відчуття, що на місцях їх можуть обдурювати. Як приклад: в урядовій постанові «ковідна» доплата була визначена у розмірі «до 300 відсотків заробітної плати». Але ж навіть і один відсоток умовно відповідає таким «рамкам», через що могли виникати певні конфліктні ситуації на місцях.

Що робити в умовах мінімального правового регулювання процедури?

Так званих ковід-пакетів від НСЗУ було декілька (стаціонарна допомога, екстрена допомога, робота

мобільних бригад, спеціальний стаціонарний пакет за квітень для окремих закладів) і в кожному випадку виникали свої нюанси. Але спільним їх знаменником стало те, що фінансування доплат та їх виплати медпрацівникам відбувалися в умовах мінімального правового регулювання. По-перше, у постанові КМУ від 23. 03. 2020 р. № 246, якою й була встановлена згадана доплата (з квітня) не було визначено конкретного порядку її виплати та чітких критеріїв формування переліку посад працівників, яким вона встановлюється.

По-друге, виплати таких доплат є однією із основних умов договору за відповідним пакетом надання медичних послуг (COVID-19). Натомість умови закупівлі послуг, визначені у договорі, є мінімальними і лише специфікують окремі важливі умови роботи надавача медичних послуг. Зокрема, у закладі охорони здоров'я повинен бути внутрішній наказ щодо переліку медичних та інших працівників, які безпосередньо працюють із пацієнтами з підозрою чи діагнозом COVID-19. Цей документ своєю чергою має спиратися на умови договору з НСЗУ та враховувати вимоги до спеціалізації й кількості фахівців. А з приводу питань, які не визначені умовами закупівлі послуг, слід керуватися нормами чинного законодавства.

Які документи взяти на озброєння

1. Постанова КМУ від 23. 03. 2020 р. №246.

Вона, зокрема, передбачає наступні умови:

- доплата встановлюється у закладах охорони здоров'я, що надають медичну допомогу хворим на COVID-19 та уклали договір з НСЗУ за відповідним переліком та обсягом медичних послуг;
- право на доплату мають медичні та інші працівники, які безпосередньо зайняті на роботах з надання медичних послуг хворим на COVID-19;
- доплата встановлюється у розмірі до 300% заробітної плати (посадового окладу (з підвищеннями) з урахуванням передбачених законодавством обов'язкових доплат та надбавок);
- конкретний перелік посад працівників, яким встановлюється доплата, затверджується керівником відповідного закладу охорони здоров'я;
- зазначені доплати здійснюються за рахунок коштів, отриманих закладами охорони здоров'я згідно з договором НСЗУ за відповідним пакетом та з місцевих бюджетів (п. 2 постанови).

2. Постанова КМУ від 24. 04. 2020 р. № 331.

Документ визначає, що кошти, передбачені для закупівлі медичних послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги пацієнтам з COVID-19, за програмою медичних гарантій спрямовуються насамперед на:

- здійснення додаткових доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я у розмірі до 300% заробітної плати (посадового окладу (з підвищеннями) з урахуванням обов'язкових доплат, надбавок) відповідно до законодавства;
- забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами, необхідними для надання згаданих медичних послуг відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, крім лікарських засобів та ме-

дичних виробів, постачання яких здійснює МОЗ шляхом централізованих закупівель.

3. *Договір з НСЗУ за відповідним пакетом послуг (COVID-19).* Його умови потрібно враховувати при визначенні переліку працівників, які мають право на додаткову доплату. Відповідні вимоги встановлені у Спеціальних умовах надання медичних послуг (вміщені в додатку до договору — п.8.1.), зокрема у підрозділах «Вимоги до організації надання послуги» та «Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців».

4. *Постанова КМУ від 5. 02. 2020 р. № 65.* Вона регулює тарифи оплати медичних послуг відповідного пакету. Слід врахувати Положення відповідного розділу (глави) Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, затвердженого згаданою Постановою.

Наприклад, у Главі 27 Порядку «Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2», де описано формулу визначення запланованої вартості медичних послуг, передбачено, що до уваги береться кількість команд, до яких входять лікарі-анестезіологи, лікарі-інфекціоністи/терапевти/педіатри, лікарі інших спеціальностей, а також середній, молодший медичний та інший персонал (далі — медичні команди). При цьому на дату подання надавачем заяви вказані працівники не повинні бути залучені до надання інших медичних послуг за ПМГ, тобто з цього дня вони можуть надавати допомогу лише пацієнтам, у яких встановлено COVID-19. Кількість медичних команд розраховується на основі кількості лікарів-анестезіологів.

Що можна вирішити на локальному рівні?

Питання, які не врегульовані згаданими поставами, а також умовами договору з НСЗУ, можуть вирішуватися підприємством самостійно. Для цього мають бути напрацьовані локальні нормативні акти (з урахуванням ст. 97 КЗпП України та положень колективного договору підприємства). Згідно з положеннями вказаної статті умови запровадження та розміри доплат встановлюються підприємствами у колективному договорі, з дотриманням норм і гарантій, прописаних законодавством, генеральною та галузевими (регіональними) угодами. Конкретні розміри доплат встановлюються власником або уповноваженим ним органом з урахуванням вимог, передбачених вказаною нормою.

Згадані питання на підприємстві регулюються:

- наказом, яким визначається перелік медичних чи інших працівників, що безпосередньо працюють з пацієнтами з підозрою або з діагнозом COVID-19, з врахуванням умов договору з НСЗУ за відповідним пакетом;
- колективним договором чи іншим локальним нормативним актом (положенням) підприємства, затвердженим (погодженим) спільно з профспілковим комітетом. Цей документ регулює умови запровадження та розміри зазначеної доплати з врахування норм законодавства;

• наказами про встановлення та виплату працівникам конкретного розміру додаткової доплати (COVID-19). Накази також мають бути погоджені з профспілковим комітетом, повинні враховувати норми законодавства, умови колективного договору, інші локальні акти підприємства.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ВИТРАТИ НА ПРОФІЛАКТИКУ – НАЙКРАЩИЙ ДОКАЗ ЇЇ ПРІОРИТЕТНОСТІ

Коштів на медицину завжди не вистачає, а прибуток від інвестицій «у хвороби» на перший погляд не помітний. Чого не скажеш про сферу суспільного здоров'я, розвиток якої забезпечує покращення показників здоров'я населення і помітний економічний ефект. Кожен долар, вкладений в запобігання хвороб, обертається чотирикратним прибутком. Головне – спрямовувати кошти на правильно визначені пріоритети. Як це роблять у світі й чому варто повчитися Україні?

Вигідні інвестиції та ціна бездіяльності

Марина ШЕВЧЕНКО, доцент Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», доктор медичних наук

Світовий досвід свідчить: аби знизити щорічно зростаючі витрати на медичну допомогу, необхідно додатково інвестувати в систему охорони здоров'я 1-4% поточних витрат на її потреби. Натомість профілактичні заходи забезпечують окупність інвестицій упродовж одного-двох років, оскільки є більш ефективними. Наприклад, завдяки профілактичним програмам, які впливають на фактори ризику, в деяких країнах з високим рівнем доходів вдалося знизити смертність від ішемічної хвороби серця на 50-74%, в той час як завдяки медичним втручанням – лише на 23-47%. Економічні втрати від неінфекційних захворювань, які обчислюються мільярдами євро в рік, є найбільш переконливим аргументом на користь інвестицій у заходи зі зміцнення здоров'я і профілактику. Згідно з підрахунками Medicare щодо економічної доцільності профілактичних втручань, скринінг раку шийки матки економить 1666 доларів США за рік за кожне збережене життя, скринінг колоректального раку – від 9 до 14 тис. доларів. Водночас можна навести протилежні приклади – витрат, пов'язаних з найбільшими загрозами здоров'ю та факторами ризику для нього. Зокрема, у країнах ЄС лікування серцево-судинних захворювань в середньому обходиться 169 млрд євро у рік, рак забирає 6,5% загального обсягу витрат на медичне обслуговування.

Світовий досвід свідчить: аби знизити щорічно зростаючі витрати на медичну допомогу, необхідно додатково інвестувати в систему охорони здоров'я 1-4% поточних витрат на її потреби. Натомість профілактичні заходи забезпечують окупність інвестицій упродовж одного-двох років, оскільки є більш ефективними.

Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великої Британії витрачає майже 10,5% свого бюджету на послуги з відновлення психічного здоров'я. «Вартість» однієї лише депресії становить 1,7 млрд ф. ст., тривожних розладів – 1,2 млрд ф. ст. на рік. Дорого обходяться й інфекційні хвороби. Кожна госпіталізація хворого на грип коштує НСОЗ 347–774 ф. ст. Що вже говорити про більш грізні інфекційні виклики! Неінфекційні недуги не відстають. Діабет лягає на бюджет НСОЗ значними витратами – 1,3 млрд ф. ст. в рік. З ожирінням пов'язано до 3% всіх витрат на медичне обслуговування в більшості розвинених країн, у США 5-10%! За даними Європейського агентства з навколишнього середовища, забруднення повітря автомобільним транспортом обходиться країнам ЄС у 25 млрд. Євро в рік, а забруднення, спричинене промисловими об'єктами – 102-169 млрд. Євро. У Данії порахували, що низький рівень фізичної активності може бути причиною 8% випадків інвалідності. А частка витрат, пов'язаних з малорухливим способом життя, становить 1,5 – 3% національних бюджетів охорони здоров'я в усьому світі. Масштаби загального скорочення національного доходу країн в результаті споживання тютюну досягають 3,6%.

