

# За надання допомоги пацієнтам із COVID-19:

➤ 1 164 медзаклади подали 1 365 пропозиції на підписання договорів за відповідними пакетами послуг.

➤ 1 233 договори підписано за відповідними пакетами послуг.

➤ 162,94 млн грн виплачено надавачам медичної допомоги.

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА СТИННІВКА



# ДАЙДЖЕСТ ЗМІН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

ЩОМІСЯЦЯ У КОЖНІЙ ОРДИНАТОРСЬКІЙ

NSZU.GOV.UA

№ 23, ЧЕРВЕНЬ 2020

## Як боротися з COVID-19 в умовах дії нової моделі фінансування

Ситуація з епідемією і те, наскільки швидко НСЗУ відреагувала на необхідність підвищити захист пацієнтів та медиків у цих екстремальних умовах, найкраще демонструють переваги нової системи фінансування охорони здоров'я.

До програми медичних гарантій оперативно додали чотири пакети послуг з надання допомоги пацієнтам із коронавірусом або підозрою на нього. На виплати за цими договорами з держбюджету виділено понад 15 млрд грн.

НСЗУ як єдиний закупівельник здатна в критичних ситуаціях реагувати миттєво і в максимально короткі строки спрямовувати кошти саме туди, де вони потрібні. Зауважте: фінансування за лікування пацієнтів з COVID-19 за березень, яке йшло через бюджетну субвенцію, багато

лікарень не отримало й досі. Натомість НСЗУ знадобилось лише чотири робочі дні, щоб перші виплати пішли в лікарні і медики змогли отримати доплати за роботу в умовах підвищеного ризику.

В усіх чотирьох пакетах специфікаціями передбачено до 300% доплати медичному персоналу, який працює з пацієнтами з діагностованим або підозрюваним коронавірусом. Головний лікар, який підписує договір з НСЗУ, бере на себе зобов'язання виплатити ці кошти.

Вимоги для підписання договору максимально враховують те, що потрібно для лікування пацієнтів із коронавірусною хворобою. Але водночас вони не є неможливими для виконання.

Іще в березні було сформовано перелік лікарень, у яких мали



Оксана Мовчан, в. о. Голови  
Національної служби охорони  
здоров'я України

лікувати пацієнтів із COVID-19. Це заклади, які найкраще оснащені, їхнє розташування дозволяє раціонально довозити пацієнтів з усіх населених пунктів. Але цих рекомендацій дотримувались не в усіх регіонах. НСЗУ укладе договори за квітень і виплатить усім медичним закладам, де були пацієнти із коронавірусом. Але надалі ми будемо контракувати тільки ті лікарні, які мають достатню кількість лікарів та відповідне обладнання, щоб потрапляння до них пацієнта було безпечним.

Водночас, оголошення про підписання договорів за пакетами послуг з надання допомоги пацієнтам із коронавірусом або підозрою на COVID-19 лишається відкритим. Якщо лікарня докупить необхідне обладнання або, за потреби, залучить додатковий медичний персонал, щоб відповідати умовам надання медичних послуг, то вона зможе підписати договір з НСЗУ

за одним із цих пакетів і отримувати за ним кошти.

Модель фінансування через НСЗУ вигідна медичним закладам, які готові працювати на високому сучасному рівні. Саме вони отримали при переході на цю модель більше грошей, ніж мали за субвенцією. В умовах пандемії численні медичні заклади первинної та спеціалізованої

допомоги включились у боротьбу з коронавірусом. І так само оперативні ми змогли підлаштуватися для фінансування цих послуг.

Тож працюємо разом у напрямі покращення якості медичних послуг, реагування на виклики поточної ситуації та підвищення рівня фінансування медичних закладів.

## Як оплачується медична допомога при COVID-19

Тариф на оплату послуг за всіма чотирма пакетами, які передбачають надання послуг тестування, екстреної та стаціонарної медичної допомоги пацієнтам з COVID-19, включає доплати медикам у розмірі до **300%** до заробітної плати, а також необхідні лікарські засоби та медичні вироби. Головний лікар, який підписує договір з НСЗУ, бере на себе зобов'язання здійснювати додаткові доплати медичним та іншим працівникам, які працюють безпосередньо з COVID-19, а також закуповувати, використовувати і зберігати для можливих спалахів лікарські засоби та медичні вироби.