Чий клопіт, той і платить?

Оскільки хвороби населення завдають глобальній економіці значних збитків, то усі зацікавлені у їх мінімізації. Термін “громадське здоров'я” (ГЗ) вказує не лише на функцію піклування про здоров'я всього суспільства, а й на роль держави у формуванні, розробці та функціонуванні мережі закладів і організацій системи.

У більшості країн координація та надання послуг з охорони ГЗ є спільною відповідальністю між національним та регіональними рівнями влади.

Повноваження й обов'язки урядів у цій сфері можуть бути централізовані або децентралізовані – згідно з конституційним устроєм країни. Наприклад, у Швейцарії (конфедерація) більшість повноважень з управління й фінансування громадського здоров'я належать кантонам, у Німеччині, Бельгії та Австрії (федеральні землі) існує чіткий розподіл функцій між національним урядом та регіонами, які отримали значний обсяг повноважень тощо.

У більшості країн координація та надання послуг з охорони ГЗ є спільною відповідальністю між національним та регіональними рівнями влади. Зокрема, національні інституції виконують функції регулювання, визначення пріоритетів, нагляду, інспектування та міжнародного співробітництва у цій сфері. Вони можуть мати різну організаційну структуру й підпорядкування, відповідно, різні повноваження, ролі та сфери відповідальності.

Наприклад, England Public Health є виконавчим органом Національної служби здоров'я Великої Британії. Він розробляє відповідні рекомендації для уряду, забезпечує надання послуг зі зміцнення здоров'я, проводить дослідження проблем ГЗ, здійснює експертизу та забезпечує необхідною інформацією субнаціональні структури.

У Франції політику в сфері ГЗ на національному рівні забезпечує спеціальне агентство (Agence nationale de sant publique), яке підпорядковується Міністерству охорони здоров'я. Його функції: аналіз знань і даних про детермінанти здоров'я та фактори ризику, надання рекомендацій для прийняття управлінських рішень, розробка заходів для органів влади та науково обґрунтованих рекомендацій з профілактики, сприяння готовності до надзвичайних ситуацій та реагування на них.

У Польщі це урядова структура (Poland National Institute for Public Health – National Institute of Hygiene), яка забезпечує проведення досліджень і тренінгів, моніторинг факторів ризику, контроль за хворобами та інфекціями.

Регіональний рівень, як правило, забезпечує координацію, планування й безпосереднє надання послуг ГЗ. Їх постачальники поєднують різні функції. Зокрема, вони можуть виконувати управлінські ролі (формування політики, регулювання, планування та нагляд за діяльністю суспільного здоров'я), а також відповідати за координацію та надання послуг. Це можуть бути як приватні (прибуткові або неприбуткові), так і державні/комунальні структури.

Зокрема, в Англії на регіональному/муніципальному рівнях послуги системи громадського здоров'я забезпечують відповідні департаменти місцевих органів влади, які мають високий рівень автономії й виконують функції планування та надання послуг.

У Франції послуги ГЗ надаються широкою мережею різних постачальників (неурядові організації, місцеві органи влади, офіси медичного страхування), які мають високий рівень управлінської та фінансової автономії.

І нарешті про місцевий рівень. Він відповідає переважно за надання послуг, в тому числі й залучаючи постачальників первинної медико-санітарної допомоги. Неурядові організації також відіграють значну роль в наданні послуг населенню на індивідуальному і популяційному рівнях.

Механізми фінансування повинні створювати «правильні» стимули

Вони мають бути розроблені як для постачальників, аби ті вчасно надавали послуги і забезпечували доступ до них для населення, так і на індивідуальному рівні. Такі стимули можуть бути закладені в різних моделях фінансування.

- *Державно-інтегрована модель.* Фінансування послуг ГЗ поєднується із залученням державних постачальників, які надають стаціонарну допомогу. Така модель забезпечує загальне охоплення послугами охорони здоров'я, оскільки система контролюється єдиним державним бюджетом. Однак у ній закладено слабкі стимули до підвищення продуктивності роботи, підтримки якості послуг та уваги до потреб пацієнтів, оскільки персонал зазвичай отримує фіксовану заробітну плату.

- *Державно-контрактна модель.* Уповноважені державою органи укладають договори (контракти) на

надання послуг з приватними постачальниками. У багатьох таких системах приватні лікарні й клініки працюють на некомерційній основі. Вважається, що такі системи більш чутливі до потреб пацієнтів, ніж державно-інтегрована модель, однак їм так само не вдається успішно стримувати витрати на медико-санітарну допомогу, що потребує додаткового регламентування та контролю з боку державних органів.

- *Модель приватного страхування / приватного постачальника.* Приватне страхування поєднується із залученням приватних постачальників послуг, переважно на комерційній основі. Страхування може бути обов'язковим або добровільним. Для такої моделі притаманна вища ступінь свободи вибору і чутливості до потреб пацієнтів. Однак можливості обмеження витрат практично відсутні.

Частка витрат на профілактику здебільшого невелика

Співвідношення витрат на профілактику й лікування у структурі сукупних витрат на охорону здоров'я слугує показником пріоритетності системи ГЗ в державі. Частка таких витрат в різних країнах світу значно відрізняється. Наприклад, у Греції, Кіпрі, Італії, Ізраїлі вона становить менше, ніж 1%, тоді як у Румунії та Великій Британії сягає 7%. Однак достеменно оцінити бюджети, які виділяються на громадське здоров'я або профілактичні послуги, досить складно, оскільки кошти на програми, що дотичні до цих напрямків і мають значний вплив на детермінанти здоров'я, можуть виділятися, але не фігурувати у бюджетах ГЗ. У цілому ж уряди більшості країн витрачають на профілактику в середньому лише 3% бюджетів охорони здоров'я. Цікаво, що у країнах ЄС ця частка менша у порівнянні з державами Південно-Східної Європи. Дуже важливо мати довгострокове планування цього напрямку, хоча багато держав розробляють короткострокові або навіть щорічні бюджети, що не зовсім підходить для стратегій профілактики, які часто потребують тривалого планування й чимало років на реалізацію. По-різному формуються й структури таких бюджетів. Наприклад, у Франції витрати на фінансування національних і локальних профілактичних програм становлять 2, 3% загальних витрат на охорону здоров'я. У їх структурі переважають кошти на індивідуальну первинну профілактику (51%), вторинну колективну профілактику (понад 11%), таку, що пов'язана з детермінантами здоров'я – 7%, на охорону навколишнього середовища та заходи зі збереження здоров'я – майже 31%.

Німеччина розподіляє витрати на ГЗ та профілактику інакше: 1,13% загального бюджету охорони здоров'я – на захист здоров'я, 1,26% – на сприяння (промоцію) здоров'ю, 0,53% – раннє виявлення захворювань, 0,36% – на підтримку і координацію діяльності.

У Нідерландах 73% фінансування системи ГЗ спрямовується на профілактику захворювань.

Політика «трьох мільярдів»

Тринадцять загальна програма роботи ВООЗ на період 2019–2023 рр. передбачає три основні напрямки: досягнення універсального доступу до послуг охорони

здоров'я; реагування на надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я; промоція здоров'я серед населення. Також у ній сформульовано так звану мету трьох мільярдів: додатково охопити послугами охорони здоров'я 1 млрд осіб, підвищити рівень захисту від надзвичайних ситуацій в сфері охорони здоров'я ще 1 млрд населення, а також поліпшити здоров'я і благополуччя додатково 1 млрд людей. Це можливо тільки у разі комплексного підходу до профілактики та боротьби із захворюваннями у будь-яких умовах і ситуаціях (в тому числі й надзвичайних), а також за умови зміцнення систем охорони здоров'я.

Метою реформ, які наразі відбуваються в Україні, задекларовано зміцнення потенціалу охорони суспільного здоров'я. Аби її досягнути, потрібно налагодити інформаційно-пропагандистську роботу для забезпечення політичної прихильності до системи та її належного фінансування, при цьому використовуючи аргументи на користь інвестицій. Також необхідна перебудова системи підготовки кадрів для ГЗ. Вкладення коштів в інноваційні послуги з охорони суспільного здоров'я та професійне зростання кадрів, зробить цю сферу більш привабливою для нового покоління працівників і більш авторитетною для суспільства в цілому.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ЯК ВИГЛЯДАТИМУТЬ СУЧАСНІ ВІДДІЛЕННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СТАЦІОНАРАХ І КОЛИ НА НИХ ЧЕКАТИ?

Дискусії навколо питання, хто має виїздити на екстрені виклики — лікарі, фельдшери чи парамедики, не закінчуються, доки не буде вирішено, куди вони довозитимуть пацієнтів. У приймальний покій лікарень, де хаотично збирають спеціалістів різного профілю і годинами вирішують долю пацієнта? Чи у відділення екстреної медичної допомоги, які забезпечують швидку діагностику та лікування?