### **СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ГОСТРОЮ РЕСПІРАТОРНОЮ ХВОРОБОЮ COVID-19, СПРИЧИНЕНОЮ КОРОНАВІРУСОМ SARS-COV-2**

Укласти договір на медичне обслуговування за цим пакетом можуть лише опорні лікарні, які ще в березні визначено головним державним санітарним лікарем України, керівником робіт з ліквідації наслідків медико-біологічної надзвичайної ситуації державного рівня через поширення COVID-19

(список дивіться за посиланням: <https://bit.ly/3d5L6m3>), адже пацієнтів з підозрою або підтвердженим захворюванням на коронавірусну хворобу можуть госпіталізувати тільки в ці визначені заклади.

До команди медпрацівників опорних лікарень входять лікар-анестезіолог, лікар-терапевт або інфекціоніст і ще один фахівець (або лікар-терапевт чи інфекціоніст, або лікар іншої спеціальності, наприклад, акушер-гінеколог у пологовому будинку) плюс три особи середнього або молодшого персоналу в розрахунок на одного лікаря, оскільки лівова частка надання допомоги таким хворим — сестринська, а також догляд за ними.

Під час заповнення пропозиції про надання допомоги пацієнтам з COVID-19 заклад зазначає інформацію щодо кількості команд, залучених до лікування пацієнтів з коронавірусною хворобою.

Оплата від НСЗУ йтиме на кожен команду, задіяну в лікуванні пацієнтів. Оскільки в таких стаціонарах має обов'язково забезпечуватися цілодобове

чергування лікарів, тобто щонайменше чотири команди, якщо там є хоча б один пацієнт, усі члени команди мають право на передбачені законодавством доплати.

Перший місяць дії договору НСЗУ виплатить кошти згідно з договором, орієнтуючись на кількість апаратів ШВЛ, тобто потужність закладу для надання допомоги пацієнтам у важкому стані в умовах інтенсивної терапії. Заклади отримують кошти на те, щоб закупити лікарські засоби та медичні вироби, необхідні для реалізації протоколу, навіть якщо у них немає пацієнтів з коронавірусною хворобою. Але додаткову доплату за роботу команди лікарів, які безпосередньо задіяні в лікуванні пацієнтів з COVID-19, такий заклад не отримує. Постановою Уряду передбачено доплату медичним працівникам, безпосередньо залученим до лікування пацієнтів з коронавірусною хворобою. Щойно такі хворі з'являтимуться, НСЗУ здійснюватиме виплати «на команду».

Щоб лікарня могла підписати договір із НСЗУ за цим пакетом,

вона повинна мати також визначене обладнання. Наприклад, кількість моніторів та дозаторів має бути не меншою, ніж кількість ліжок для інтенсивної терапії для пацієнтів з COVID-19. Кількість аспіраторів має бути не меншою, ніж кількість апаратів ШВЛ. Дані про обладнання також вносяться вручну.

Якщо лікарня входить до списку опорних за COVID-19, але не задовольняє якихось вимог договору, вона зможе законтрактуватися на основний стаціонарний пакет пізніше. Для цього заклад має забезпечити відповідність озвученим вимогам: докупити обладнання чи залучити необхідні кадри. НСЗУ залишає оголошення відкритим.

**СТАЦІОНАРНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ГОСТРОЮ РЕСПІРАТОРНОЮ ХВОРОБОЮ COVID-19, СПРИЧИНЕНОЮ КОРОНАВІРУСОМ SARS-COV-2, ЯКА НАДАЄТЬСЯ ОКРЕМИМИ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПРОТЯГОМ КВІТНЯ 2020 РОКУ**

Окремий пакет передбачено для лікарень, які не увійшли до переліку рекомендованих для лікування пацієнтів з COVID-19, але фактично надавали допомогу таким пацієнтам у квітні. Оплата їм відбуватиметься лише за послуги, надані у квітні, тож до них не було виписано особливих вимог, адже ці лікарні опинилися у вимушеній ситуації.

Подальші госпіталізації в такі заклади заборонені, аби уникнути зайвих ризиків інфікування медичних працівників та пацієнтів з іншими захворюваннями. У розпорядженні головного державного санітарного лікаря чітко вказано, що пацієнтів з COVID-19 повинні госпіталізувати лише у визначені заклади, перелік яких ще в березні погоджувався

з департаментами охорони здоров'я та головами облдержадміністрацій.

**ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ПІДОЗРОЮ АБО ВСТАНОВЛЕНИЕМ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА ГОСТРУ РЕСПІРАТОРНУ ХВОРОБУ COVID-19, СПРИЧИНЕНУ КОРОНАВІРУСОМ SARS-COV-2**

Екстреній медичній допомозі платитимуть незалежно від того, контактувала бригада з хворим на коронавірус чи ні, адже потенційно вона готова виїхати на будь-який виклик.

Тариф для екстренки встановлюється як глобальна ставка на місяць, розрахована на основі базової капітаційної ставки за кожен підтверджений випадок захворювання на коронавірусну хворобу на території відповідної області та міста Києва, і становить **12 163,64** грн. Цей тариф включає також виїзди на непідтвержені випадки. Пакет медичних послуг встановлюється за готовність надати екстрену медичну допомогу та включає необхідність виїжджати як на випадки підтверженої коронавірусної хвороби, так і на підозри.

На суми договорів центрів ЕМД щодо надання допомоги пацієнтів з підозрою чи встановленим діагнозом COVID-19 впливає епідемічна ситуація кожної з областей. Суми оплат розраховуються шляхом множення тарифу на кількість підтверджених випадків COVID в області за період з першого по останній день місяця.

**МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ЯКА НАДАЄТЬСЯ МОБІЛЬНИМИ МЕДИЧНИМИ БРИГАДАМИ, ЩО УТВОРЕНІ ДЛЯ РЕАГУВАННЯ НА ГОСТРУ РЕСПІРАТОРНУ**

**ХВОРОБУ COVID-19, СПРИЧИНЕНУ КОРОНАВІРУСОМ SARS-COV-2**

Мобільні бригади проводять забір аналізів удома у пацієнтів та працюють на базі ЦПМСД, міських, районних консультаційно-діагностичних центрів чи лікарень або інших закладів охорони здоров'я.

До мобільної бригади може входити лікар, фельдшер або медична сестра. Другий член бригади – водій. Якщо медичний працівник сам може кермувати, допускається виконання ним функцій водія.

Крім комплектів для забору зразків біологічних матеріалів та контейнерів для їх транспортування, потрібні сумка-холодильник, безконтактний термометр та пульсоксиметр. Бригада має бути оснащена засобом для обробки рук та пакетами для утилізації медичних відходів. Також кожен член бригади має бути забезпечений засобами індивідуального захисту в кількості, необхідній для їх одноразового використання при візиті до пацієнта.

Тариф на медичні послуги, які надаються мобільними бригадами, визначається як глобальна ставка на місяць і становить **50 942,05** грн. До тарифу застосовуються коефіцієнти навантаження мобільних бригад: **1** — у разі здійснення **150** і більше відборів зразків біологічних матеріалів для тестування, **0,75** — у разі **100—150** відборів зразків, **0,50** — при **50—100** відборах зразків та **0,25** — у разі здійснення до **50** відборів.

Виплати за березень медикам, які працюють із пацієнтами, хворими на COVID 19, у тому числі надбавки до зарплат, мали здійснюватися з інших джерел, які НСЗУ не адмініструє.

# Як лікарні та амбулаторії працюють в умовах пандемії COVID-19

## ОПОРНА ЛІКАРНЯ

*Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня обслуговує Полтаву і найближчі сім районів. Її визначено «опорною з ковіду». Туди везуть важких хворих із підозрою на коронавірусну хворобу. «Легкі» хворі, які не потребують кисневої підтримки, не мають супутніх захворювань, лікуються вдома під наглядом сімейного лікаря. Від першого хворого 3 квітня через лікарню пройшло понад 100 людей із підозрою на коронавірус, у 19 з них хвороба підтвердилась. Середній вік пацієнтів за цей період — 70 років, були 90-річна хвора і пацієнт 92 років. Усі вони одужали або продовжують боротися з хворобою. Як працює лікарня «на передньому краї боротьби з коронавірусом», розповідає заступниця головного лікаря з медичної частини Людмила Волошина.*

АПершого пацієнта перевели до нас у реанімаційне відділення з Миргородської ЦРЛ через погіршення стану, наростання дихальної недостатності. Це було 3 квітня, і на той час ми вже місяць готувались до прийому хворих на COVID-19, перепрофілювали відділення — ми вже були готові на 100%. У нас уже була налагоджена



система подачі кисню, встановлені додаткові апарати ШВЛ. Пацієнт одужав і поїхав додому.