Поки що українці мають нагоду спостерігати за роботою таких відділень тільки в закордонних фільмах. Чи стануть вони реальністю вітчизняної системи охорони здоров'я? Про це говоримо з Олександром Данилюком, керівником експертної групи МОЗ України з надання екстреної медичної допомоги.

ВЗ В усьому світі відділення екстреної медичної допомоги є компонентом системи ЕМД і структурним підрозділом багатопрофільних лікарень. Чому в Україні не створено такий місток між догоспітальним та госпітальним етапами?

Олександр ДАНИЛЮК, керівник експертної групи МОЗ України з надання екстреної медичної допомоги

— На рівні ідей це питання в Україні розроблялося вже давно. Принаймні у ст. 10 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», який було прийнято у 2012 році, регламентовано роботу відділення екстреної медичної допомоги як структурного підрозділу бага-

топрофільних лікарень, котрі забезпечують надання ЕМД у цілодобовому режимі. На жаль, протягом 8 років ця стаття закону не була реалізована на практиці з різних причин — як фінансових, так і політичних, у переважній більшості закладів охорони здоров'я таких відділень наразі не створено. Втім, є й хороші новини. Нарешті в минулому році було затверджено Концепцію розвитку екстреної медичної допомоги, яка акцентує увагу в тому числі й на ранньому госпітальному етапі ЕМД. У Плані заходів для реалізації Концепції вказано, що створення відділень екстреної медичної допомоги покладається на місцеву владу й має реалізуватися протягом 2020–2023 років.

Створення відділень екстреної медичної допомоги покладається на місцеву владу й має реалізуватися протягом 2020–2023 років.

ВЗ Тобто маємо в запасі ще кілька років, аби на решті втілити ідею в життя?

— Так, але для цього потрібно не просто змінити назву існуючих приймальних відділень на відділення екстреної медичної допомоги, як це часто відбувається в наших реаліях. Має змінитися принцип їх роботи, об'єм наданої допомоги та її якість. Найголовніше для реалізації згаданого проєкту — підібрати та навчити кваліфікований персонал відділень, який вмітиме надавати екстрену медичну допомогу пацієнтам різного профілю на ранньому госпітальному етапі. Це мають бути не вузькі спеціалісти, нехай і найвищої кваліфікації, а саме лікарі медицини невідкладних станів. Поряд з ними працюватимуть молодші медичні спеціалісти, медичні реєстратори, молодший немедичний персонал, у відділення буде свій керівник. Однак кістяк відділення — це лікарі медицини невідкладних станів. Кваліфікаційні вимоги до них наразі розширено. Адже донедавна такі вимоги поширювалися лише на виконання функцій на догоспітальному етапі надання медичної допомоги. Оскільки функціонал змінився, зазнали змін і кваліфікаційні вимоги до персоналу. Відтак і навчання лікарів медицини невідкладних станів відбуватиметься за оновленими програмами — вже з нинішнього року. Це стосується як вже підготовлених, так і нових спеціалістів.

Це мають бути не вузькі спеціалісти, нехай і найвищої кваліфікації, а саме лікарі медицини невідкладних станів.

ВЗ Що має вміти такий лікар — супермен?

— Надати ранню госпітальну екстрену медичну допомогу всім пацієнтам: тим, кого доставили бригади ЕМД, котрі потрапили до закладу через самозвернення або були направлені з первинної ланки. У відділенні здійснюється прийом, медичне сортування, а також стабілізація стану пацієнта. Тобто у разі потреби це й реанімаційні, й хірургічні втручання за життєвими показниками. Частина пацієнтів після цього буде розподілена у профільні відділення лікарні, частина впродовж доби пройде дообстеження та отримає лікування безпосередньо у відділенні ЕМД і буде виписана на подальше амбулаторне лікування до сімейного лікаря чи до вузького спеціаліста, якщо на те є покази. Тож ліжка

інших відділень закладу не завантажуватимуться без потреби. Такий алгоритм роботи прописано у проєкті наказу МОЗ України, яким буде внесено зміни до наказу № 370, датованого 2009 роком. Новим Типовим положенням про відділення ЕМД регламентується його структура, завдання, функції та персонал. Воно має бути готовим у тому числі й до масового надходження пацієнтів при надзвичайних ситуаціях. Працівники відділення зможуть надавати консультації бригадам екстреної медичної допомоги, які транспортують пацієнтів у критичному стані, а також лікарям первинної ланки, аби ті змогли визначитися з доцільністю направлення хворих до відділення ЕМД. Телемедичне консультування пацієнтів також передбачається. У разі потреби команда лікарів медицини невідкладних станів, які готові надавати медичну допомогу в цілодобовому режимі, може залучати відповідних консультантів з інших відділень. Які саме це спеціалісти — залежить від рівня багатопрофільної лікарні, де функціонує відділення ЕМД. Існує окремий наказ МОЗ України, який регламентує спеціальності за напрямками у багатопрофільних лікарнях першого та другого рівнів. Лікарі — консультанти чергують у профільних відділеннях і також зможуть цілодобово надавати допомогу пацієнтам. Однак, наприклад, пацієнт з гострим інсультом не повинен чекати консультації невролога у відділенні, лікар медицини невідкладних станів одразу спрямує його на обстеження, аби встановити вид інсульту і якомога швидше провести відповідні інтервенції для порятунку життя. Це стосується й пацієнтів з інфарктом — їх необхідно негайно обстежити, стабілізувати. Консультанти включатимуться вже в процес діагностики та лікування, а пацієнт, який потребує екстреної медичної допомоги, не буде її очікувати. Реанімаційні пацієнти повинні реанімуватися безпосередньо у відділеннях екстреної допомоги, і лише після стабілізації стану їх можуть спрямувати у профільні відділення чи відділення інтенсивної терапії (якщо є така потреба).

Працівники відділення зможуть надавати консультації бригадам екстреної медичної допомоги, які транспортують пацієнтів у критичному стані, а також лікарям первинної ланки, аби ті змогли визначитися з доцільністю направлення хворих до відділення ЕМД.

ВЗ Під виконання таких завдань має бути структуроване й відділення?

— Так. Воно матиме три окремих входи. Перший — для пацієнтів, доставлених бригадами ЕМД. Це боксоване приміщення зі збереженням температурного режиму, куди надходять ургентні пацієнти (їх привозять автомобілі ЕМД). Другий — для пацієнтів, які звертаються самостійно або за направленням в плановому порядку. Третій — для інфекційних та контамінованих пацієнтів, які одразу потрапляють в окремий боксований сектор, щоб не перетинатися із загальним потоком пацієнтів.

Також у відділенні передбачається кілька зон: приміально-сортувальна, загально медична, а також зона ресусcitaції. Пацієнти потраплятимуть у різні зони, в тому числі й залежно від стану. Зелена зона — для не-

критичних хворих, які можуть чекати на медичну допомогу до кількох годин, жовта — для пацієнтів високого ризику, котрі мають бути оглянуті в проміжку від кількох хвилин до кількох десятків хвилин, залежно від результатів медичного тріажу (сортування), червона — для критичних пацієнтів, які для порятунку життя потребують негайних втручань. Зокрема, у червоній зоні передбачені операційна, протишокова палата — для проведення екстрених хірургічних втручань, апаратної штучної вентиляції легень, дефібриляції та інших реанімаційних заходів. Всі ці приміщення повинні мати функціональні ліжка з моніторами, іншим обладнанням, якого потребують пацієнти в критичному стані. У зеленій та жовтій зонах розміщені консультативно-оглядові кімнати. В цілому ж принципи роботи цього відділення абсолютно відмінні від тих, за якими функціонують нинішні приймальні, де пацієнта обстежують в кількох кабінетах різних спеціалістів. У відділеннях ЕМД пацієнт потрапляє в оглядову кімнату, де йому проводять весь необхідний спектр досліджень (УЗД, лабораторне та фізикальне обстеження). У загально-медичній зоні є мала операційна зала з гіпсувальною кімнатою як складова травматологічного пункту, також тут проводяться хірургічні обробки незначних ран, що не потребують спеціалізованого лікування. Окремо розташовані палати для тимчасового перебування пацієнтів, яким не потрібна госпіталізація у профільні відділення, наприклад, з нападами ниркової кольки чи з метою діагностики (таких ліжок приблизно 5-10% від загального фонду лікарні). Протягом доби має бути прийнято рішення щодо госпіталізації таких пацієнтів у профільне відділення чи направлення на амбулаторне лікування та дообстеження в інших закладах.

ВЗ Таким вимогам напевно не відповідає жодне з існуючих приймальних відділень. Чи розроблено норми для спорудження нових або реконструкції старих приміщень?

— Чинні державно-будівельні норми закладів охорони здоров'я не вписуються в сучасну парадигму системи багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та надання екстреної допомоги пацієнтам у відділеннях ЕМД. Тому проєкт нових норм наразі опрацьовується Міністерством розвитку громад та територій України спільно з МОЗ України. Сподіваємося, що цьогоріч документ буде затверджено, оскільки відкладати вже нікуди. Втім, важливе не лише приміщення, а й його наповнення. Наказом МОЗ України від 19.05.2020 р. № 1167 затверджено Примірний табель матеріально-технічного оснащення відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги. Ним передбачено відповідне обладнання для кожної із зон, його мінімальна кількість, яка б забезпечила повноцінну роботу відділення в цілому та його окремих підрозділів. Відповідно є певні відмінності у оснащенні відділень ЕМД багатопрофільних лікарень першого та другого рівнів. Наприклад, останні повинні мати магнітно-резонансний томограф та ангіограф для проведення інтервенційних кардіологічних чи нейрохірургічних втручань на судинах.

ВЗ Хто фінансуватиме закупівлю обладнання і скільки потрібно коштів для запуску нових відділень?

— Це чи не найскладніше питання. Особливо в період боротьби з пандемією, яка внесла корективи в попередні плани. У Державному бюджеті на 2020 рік було закладено 1 млрд грн на спецфонд, який мав бути спрямований на модернізацію та оновлення матеріально-технічної бази багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування. На жаль, цей фонд поки що не наповнюється, тож реалізація згаданого проєкту на паузі. Але це не означає, що не треба шукати інші джерела фінансування, наприклад, з позики Світового банку, місцевих бюджетів, грантів, інвестиційних проєктів, проєкту Президента України «Велике будівництво», Державного фонду регіонального розвитку тощо. Після того, як буде визначено статті бюджету та їх наповнення, створять порядок використання цих коштів. Принцип, який ми закладали, коли планували згаданий проєкт — розподіл рівних сум на всі заклади охорони здоров'я. Кожен з них може використати ці кошти на придбання обладнання із затвердженого переліку, яке йому необхідне в першу чергу. Але до того на місцеві бюджети або на інші джерела покладається реконструкція чи будівництво самих відділень. У зв'язку з пандемією важко прогнозувати, коли вдасться розпочати реалізацію проєкту в цілому, але вже зараз потрібно слідкувати за цим процесом, щоб не втратити жодної з можливостей. Єдине прохання до керівників закладів — не робити вигляд, що сучасні відділення створюються, не змінюючи при цьому принципів, архітектури та логістики їхньої роботи. Ми втрачаємо багато людських життів на ранньому госпітальному етапі саме через відсутність таких відділень або тому, що вони функціонують неправильно. Тож навіть якщо бригада екстреної медичної допомоги врятувала пацієнта по дорозі в лікарню, його вбивають хвилини і години очікування необхідної допомоги в стаціонарі. Тому всім разом маємо працювати над реалізацією важливого завдання.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ЧИ ШТРАФУВАТИМУТЬ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЗА НЕЯКІСНУ РОБОТУ?

На старті реформ первинної ланки лікарям обіцяли високі зарплати, а пацієнтам — високу якість медичної допомоги. Однак після укладання декларацій дива не сталося — кількість не завжди переростає в якість. Той, хто завжди працював сумлінно й зі знанням справи, не зрадив своїм професійним традиціям. А претендентів на «відсіювання» з боку пацієнтів врятувала відсутність конкурентів (через дефіцит кадрів на первинці чи їх фізичну відсутність в радіусі доступності для надання медичної допомоги). Тож питання якості роботи первинки в розпалі реформ знову актуалізувалося. За якими критеріями її моніторити і якими важелями впливати на лікаря, аби він досяг і тримався найвищої планки?

Експерименти зі стимулювання якості роботи не отримали продовження

Костянтин НАДУТИЙ, Голова Національної Лікарської Ради України

Зміни фінансування первинної ланки через запровадження капітаційного тарифу стимулюють лікаря виключно до охоплення якомога більшої кількості пацієнтів і аж ніяк не до якісної роботи. Тобто пацієнт задекларувався, «привів» за собою гроші, а далі може взагалі не цікавити лікаря.

Звісно, це перебільшення, але незначне. На жаль, реформатори вважали підписання декларацій вершиною успіху і стверджували, що до їх приходу на первинці нічого не робилося. Натомість експерименти щодо економічного стимулювання роботи лікаря ПМД проводилися в Україні ще з 2000 року. Зокрема, у місті Горішні Плавні Полтавської області, де так само застосували подушний принцип фінансування у поєднанні із застосуванням часткового фондотримання. Для кожного лікаря був створений спеціальний фонд, з якого за кожен виклик швидкої і госпіталізацію перераховувалась певна сума відповідно швидкій і лікарні. За підсумками місяця залишки фонду ставали доходом сімейного лікаря. Завдяки цьому нескладному механізму на деяких дільницях виклики швидкої зменшилися вдвічі, а госпіталізація знизилась в середньому майже на 20%. Доходи ж лікарів помітно зросли. На жаль, на державному рівні ідею не вдалося поширити — через відсутність політичної волі. До процесу формування ефективної первинки повернулися лише в 2011-му році. У 4-х пілотних регіонах був застосований механізм фінансування, подібний до капітаційного, й система економічного стимулювання. За дотримання індикаторів якості передбачалася винагорода — надбавка до зарплати, розрахованої за капітаційним принципом. На жаль, за відсутності на той час повної інформатизації галузі важко було налагодити систему обліку. Більшість індикаторів збирались «вручну», тож у процесі підрахунків виникало дуже багато похибок і маніпуляцій даними. Однак лікарі й медсестри отримували доплати, «прив'язані» до індикаторів якості. Це був початок, який варто було розвивати.

Кількість госпіталізацій та викликів швидкої збільшується

Натомість нинішня реформа первинки взагалі не має орієнтирів у вигляді індикаторів, крім згаданої кількості прикріплених пацієнтів, тож три роки її трансформації, на жаль, завершуються негативними результатами. На сьогодні збільшилося навантаження на ЕМД, намітилася чітка тенденція до підвищення кількості госпіталізацій (не через COVID-19, а за підсумками 2019 року в порівнянні з 2017-м). Тоді виникає логічне запитання: що робить первинка, якщо вона не працює на випередження захворювань та профілактику, хоча то є її основним завданням? ВООЗ стверджує — ефективна первинка впливає на потребу в госпіталізації і показники здоров'я, тобто це дві речі, які вона точно має регулювати. За останні роки покращилося її оснащення, медики отримують більші зарплати. Є тисячі

хороших сімейних лікарів й численні добре організовані заклади первинки. Але з огляду на результат — не вся система первинної медичної допомоги. На жаль, сьогодні більша частина первинки працює з від'ємними показниками. Одразу хочу зауважити: це проблема не лікарів чи закладів, а організаторів охорони здоров'я державного рівня, адже належної системи управління якістю первинки досі не створено. Первинка увійшла в реформу, орієнтуючись виключно на оцінку (отже і виплати) НСЗУ, а не на потреби пацієнтів. У результаті напередодні 2021 року необхідна оптимізація потреб в дорогих видах меддопомоги не відбулася. Пацієнти як і раніше часто викликають швидку й шукають необхідної опіки в стаціонарі. А з огляду на деякі специфічні реформаторські новації, зокрема вільне «прикріплення» до сімейного лікаря, активне спонукання до невідвідування пацієнтів вдома, скорочення ФАПів, що проводили визнаний у всьому світі медпатронаж, згадана проблема загострюється.

Негативні стимули не працюють

Дуже добре, що Міністр охорони здоров'я заговорив про якість первинної допомоги та економічні важелі впливу на неї. Однак, теза про застосування штрафних санкцій — це вочевидь порада тих, кому муляють доходи сімейних лікарів чи «зайві кошти» на первинку. Зрештою, таких порадників варто позбутися, бо це спричинить негативні наслідки. Адже згідно з теорією управління якістю, негативні стимули не працюють, ефективними є лише позитивні. Потрібно обговорити це питання в колі професіоналів і напрацювати прийнятну модель для України з урахуванням світового досвіду. В усіх країнах Європи існують індикатори ефективності та якості первинної медичної допомоги. Наприклад, у Великій Британії їх приблизно триста. Лікарі не відстежують їх «в робочому режимі», але коли у них починає зменшуватися зарплата, тоді починають шукати, де трапився «провал». У Бельгії й Данії індикаторів значно менше та є обов'язкові для застосування і такі, з яких можна вибрати більш релевантні з огляду на місцевий контекст захворюваності. Адже населення одного регіону більше хворіє, скажімо, на астму, іншого — на туберкульоз тощо. За дотримання чи покращення індикаторів медикам доплачують. Профілактичні ж заходи, такі як щеплення й скринінги взагалі зазвичай фінансуються за окремими програмами громадського здоров'я.

Чи можна піти іншим шляхом?

Якщо ж таких програм не існує, то й штрафувати нема за що! Наприклад, в Україні кошти на скринінг не закладені в капітаційному тарифі, отже і штрафувати лікаря за те, що він не зробив того, що не оплачено — грабіж. Сьогодні йому платять практично лише за звернення пацієнта. Натомість у Молдові за кожен випадок взяття мазка по *Папаніколау* (один раз на рік) сімейному лікарю доплачували еквівалент 2 доларів США, незалежно від того, де жінка пройшла обстеження. Після цього в державі стрімко знизилась летальність від раку шийки матки і зросла 5-річна виживаність. Отже, застосовувати негативні санкції до лікарів — політично

неправильно й дуже небезпечно. Тим більше сьогодні, коли через негаразди з електронною системою охорони здоров'я (ЕСОЗ) неможливо ефективно відстежити дотримання індикаторів. Тому не потрібно поспішати їх запроваджувати, доки ЕСОЗ не почне виконувати своїх функцій належним чином. Думаю, краще просто нарешті проіндексувати капітаційну ставку (чого, до речі, не робили три роки від початку реформи), але додані у такий спосіб кошти віддати закладам лише за умови застосування внутрішніх систем економічного стимулювання. Це одразу може збільшити доходи сумлінних лікарів щонайменше на третину. До того ж МІСи впровадяться з такими локальними завданнями.