Перепрофілювання лікарні для нас не є чимось новим. Ми і до цього щороку проводили навчання з перепрофілювання до готовності роботи лікарні в умовах карантинних інфекцій, зокрема це був SARS. Тому план перепрофілювання лікарні в нас щорічно складається і коригується, проводяться навчання і з перепрофілювання, і з надання медичної допомоги, і з захисту, і з інфекційного контролю.

Що стосується саме ковіду, то спочатку були складнощі із забезпеченням киснем. Ми потребували підключення кисню до деяких боксованих палат на території нашої лікарні. Ми поставили це питання перед нашим департаментом, і воно було вирішено впродовж 7—10 днів. Додатково провели кисень у чотирьох боксах з додатковими точками, тобто кожен бокс мав по 2—3 точки. Також установили кріоциліндри, які забезпечують максимальну подачу кисню до 20 пацієнтів.

На той час, як надійшов перший хворий, у нас уже було додаткових вісім апаратів ШВЛ і два власні, які ми мали до того. Також два портативні апарати ШВЛ, закупили 25 моніторів пацієнта, портативні рентгенологічний та УЗД апарати в реанімацію. Дефіциту в обладнанні ми зараз не відчуваємо. Все це завдяки гуманітарній допомозі: це і «Нова пошта», і «Лікарняна каса Полтавщини», і футбольний клуб «Ворскла» дуже допоміг — багато було крупних благодійників. Кілька апаратів



*Людмила Волошина, заступниця головного лікаря з медичної частини*

ШВЛ нам поставили з резервного фонду ПОКЛ ім. Скліфосовського. Лікарня має так звану типову інфекційну боксовану будову. Але типова будова — це лише 46 ліжок. Саме тому так важливо було утримувати госпіталізацію в межах цієї кількості. Адже бокси якнайкраще обладнані для того, щоб унеможливити поширення інфекції, кожен із них має власний вхід і вихід, та й саме їх обладнали подачею кисню та іншою необхідною апаратурою для допомоги хворим із коронавірусною хворобою.

Про те, що до нас направляють пацієнта, лікар екстреної допомоги або сімейний лікар повідомляють нас наперед. За той час, поки пацієнта транспортують, персонал одягає засоби захисту і виходить безпосередньо до того боксу, до якого під'їжджає «швидка». Тобто людину привозять не в приймальне відділення, а безпосередньо до боксу. Пацієнта зустрічають лікар, медсестра і санітарка. Там же, в боксі, проводять усі маніпуляції з пацієнтом. Потім персонал виходить звіти і у спеціально виділеному шлюзовому боксі перевдягається і виходить в інші двері.

Засобами індивідуального захисту лікарі у Полтавській обласній інфекційній забезпечені: маємо захист на три місяці наперед, навіть у випадку масового (а не одного) потрапляння хворих із COVID-19. Частину — 206 костюмів

біозахисту — придбали за рахунок місцевого бюджету, але переважно засоби індивідуального захисту передано лікарні як гуманітарна допомога.

Зараз у нас на першому поверсі лікарні лежать тільки хворі з коронавірусом, і лікарня працює в режимі госпіталю з карантинною інфекцією. Із підозрою на COVID-19 до нас потрапляє іноді до 20 людей на день. Сортування пацієнтів проходить залежно від важкості стану, того, скільки людина хворіє. Якщо хворий у важкому стані, він іде в ті бокси, де налагоджено подачу кисню, якщо не потребує кисневої підтримки, він іде в палату, де нема кисню. Також орієнтуємось на епідемічну ситуацію. Якщо, приміром, потрапляє жінка зі Львова, яка вказує, що мала контакт із хворим на коронавірус братом, ми її кладемо окремо, у спеціальний бокс.