Взагалі найбільш інтегральним показником для первинної допомоги є відсоток пацієнтів, які задовольняють свої потреби у медичному обслуговуванні на цьому рівні. У світі вважається, що цей показник має сягати 80%, але у Великій Британії він вищий, у Голландії — навіть понад 90 %. На жаль, в Україні до реформи він становив приблизно 30% в містах і 50% в сільській місцевості. На разі ситуація ще гірша. На жаль, цей індикатор у нас не враховується.

Де взяти кошти і чи вони вирішать проблему?

Звісно, запровадження будь-яких стимулів потребує додаткових коштів. І це вочевидь головний камінь спотикання у цій справі. Дехто навіть намагається лобювати ідею зменшення фінансування первинки. Хоча у світі вважають, що на неї має витратитися мінімум 25-30% коштів, виділених на систему медичного обслуговування держави, а в ідеалі — навіть до 50% (ВООЗ, 2013р). Тому можна лише вітати вимогу нинішнього Міністра виділити не менше 6% ВВП на потреби охорони здоров'я в бюджеті наступного року. Хоча в умовах епідемії і нинішньої некерованої руїни галузі й цього буде недостатньо. Однак якщо Міністру вдасться відстояти свою позицію, то можна сподіватися на позитивні зміни. Втім, для цього додати коштів — замало, потрібно ще й запровадити сучасні підходи до управління якістю.

Чий досвід взяти за взірєць?

Лілія БАБІНЕЦЬ, завідувачка кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, професор

У процесі формування індикаторів якості первинної допомоги варто зважити практику інших країн. Наприклад, цікавим є досвід Латвії, де розроблено 8 критеріїв. Зокрема, існує така вимога: якщо пацієнт підписує декларацію, він має впродовж трьох місяців зробити візит до лікаря (це реєструє ЕСОЗ). Лише після цього національна служба здоров'я оплачує капітаційну ставку. Наступний параметр — вакцинація, щепленнями має бути охоплено не менше 92% дітей до 2-х років. Якщо це підтверджено в електронній звітності, лікар може отримати бонуси. Ще один критерій — скринінг колоректального раку. Ним має бути охоплено не менше 11% цільової аудиторії, це мінімальний показник для того, аби лікар отримав свою зарплату. Показник у

25% — стимул для отримання максимальної фінансової вигоди (застосовується відповідний коефіцієнт). Так само лікарів заохочують і до контролю цукрового діабету. Принаймні 55% хворих на ЦД, які зареєстровані в амбулаторній практиці, мають перевіряти рівень глікованого гемоглобіну і в 60% випадків він не повинен перевищувати 7,5%. Ще один індикатор — раннє виявлення мікроальбумінурії (щонайменше 50% хворих на ЦД та гіпертонічну хворобу повинні проходити цей тест щорічно). Під контролем і серцево-судинні захворювання — 70% пацієнтів сімейного лікаря зобов'язані постійно перевіряти рівень холестерину та ліпопротеїдів низької щільності. Наступний критерій — 70% хворих на бронхіальну астму щорічно проходять перевірку на пік флоуометрії. Таке обстеження можна зробити в будь-якій амбулаторії чи кабінеті сімейного лікаря. Коли відсоток вищий — лікар знову ж таки отримує бонуси. Існує й такий індикатор, як різноманітність маніпуляцій, що проводяться в амбулаторії — мінімум 25% всіх процедур, оплачуваних державою, в Латвії виконуються саме на рівні первинної ланки. За все, що зроблено «понад план», лікар отримує доплату (і так по всіх критеріях).

Ще кілька цікавих прикладів з досвіду Чехії. Там сімейний лікар має витратити на прийом пацієнтів щонайменше 25 годин на тиждень (це передбачає капітаційний тариф). Понаднормова робота оплачується в розмірі 5 крон за кожного пацієнта. Коли лікар йде на чергування поза межами робочого дня, він також отримує доплату за кожну додаткову годину роботи. Також чеським лікарям оплачується додатково, якщо вони, окрім звичайної поліклініки, приймають пацієнтів за місцем свого проживання (так званий офіс вдома) — це дуже зручно для населення.

Високо цінується допомога лікаря первинної практики в підготовці молодих кадрів. Якщо сімейний лікар з досвідом готовий прийняти «під своє крило» інтерна, він отримує і помічника, і додаткові кошти — по 50 крон на кожного пацієнта. Враховуючи, що їх у нього 1,5 — 2 тисячі, виходить солідна сума, частина з якої піде на зарплату интерна, а решта — на розвиток практики. Щодо стимулів до проведення скринінгів, то за кожного пацієнта лікар отримує додаткові 30% до капітаційної ставки.

Натомість в Ізраїлі застосовують певні штрафні санкції. Наприклад, за те, що було госпіталізовано хворого, якого міг би обстежити й пролікувати сімейний лікар. Останньому знижують виплати, котрі «приходять» за цим пацієнтом (за винятком ургентних хворих, дітей та вагітних жінок). Як бачимо, спектр критеріїв ефективності досить широкий. Деякі з них можна взяти на озброєння в Україні — на додаток до тих, що вже були розроблені (раннє виявлення раку, туберкульозу тощо), але практично не використовуються, або на заміну тих, які є формальними. За виконання критеріїв лікарі могли б отримувати доплати, а пацієнти — своєчасну діагностику й лікування. В Україні відмовилися від диспансеризації, котра в дечому була формальною, але якщо підвести під неї певні критерії, ця система

може стати дієвою. Наприклад, коли лікар жодного разу не оглядав молодого, здорового пацієнта, а лише заробив на ньому капітаційну ставку — це мінус. Якщо пацієнт профілактично звертався до лікаря, але не втрачав жодного дня працездатності впродовж року, лікар має бути в плюсі. Головне, що нам не потрібно винаходити велосипед, та й зарубіжні колеги готові допомогти нам у розробці критеріїв якості.

Внутрішній рейтинг – добре, але його недостатньо

Олександр КВАРТАЛЬНИЙ, директор Центру ПМСД № 2 м. Київ

На початку реформи складно було запровадити моніторинг якості первинної ланки — неможливо охопити все й одразу, система має вдосконалюватися поступово. Спочатку лікарям потрібно було дати можливість набрати пацієнтів, нині настав час запровадити систему контролю, аби оцінювати ефективність їхньої роботи. Поки що невідомо, як саме вона працюватиме на загальнодержавному рівні. Але на сьогодні в деяких закладах вже організовано внутрішню систему такого контролю розроблено й запроваджено рейтингові показники. Зокрема, ми також самостійно визначили критерії якості, на які лікарі повинні звертати особливу увагу. І виплачуємо нехай і невелику частку від зароблених за декларації коштів тим лікарям та медсестрам, які досягають визначених закладом показників якості. Поки що — у вигляді премій. Кожен показник має окремий відсоток доплат. Перелік критеріїв якості неодмінно затверджується на зборах трудового колективу, оскільки в колективному договорі неможливо прописати все до найменших дрібниць, тим більше, коли відбуваються постійні зміни. До того ж ми маємо право загальними зборами трудового колективу встановлювати певні вимоги, які не виходять за рамки колективного договору (в тому числі й щодо особливостей нарахування заробітної плати). Коли вийдемо на оптимальну систему, зафіксуємо її в колективному. На разі індикаторами якості роботи сімейних лікарів визначено виявлення ВІЛ-інфікованих пацієнтів в групах ризику, показник виконання плану щеплень, а для адміністрації закладу — відсутність заборгованості по зарплаті. У кожному закладі міста Києва ці показники варіюють:десь основний акцент зробили на виявленні туберкульозу,десь — на діагностиці раку шийки матки. Зазвичай у центрах ПМСД створюються комісії, які розробляють критерії якості, визначаючи, що найбільше впливає на ефективність роботи закладу й якість надання первинної медико-санітарної допомоги. Наразі ми очікуємо розробки загальнодержавних критеріїв, котрі відображатимуть функції первинної ланки, її завдання й водночас пріоритети політики здоров'я. За бажання кожен заклад може додати до них свої внутрішні індикатори якості. Моніторити їх має передусім сам лікар. Наступний етап — контроль з боку завідувача амбулаторії, на завершальному заступник директора ЦПМСД з медичної частини акумулює всі дані, на підставі яких і приймається рішення щодо

доплат конкретним лікарям. Безумовно, система захоплення кращих працівників є найпривабливішою. Тобто кошти, що вже надійшли від НСЗУ, не варто забирати у закладів, а за виконання показників якості лікарям потрібно доплачувати. З іншого боку, не зовсім правильно платити в повному обсязі лікарю, котрий не впорався зі своїм завданням — не забезпечив своєчасну діагностику, не приділив увагу профілактиці чи не надав якісних медичних послуг або набрав третину нормативу пацієнтів і вважає, що так має тривати й далі. Тому, напевно, доцільно буде знімати частину виплат таким працівникам (згідно із встановленими коефіцієнтами), але вже в рамках розподілу отриманих від НСЗУ коштів всередині колективу. Я вважаю, що НСЗУ при напрацюванні цих механізмів не лише задіє своїх фахівців, які знаються на сучасних підходах до управління якістю, а й узагальнить побажання директорів ЦПМСД, сімейних лікарів. Тоді й вдасться досягнути бажаної мети.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

КЛІНІЧНІ КАФЕДРИ ЗАЛИШАЮТЬСЯ НА «ПТАШИНИХ ПРАВАХ», А ЇХ ПРАЦІВНИКИ – У РОЛІ ЛІКАРІВ-ПІДПІЛЬНИКІВ

Після того як з 1 квітня 2020 року кафедри медичних освітніх закладів опинилися під загрозою виселення з клінічних баз, а їх професори й доценти — «за бортом» лікувального процесу, медична громадськість вдарила на сполох. Начебто її почули — у липні Верховна Рада України ухвалила закон, який дозволив науково-педагогічним працівникам медичних вишів надавати медичну допомогу в закладах охорони здоров'я. Однак механізм реалізації такого права досі не розроблений. Що ж маємо на сьогодні?

Все віддано на відкуп головних лікарів

Раїса МОІСЄЄНКО, проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, професор

Будь-який закон передбачає розробку підзаконних актів, котрі врегульовують усі аспекти його реалізації. Зокрема, для того аби науково-педагогічні працівники стали повноцінними учасниками лікувального процесу потрібно напрацювати положення про клінічний заклад охорони здоров'я, зрозумілі правила його взаємодії з клінічною кафедрою, чітко прописати, на яких засадах відбуватиметься їх співпраця у сфері експлуатації майна, яке спільно використовується на досягнення єдиних завдань у організації якісної допомоги пацієнтам. На разі всі ці питання віддано на відкуп головним лікарям. У проєкті відповідного положення вказано, що викладачі можуть здійснювати лікувальну діяльність виключно в рамках контракту із закладом охорони здоров'я, тобто уклавши з ним трудову угоду. Навіть якщо головний лікар буде зацікавлений взяти

кафедрального співробітника до себе на роботу, той повинен буде «відпрацьовувати зарплату» в ролі звичайного лікаря, який зобов'язаний вести пацієнта від моменту госпіталізації до виписки і приділяти цьому весь робочий час. Згідно з трудовою угодою професора чи доцента можуть взяти на посаду лікаря-ординатора чи лікаря консультанта, вузького спеціаліста. Тобто фактично в такий спосіб він влаштовується на ще одну роботу, і не зможе виконувати своїх клінічних функцій в рамках науково-педагогічної діяльності на цій посаді, як це передбачалося й здійснювалося до прийняття низки взаємно не узгоджених законодавчих актів. Адже у кафедрального співробітника зовсім інші посадові обов'язки і завдання, зокрема, навчання студентів, слухачів, інтернів, аспірантів, наукова робота тощо. Та й де гарантія того, що у лікарні, на базі якої розміщена кафедра, є вакантні посади за її профілем? Навіть якщо така й з'явиться, зрозуміло, що, у кращому випадку бажаним претендентом на неї буде викладач із багатим практичним досвідом, науковим ступенем тощо. А в нас багато молодих науковців, які також повинні працювати з пацієнтами й здійснювати освітній процес не теоретично, а на клінічній практиці, чого і вимагає медична освіта.

Прохачі чи партнери?

Ми наполягаємо на цивілізованому підході до вирішення цього питання: лікувальна робота кафедрально-го працівника здійснюється в рамках навчально-педагогічного процесу. Реєстрація викладачів у лікарському реєстрі НСЗУ має відбуватися за поданням ректора через МОЗ. Це надаватиме їм право доступу до пацієнтів, консультування, проведення оперативних втручань тощо. На жаль, у проєкті згаданої постанови цього не передбачено і співробітники кафедри залишаються безправними в лікарні. Нині головний лікар вносить у реєстр тих науково-педагогічних працівників, які уклали трудові угоди із закладом. На разі приблизно 100 наших співробітників уклали такі угоди із закладами різної форми власності. Але ж це не означає, що вони мають ще й водити за собою студентів, інтернів під час чергувань у державній, приватній чи комунальній клініці — такого посада лікаря-ординатора взагалі не передбачає. Тобто заробити собі на «на хліб» викладачі зможуть. А хто і де навчатиме практичним навичкам студентів, інтернів, лікарів-слухачів циклів тематичного удосконалення, спеціалізації і так далі? До «реформи» медичної освіти та сфери охорони здоров'я завідувач кафедри фактично був керівником клініки, яка створювалась у відповідному відділенні лікарні, тобто він власне керував потужним науково-лікувально-навчальним підрозділом. Сьогодні ж його роль в цьому плані повністю нівелюється. Хіба що йому вдасться якось домовитися з головним лікарем про те, що паралельно займатиметься ще й науково-педагогічною діяльністю. Але ж такі питання мають бути офіційно врегульованими, а не вирішуватися методом «достукатися до розуму й совісті» керівника клініки.

Орендні стосунки — в силі

З 1 квітня 2020 року заклади охорони здоров'я почали працювати за Законом України «Про оренду дер-

жавного та комунального майна», де «дружні стосунки» з кафедрами витіснено жорсткими орендними відносинами. Ми не проти працювати на договірних умовах. Однак тоді держава має закладати витрати на оренду в проект бюджету закладів медичної освіти, які готують для неї кадри згідно з держзамовленням. На наступний рік цього вже не зроблено! Взагалі в нинішніх умовах МОЗ України не може безпосередньо впливати на багато речей. Та й органи управління охорони здоров'я областей і міст вже мають зовсім інші стосунки із закладами охорони здоров'я, що стали комунальними підприємствами, а отже, переслідують дещо інші цілі, мають інші плани й зовсім не вважають своїм завданням підготовку кадрів для галузі, якщо це їм не вигідно. Тому скасувати оренду без внесення змін у законодавство не вдасться.

В якому режимі працюють кафедри?

Декого вже просять на вихід, з кимось переукладають угоди про те, що працівники кафедри не проводитимуть лікувальну роботу — лише консультативну. Кому пощастило — працюють по інерції. Деякі керівники лікарень заплющують очі на «витівки» реформи й дозволяють нашим викладачам працювати з хворими, оперувати, хоча це виглядає як «підпільна діяльність». Працівники кафедр отримують мізерну плату за свою роботу (так звані клінічні надбавки) через урізання бюджетного фінансування до 0,5 або і 0,25 посади. Ці кошти виділяються із загального зарплатного фонду академії. Здебільшого «проїдаємо» спецрахунки, тобто те, що самі заробили. Замість того, аби витратити ці кошти на розвиток закладу, ми фінансуємо утримання того, що раніше оплачувалося за рахунок бюджету. Тож коли хтось говорить про те, що прийнятий закон розв'язав руки науково-педагогічним працівникам, то це перебільшення. Хіба до того професор не міг десь працевлаштуватися за трудовою угодою? Питання ж в іншому — як забезпечити науково-педагогічний процес на клінічних базах з метою підготовки кадрів? На разі проект постанови жодної проблеми в цьому плані не вирішує.

Лікарі обирають практику!

Здавалося б, в умовах пандемії, коли надано можливість виключно дистанційного проходження БПР, можна скористатися послугами численних фірм (або й фірмочок, коли один приватний підприємець може організувати якісь цикли, аби лише надати лікарям бали БПР). Лікарю легко «купити» купу таких циклів і за кілька днів отримати сертифікати на обов'язкові 50 балів у рік. При цьому він нічому може й не навчитися, але бали «в кишені» — пандемія все «спише». На сьогодні ця вакханалія можлива через відсутність врегулювання питання про те, хто взагалі має право навчати лікаря у системі БПР. Однак це влаштовує лише не бажаючих професійно вдосконалюватися. Такі люди були завжди, вони «страждали» від того, що треба проходити ТУ, ПАЦ через обмеження щодо кількості балів, які можна заробити дистанційно. А тут з'явилися така нагода! Однак цьому раді далеко не всі. Я була приємно здивована тим, що наразі до нас звертається дуже

багато лікарів з проханням навчатися не в режимі онлайн, а у відділеннях, де вони змогли б опанувати нові практичні навички. І кількість тих, хто хоче навчатися не «для галочки», а заради отримання нових сучасних знань, збільшується! Наведу лише один приклад. На кафедрі дитячої неврології завжди була обмежена кількість слухачів, адже це дуже вузька й специфічна спеціальність. Зазвичай ми набирали на 5-місячний цикл навчання 6-10 осіб. Нині прийшло 24 фахівці! Багато слухачів сьогодні прийшло й на інші кафедри. Тобто лікарі розуміють, що «набрати бали» деінде зовсім не означає вирости професійно, а навчання у високопрофесійного викладача-практика є найкращим методом освіти. Молоді лікарі також «рвуться» у практику, вони розуміють: краще один раз побачити, аніж сім разів почути. Тому питання «узаконення» діяльності кафедр на клінічних базах та їх взаємостосунків із закладами охорони здоров'я залишається першочерговим. Інакше всі обіцянки про підвищення кваліфікації медичних кадрів та якість надання медичної допомоги залишаться декларативними і популістичними.

Чи врятують університетські клініки?