Власної ПЛР-лабораторії лікарня не має, тести проводимо в лабораторному центрі. Ми робимо забір зразків, у нас налагоджене транспортування: на період карантину виділено додатковий транспорт і додатково виходять на роботу водії. Практично в будь-який час ми одразу відвозимо матеріал на аналіз і протягом **48** годин отримуємо результат. Спочатку були із цим трохи складнощі і затримки, доки не налагодили систему надходження зразків, але тепер усе працює.

За березень лікарні з місцевого бюджету перерахували **825** тис. грн, з яких усьому медичному персоналу виплатили премію. Щодо квітня і далі — уклали договір із НСЗУ на відповідний пакет «Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2».

## **ЛІКАРНЯ, НЕ ВИЗНАЧЕНА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ COVID-19 У ПЕРШУ ЧЕРГУ**



*Євген Мешко, в.о. директора мукачівської Лікарні святого Мартина*

*Перед лікарнею, не визначеною для лікування COVID-19 у першу чергу, теж постає чимало викликів, пов'язаних із пандемією. Євген Мешко, в.о. директора мукачівської Лікарні святого Мартина (раніше — Мукачівська центральна районна лікарня), який очолив лікарню 9 квітня 2020 року, розповідає, як із колегами готувалися до роботи з пацієнтами з підозрою на COVID-19.*

Ми разом із персоналом лікарні почали рятувальну операцію, бо на той час у відділеннях стаціонару було виявлено кілька випадків COVID-19. Це були великі ризики, як ми потім побачили

на рівні області. Саме обласні медичні заклади дали нам частину статистики щодо коронавірусу. У більшості стаціонарів області були занесені випадки захворювання, які потім поширювались серед працівників і пацієнтів. В області були періоди, коли **25%** із тих, хто захворів, були медики. У нашій лікарні була хвора одна медсестра, але це був побутовий контакт, і далі інфекція лікарнею не поширилась.

Ми з командою лікарні почали з того, що проаналізували наявність засобів захисту у відділеннях. Лікарня закупила їх багато, але розподілили їх спочатку нераціонально. Наприклад, усі наявні **50** захисних щитків були в інфекційному відділенні, але в той час там вони були не потрібні, натомість вони необхідні для аерозоль-генеруючих процедур. Те саме з респіраторами, захисними костюмами: вони були зосереджені у двох-трьох відділеннях, тоді як анестезіологи при інтубації, ендоскопісти, стоматологи — всі ті, хто найбільше контактує з рідинами, де може міститися вірус — не мали взагалі нічого.

Другим кроком було навчання, як одягатися-роздягатися. А третім — логістика всередині закладу.



*Сортувальний намет у Лікарні святого Мартина*

Ми створили буферні відділення — відділення першої хвили. Розділили потоки інфекційних і неінфекційних пацієнтів. Основне приймальне відділення перестало займатися інфекційними хворими — для них відкрили друге приймальне. У дворі розбили сортувальний намет, до нього потрапляли за самозверненням. Сімейні лікарі і «швидка» також знали про сортування. Отже, ще до приймального відділення потоки було розділено. Пацієнти з інфекційного потоку потрапляли до ізолятора, де перебували, доки їм не зробили ПЛР. Після отримання результатів пацієнтів із негативним результатом направляли до нашого «чистого» інфекційного відділення, а тих, у кого виявили COVID-19, — до закладів, які в області було визначено для лікування таких пацієнтів. Пацієнтів з неінфекційного приймального направляли до «провізорного» відділення, де робили ПЛР-тести абсолютно всім: і з інсультами, і хірургічним хворим, і травматологічним; там були і реанімаційні палати. І тільки при негативному тесті пацієнтів переводили до профільного відділення.

ПЛР ми робимо самі, зазвичай упродовж доби маємо результат, тож люди більше доби переважно не перебувають у таких «буферних» відділеннях. Коли я прийшов, лабораторія робила 12 обстежень за день, зараз — у середньому 93. Іноді в нас є невелика затримка — день-два — через технічні перешкоди, пов'язані з частою зміною тест-систем: МОЗ закупав постійно різні: китайські, корейські, українські — і ми мусимо то заново калібрувати апарат, то опановувати нову методику, нові середовища тощо.

Медична реформа позитивно вплинула на первинні заклади, вони

виявились більш підготовленими. А от спеціалізовані, яких реформа зачепила вже після початку пандемії, «посипались», як карткові будинки.

Майже кожен стаціонар має свій внутрішній осередок захворювання: хворіють і працівники, і пацієнти. У нас значна частина хворих — це люди, виписані з обласних закладів після стаціонарного лікування. Ми першими виявили цю закономірність, бо робимо тести і бачимо: цю людину виписано з хірургії, цю — з онкології, і так далі. І тоді почали говорити з епідеміологами, що є така проблема. Вони почали шукати ланцюжки і справді встановили, коли саме почали хворіти пацієнти певних відділень або лікарень.

Ми знайшли можливість виплатити премію працівникам, які працювали з COVID-19. 300% отримали працівники інфекційного відділення і ті, хто приймав інфекційних хворих. Кошти вивільнились за рахунок того, що частина працівників пішла у відпустку за власний рахунок.

Ми всіх працівників, не потрібних на цьому етапі, відправили у відпустку — щорічну, додаткову або за свій рахунок. Тому що кожна додаткова людина на робочому місці — це ризик для всієї лікарні. У нас із 550 ліжок було задіяно до 160, а часом і 80 — через те, що всі планові госпіталізації припинили. Величезна частина лікарні зупинилася.

Хоча Лікарню святого Мартина і не було визначено лікарнею першої хвили з лікування COVID-19, пацієнтів із коронавірусною хворобою нам лікувати доводиться. Адже пацієнтів із перебігом хвороби середньої важкості недоцільно ані везти в обласні заклади, ані лікувати вдома. Тож заявку на підписання договору з НСЗУ на «ковідний пакет» ми подали.

## АМБУЛАТОРІЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ — СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ



Оксана Луцька, директорка Великогаївської АЗПСМ

*Коли є підозра на коронавірус, але симптоми не важкі, пацієнти звертаються до свого сімейного лікаря, і це ставить перед первинкою низку завдань: як правильно визначити підозру на COVID-19, як розділити потоки імовірно інфікованих пацієнтів, щоб вони не заразили решту, хто прийшов з інших питань. Про роботу амбулаторії у Великогаївській ОТГ на Тернопільщині розповідає її директорка Оксана Луцька.*

У нас в області вже була досить серйозна ситуація з ковідом, коли в інших регіонах ще був спокій. Тому я всерйоз думала над тим, як діяти, щоб захистити працівників і пацієнтів. Ніхто тоді ще не знав, як саме діяти. Тому я переважно аналізувала ситуацію в інших країнах і думала, яким чином її перекласти на наші терени.

Я ще в лютому передбачала події і закупила респиратори та захисні окуляри. Бо коли почався ажіотаж, купляти хоча би щось із засобів індивідуального захисту стало проблематично. Втім, наша комунальна аптека № 78 та інші партнери з медтехніки допомогли нам із закупівлями. Нашим основним спонсором є Великогаївська громада, яка підтримала в цей непростий час, а також небайдужі благодійники і меценати.



Переобладнати амбулаторію під роботу з COVID-19 допоміг досвід запуску «з нуля»: амбулаторію відкрили тільки два роки тому, тож починали працювати вже за сучасними стандартами. З початку роботи ми налаштовували роботу рецепції, попередній запис на прийом, організацію робочого часу — все це робилось у медичній інформаційній системі, де є електронна реєстратура. Також у співпраці з комунікаційним

оператором налагодили роботу кол-центру.

У теперішній непростий час ми ввійшли частково підготовленими. Зараз у нашому закладі чітко виконуються правила інфекційного контролю, є розподіл на «червону» і «зелену» зони, працівники використовують засоби індивідуального захисту залежно від специфіки їхньої роботи. Є попередній запис на прийом. Частину роботи виконуємо дистанційно. На виклики їздимо на службовому автомобілі, використовуємо засоби індивідуального захисту. Наші працівники перевдягаються в робочий одяг, який переться в закладі. Доїзд наших працівників на роботу, враховуючи відсутність міжміського сполучення, ми повністю взяли на себе.