Костянтин ТАЛАЛАСЬВ, проректор з науково-педагогічної роботи Одеського національного медичного університету, кандидат медичних наук

Наш університет має власні заклади охорони здоров'я — університетські клініки, на яких базується частина кафедр, і це значно полегшує їх участь у нинішніх умовах. Студенти можуть там навчатися безперешкодно. Однак у нас понад 60 кафедр, приблизно 40 з них — клінічні, тому всі вони не можуть розміститися на базах університетських клінік, тож ми також іноді стикаємося з проблемами, які сьогодні виникають і з можливостями лікарень міського та обласного підпорядкування розмішувати деякі кафедри, і з необхідністю сплачувати орендну плату. Існує певна колізія правових норм. З одного боку згадані лікарні не можуть надавати майно в безоплатне користування, з іншої — не мають права вимагати орендної плати, оскільки донині залишається чинним наказ МОЗ № 174 від 05.06.1997 року, де чітко вказано: комунальні платежі покладаються на місцеві бюджети.

Також КНП хочуть заробляти кошти, в тому числі й шляхом передачі в оренду своїх приміщень. Ніхто не зважає на вклад працівників клінічних кафедр у лікування пацієнтів, імідж лікувального закладу, зрештою, у збереження здоров'я місцевого населення — всі хочуть «живих грошей». Тому там, де клінічні кафедри ще працюють за угодами про співробітництво з лікувальними закладами, ситуація більш-менш стабільна, хоча всі розуміють, що це ненадовго. Там, де угоди втратили чинність, керівники закладів охорони здоров'я не поспішають укладати нові, наполягають на тому, аби передбачити в умовах договору орендну плату. А оскільки кошторис університетів не передбачає таких витрат, головні лікарі шукають іншого платоспроможного орендатора. Зрозуміло, що заклад вищої освіти за своїми фінансовими можливостями не може конкуру-

вати із приватними медичними центрами чи аптеками, тому керівник закладу охорони здоров'я саме їх розглядає як потенційних орендарів першої черги. Тож коли кафедрам відмовлятимуть в укладанні нових договорів, формально закон не порушується, фактично ж кафедра втратить клінічну базу. А якщо згаданий наказ № 174 буде скасовано, кафедри повинні будуть залишити займані приміщення у зв'язку з відсутністю коштів на оренду.

Університетські клініки — це певна свобода і вирішення питання розташування клінічних баз, однак на їх утримання також потрібні кошти, в тому числі й на оснащення, яке має відповідати сучасним стандартам надання медичної допомоги. Наша ситуація ускладнюється ще й тим, що Одеський національний медичний університет потрапив в «опалу» екс-очільниці МОЗ Уляни Супрун і в минулому році не отримував ані підписаного кошторису (до грудня), ані держзамовлення на підготовку студентів за рахунок бюджету. Тож майже впродовж року фактично «виживав», використовуючи грошові надходження від студентів-контрактників, здебільшого іноземних громадян. Відповідно їм потрібно забезпечувати підготовку на високому рівні, що неможливо без використання клінічних баз. Студенти не повинні відчувати на собі, які саме непорозуміння виникають між кафедрами та лікарнями, їм потрібен результат — хороші знання й набуті практичні навички. Щодо інших джерел забезпечення повноцінного функціонування університетських клінік, то розраховуємо в тому числі й на підписання договорів з НСЗУ. Але поки що високоспеціалізована ланка (а наші клініки надають саме такий рівень медичної допомоги) не наблизилася до відповідного етапу реформи. Університетські клініки не змінили свій статус і залишаються на балансі бюджету закладу вищої освіти. Досвід реалізації реформ впродовж останніх років викликає настороженість і не дає впевненості в тому, що завтра в галузі настане стабільність.

Викладач має бути хорошим клініцистом

Лілія БАБІНЕЦЬ, завідувачка кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, професор

Забезпечення повноцінної діяльності клінічних кафедр на базі клінік має декілька важливих аспектів.

По-перше, навчання студентів в аудиторіях і навіть в симуляційних класах ніколи не буде повноцінним без споглядання лікувального процесу, роботи клініки, алгоритму роботи з пацієнтами і безпосереднього спілкування з ними. Навіть майбутнього сімейного лікаря потрібно навчати в кабінеті амбулаторії, поліклініки, працювати з ним у вогнищах захворювань, знайомити з алгоритмом роботи в ЕСОЗ. Що вже говорити про підготовку спеціалістів хірургічного профілю! Особливо важливо набути практичні навички на етапі субординатури.

Тобто підготовка студентів має бути клінічно орієнтована. І забезпечити її може не лектор-теоретик, на-

віть дуже обізнаний, а викладач-клініцист. Це другий постулат. Коли ж викладач медичного вишу не працює як лікар, то який рівень підготовки студентів він може забезпечити? Думаю, що відповідь всім зрозуміла? Та якщо викладачі з досвідом ще можуть поділитися багажем знань, то молоді викладачі ніколи не стануть хорошими клініцистами, якщо їм не забезпечать доступу до лікувального процесу.

Заклад охорони здоров'я і клінічна кафедра мають бути зацікавлені у спільній роботі, й ця зацікавленість повинна закріплюватися юридично.

Раніше медичні університети укладали з клінічними базами угоду про співпрацю, в рамках якої викладачі не лише навчали студентів, а й консультували пацієнтів. Формувалася певна команда: практикуючий лікар, завідувач відділення, кафедральні працівники, які мали безпосередній доступ до лікування пацієнтів.

Нині ж доходить до абсурду, особливо на тих напрямках, що потребують не лише консультацій висококваліфікованих фахівців, а й їхнього безпосереднього втручання в лікувальний процес. Коли, наприклад, професору чи доценту доводиться оперувати пацієнтів, але оскільки він не працює в штаті лікарні, то й не отримує за це заробітної плати. Але головне, що така робота виглядає як нелегальна. Це принизливо для фахівця й небезпечно з точки зору відповідальності за хворого, який залишається під опікою іншого лікаря, котрий навіть не зобов'язаний виконувати приписи професора-консультанта. Хто ж відповідатиме за результат лікування? Щодо працевлаштування кафедральних працівників, їх сприймають як таких, що відбирають хліб у штатних працівників закладу. Виникає певний конфлікт інтересів. З точки зору пацієнта ми потрібні, а от при розподілі коштів НСЗУ — зайві. Принаймні, так виглядає ситуація в дійсності.

Так, я й багато моїх колег можуть піти працювати за трудовою угодою в комунальну чи приватну клініку чи організувати власну медичну практику. Але тоді у нас не буде часу на студентів, заняття наукою, написання підручників, підготовку аспірантів.

Тож ректори медичних вишів чекають від МОЗ конкретних рішень, які б допомогли усунути згадані проблеми. Інакше ми втратимо клінічно орієнтовану медичну освіту.

Ще один важливий аспект — клінічна наука. В рамках діяльності кафедри на клінічній базі ми набираємо хворих для проведення наукових досліджень. Нині ми позбавлені такої можливості, тому доведеться випрошувати «милостиню для науки» у керівників закладів чи завідувачів відділень. Це принизливе становище, так не має бути. Долю науки за такого ставлення, на жаль, також легко спрогнозувати.

І звичайно дуже важливим є фінансовий аспект проблеми. Колеги з інших регіонів України скаржаться на те, що лікарні вимагають орендну оплату за розміщення кафедр на клінічних базах. У вишів на це коштів немає, тож ректори звертаються до мерів міст з про-

ханням якось стримати «апетити» керівників лікарень, дозволити працювати на колишніх умовах. Та це — не вихід із ситуації, у кращому разі він тимчасовий і тримається на чесному слові. Необхідне патерналістське вирішення цієї проблеми вищої медичної освіти на державному рівні.

ЯК ОРГАНІЗУВАТИ ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ОГЛЯД ДИТИНИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19?

У педіатрів наразі непроста проблема: з одного боку, через пандемію потрібно обмежити відвідування лікувального закладу діток з батьками, з іншого — не можна залишити без контролю здоров'я і розвиток маленьких пацієнтів.

Про можливі моделі організації медичного контролю здоров'я та вчасної вакцинації дітей розповіла доктор медичних наук, професор, декан педіатричного факультету Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, голова правління Української Академії Педіатричних Спеціальностей Марина Маменко.

Шкільна азбука протиепідемічної безпеки: чи все так однозначно?

Марина МАМЕНКО, доктор медичних наук, професор, декан педіатричного факультету Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, голова правління Української Академії Педіатричних Спеціальностей

Попри непросту ситуацію, в Україні стартував навчальний рік — школи відкрито всюди, за виключенням тих населених пунктів, що потрапили до «червоної зони». Що реально допоможе зменшити загрозу інфікування в навчальних закладах?

Нещодавно Європейська Академія Педіатрії (ЕАР) звернулася до лідерів країн Європи із закликом негайно перейти до дій задля подолання наслідків впливу COVID-19 на дітей в Європі та ставити їхні потреби на перше місце. Адже ця пандемія створює не тільки інфекційну, але й численні неінфекційні загрози для дітей.

Європейські рекомендації базуються на **збільшенні соціальної дистанції** — пропонується зменшити кількість учнів в класах, аби діти знаходилися на відстані не менше півтора метра один від одного, і забезпечити ретельне провітрювання (у більшості європейських шкіл є витяжна система вентиляції). Але, на жаль, українські шкільні установи майже не облаштовані системами примусової вентиляції, тож дистанціювання не матиме такого профілактичного значення.

Та й не всі навчальні заклади можуть забезпечити необхідні півтора метри між учнями. На думку педіатрів, якщо такої можливості немає, варто зосередитися на вирішенні цієї проблеми для учнів молодших класів, адже навчати дистанційно маленьких діток, на відмі-

ну від старших школярів, майже неможливо. В нагоді може стати досвід Бельгії, Нідерландів й інших країн, де учнів в класі розділили на маленькі групи і проводять через день навчання офлайн і онлайн. Адже не можна покладатися на маски, які часто невідомої якості й до того ж не правильно використовуються.

Щодо **обробки поверхонь дезінфектантами**, то тут теж не все однозначно, адже поки немає доказової бази щодо переваг користі над ризиками, а відтак, варто пам'ятати про можливі алергічні реакції, інтоксикацію через неякісні препарати тощо.

«Правила яскравого майбутнього» замість стра-тегії відчаю

Українська система охорони здоров'я звикла жити за алгоритмом, коли МОЗ розробляє і видає певні накази, а медзаклади їх виконують. Але нині ситуація змінюється з такою швидкістю, що міністерство просто не встигає, тож необхідно брати відповідальність на себе і у кожному конкретному випадку приймати рішення і діяти, зваживши всі ризики. Не варто вдаватися до крайнощів, як, приміром, у березні, коли всім лікарям радили переходити на дистанційне консультування (відеочати, соцмережі, будь-які інші засоби комунікації), а батькам — не приводити хворих дітей до закладів охорони здоров'я. Цю рекомендацію було сприйнято надто буквально: навіть при гострому животі (різких болях) у дитини батьки не зверталися до лікарні. Звичайно ж, це призводило до ускладнень і навіть летальних випадків (при апендициті, приміром).

Експертами Американської Академії Педіатрії розроблено нормативні документи на кшталт нашого наказу №149 «Медичний догляд за здоровою дитиною до 3-х років», але до підліткового віку. Називається цей документ промовисто — «Правила яскравого майбутнього». Така назва є нагадуванням про те, що потенціал дитини дуже залежить від того, наскільки ретельно здійснюється медичний контроль за її здоров'ям. Адже його відсутність підвищує ризики пропустити відставання дитини у розвитку, або маніфестацію якоїсь серйозної хвороби. Тож, навіть в умовах пандемії необхідно знаходити компромісні варіанти і, якщо дитина має бути оглянутою в умовах амбулаторії або поліклініки, слід так і робити.

Наприкінці квітня цього року Американська Академія Педіатрії (AAP) опублікувала гайдлайни з амбулаторного спостереження в умовах пандемії. Вони базуються на основному принципі, який, на мій погляд, має бути застосований і у нашій країні. Зокрема, йдеться про те, що, оскільки коронавірусна інфекція розповсюджується нерівномірно (в Україні, як правило, епідемічна хвиля рухається із Заходу на Схід країни), то у кожному регіоні має проводитись локальна оцінка ситуації для прийняття оперативних управлінських рішень на рівні місцевих громад.

В цих умовах роль організаторів охорони здоров'я, педіатрів і сімейних лікарів суттєво зростає. По-перше, необхідно залишатися у постійному контакті зі шкільними і дошкільними закладами і для того, щоб вести

просвітню роботу, і для того, щоб відпрацьовувати ефективні стратегії реагування на спалахи, виявляти контакти, вчасно запобігати подальшому розповсюдженню інфекції. Крім цього, критично важливо працювати з людьми, які знаходяться в тісному контакті з дітьми. Наприклад, з досвіду Великобританії, яка відкривала школи на додатковий семестр у червні-липні після карантину, стало відомо, що у більшості випадків спалахів коронавірусної інфекції в школах саме шкільний персонал заражав дітей. Відтак, вчителів та інших працівників вкрай потрібно навчати методам інфекційного контролю. По-друге, оскільки базовими принципами боротьби з пандемією сьогодні вважаються тестування і виявлення ланцюжків передачі інфекції, то хочеться сподіватися на вплив місцевих громад на розподіл тестів та на вчасне тестування саме дорослих, які працюють із дітьми. Наразі вже не потрібно очікувати готових рішень із міністерства — потрібно бути готовими до того, що доведеться створювати локальні стандарти і оновлювати ті, що є. Міжнародні протоколи ніколи раніше так часто не поновлювались, як по COVID-19 — кожні 10-14 днів. Те саме має відбуватися і на місцях.

Різнокольорові зони та окремі входи

Дистанційний огляд не є повноцінним і проводиться з метою зниження інфекційних ризиків для дитини, отже в пріоритеті все одно залишається організація безпечного візиту до лікаря. Американська Академія Педіатрії в своїх рекомендаціях зазначає: якщо умови лікувальної установи (поліклініки, амбулаторії тощо) дозволяють, то потрібно виділити і розмежувати чисту зону і зону для прийому потенційно хворих пацієнтів. «Червоні», «зелені» і «жовті» зони, що виділяються в ковідних відділеннях, можуть бути організовані і в місцях амбулаторного прийому. До слова, в наших поліклініках і раніше були передбачені два входи — для здорової дитини і для дитини зі скаргами (інша справа, що одні двері, як правило, завжди були зачинені). Отже, там де є така можливість, варто ці входи застосовувати за призначенням.

Візити пацієнтів можна **розмежувати і в часі**: для профілактичних оглядів виділити певний день тижня або якісь години (краще зранку, поки все чисто, у тому числі повітря в приміщеннях).

Але, приміром, лікарі первинної ланки з Краматорська з огляду на власний досвід вважають, що **фізичне розмежування на вході/виході** є більш дієвим, ніж виділення певного часу для прийому здорових дітей (на щеплення або профогляди, наприклад). Батьки не дотримуються такого розмежування у часі та все одно приходять на прийом, якщо дитина захворіла.

Якщо розмежувати потоки здорових і хворих дітей неможливо через брак площі лікувального закладу, потрібно звертатися до місцевої влади з проханням виділити приміщення для профілактичних оглядів, або для організації тимчасового кабінету щеплень. До слова, візит для **вакцинації потрібно використати й для планового огляду, обстеження, антропометрії** дитини.

Проте, про безпеку все ж варто пам'ятати, отже певні речі дійсно доречно здійснювати **дистанційно, якщо в регіоні інтенсивний спалах COVID**. Для цього варто використовувати не тільки телефон, але й різноманітні чати, месенджери, соціальні мережі. Вони дають можливість надавати стереотипну інформацію стосовно правил звернень до лікаря в складних умовах пандемії, годин прийому лікаря, профілактичних заходів тощо. Важливо встановити, чи є дійсно пацієнт серйозно хворим та чи потребує він безпосереднього огляду, або навіть госпіталізації. Також є актуальним виявлення порушень розвитку та початку розвитку певних патологічних станів. Для цього можна використати готові, або створити власні анкети/опитувальні листи для батьків і попросити відповісти онлайн. Такі опитування нині дуже популярні.

Універсального рецепта щодо опитування або організації дистанційного огляду пацієнтів не існує. Цей досвід ми ще маємо напрацювати. Зрозуміло, що **немовлята, дітки до року**, мають бути оглянуті лікарем відповідно до протоколу особисто, якщо тільки є така можливість. Адже для них втрати від неадекватного спостереження є найбільш критичними. Медичний огляд дітей **старшого віку** проводить сімейний лікар впродовж року один раз на рік, ближче до дати народження дитини. Але, якщо в регіоні складна ситуація, «червоний» рівень небезпеки, та у батьків немає суттєвих скарг, огляд може бути відтермінований до тих пір, поки інтенсивність спалаху зменшиться.

Всі щеплення для дитини сьогодні важливі як ніколи

Зараз необхідно використовувати будь-яку можливість, аби нагадати батьками про важливість вакцинації відповідно до Національного календаря щеплень і тих двох позицій, що перетинаються з COVID-19 — від грипу (оптимальний час - жовтень, коли вакцина від сезонного грипу з'явиться на ринку) та пневмококової інфекції (її можна вводити вже зараз). Так ми зменшуємо ризики захворіти, приміром, на пневмонію та потрапити до стаціонару, де не виключена зустріч з COVID-19. Хоча добре відомо, що вірус SARS-Cov-2 відносно не часто та не тяжко вражає дітей, остаточно не відома роль останніх у розповсюдженні інфекції. Крім того, наразі відомо про існування постінфекційного наслідку COVID-19, так званого Кавасакі-подібного синдрому, якому притаманні мультиорганні ураження. Відтак, попередження інфікування дітей залишається важливим завданням.

Хоча створити абсолютно безпечний простір для дітей, ми, на жаль, не можемо, але маємо цього прагнути. Наприклад, ми не можемо впливати на закупівлі засобів захисту, натомість можемо удосконалити відстеження ланцюгів зараження, вчасно реагувати на спалахи, максимально безпечно організувати роботу дитячих садочків, шкіл та лікувальних закладів. Чим краще ми це робитимемо, тим легше нам буде контролювати ситуацію в складних умовах пандемії COVID-19.

Тетяна СТАСЕНКО, «ВЗ» ■