Можливо, завдяки цьому випадків захворювання серед медиків досі не було, і загалом ситуація у громаді не була занадто напруженою — лише один випадок. Ще один пацієнт закладу з безсимптомним

перебігом захворювання перебував на самоізоляції поза межами громади, в обласному центрі, проте був на дистанційному супроводі сімейного лікаря та обстежувався мобільною бригадою закладу.

Пацієнтам у громаді ми також пояснювали основні методи запобігання інфікуванню. Активно з ними спілкуємося і під час телефонного консультування. При зверненні проводимо тріаж – розподіляємо пацієнтів за станом і потенційною імовірністю інфікування. Наші медики постійно на контакт з епідеміологами лабораторного центру та лікарями вторинної та третинної ланки.

Пацієнтів, які потребують тестування, обстежує мобільна група працівників амбулаторії. Великогайвська амбулаторія вже подала заявку на контракування за пакетом «Медична допомога, яка надається мобільними медичними бригадами, що утворені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2».

## Оновлено електронні інструменти для первинки

Ми разом з фахівцями проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» оновили електронні інструменти з розрахунку вартості платної послуги для надавачів первинної медичної допомоги «Pay&Care 2.0» та з фінансового планування доходів і видатків «InSight 3.0». Обидва електронні інструменти призначені для надавачів первинної медичної допомоги.

### Pay&Care 2.0

До оновленої версії «Pay&Care 2.0» ми додали нові законодавчі вхідні параметри та деталізовані інструкції з роботи на вкладках інструменту. Збільшили кількість послуг у групах

«Лабораторні...», «Діагностичні...» та додали роз'яснення щодо технічної можливості додавання нових послуг для розрахунків за потреби користувача.

Електронний інструмент «Pay&Care 2.0» призначений для надавачів ПМД, які або планують запровадити надання платних послуг, або вже надають їх і бажають оновити розрахунки.

За допомогою цього електронного інструменту ви зможете обрахувати вартість надання платних послуг. Результати обрахунків можна використати для проведення переговорів з актуалізацією



*Максим Дуда, технічний радник з питань фінансування та економіки охорони здоров'я Проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»*

колективного договору, зокрема щодо преміювання персоналу. «Pay&Care 2.0» допоможе розробляти і вносити зміни до фінансового плану в частині надання платних послуг. Також

## «Оновлено електронні інструменти для первинки» — продовження

із ним зручно проводити переговори із власниками ЗОЗ щодо потенційних доходів та витратів.

Скористатись новим електронним інструментом можуть усі надавачі первинної медичної допомоги. «Pay&Care 2.0» простий у використанні, не потребує спеціального програмного забезпечення і автоматично обраховує вартість платної послуги за умови внесення необхідних вхідних даних. Детальніше з оновленою версією електронного інструменту, відеоінструкцією та презентаційним матеріалом можна ознайомитись за посиланням: <https://bit.ly/2MkWq1X>.



### InSight 3.0

Також готовий до використання електронний інструмент з фінансового планування доходів

і витратів надавача первинної медичної допомоги «InSight 3.0».

До нього ми додали актуалізований перелік законодавства, яке варто взяти до уваги при роботі з електронним інструментом. Ми врахували особливості фінансування первинної медичної допомоги відповідно до програми медичних гарантій — 2020 (капітаційна ставка, вікові коригувальні коефіцієнти, ліміти декларацій та ін.), зазначені у постанові Кабінету Міністрів України від 05.02.2020 № 65. Також він містить оновлені принципи роботи з таблицею матеріально-технічного оснащення. В «InSight 3.0» ми додали інструкції з користування електронним інструментом, у яких врахували пропозиції користувачів.

Нагадаємо, електронний інструмент «InSight 3.0» допоможе управлінським командам первинки розробити проєкт фінансового плану на плановий рік, вносити зміни до цього плану впродовж року, здійснювати економічний аналіз діяльності, зокрема розрахунок та аналіз індикаторів фінансової стійкості. Також результати обрахунків можуть стати у пригоді при проведенні переговорів з персоналом закладу та власником стосовно різних статей витратів.

Скористатись оновленим електронним інструментом можуть усі надавачі первинної медичної



Наталія Коваленко, радниця з питань фінансування системи охорони здоров'я Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»

допомоги, які мають договір з НСЗУ або планують його укласти.

Відеоінструкція з користування «InSight 3.0» та презентаційний матеріал тут: <https://bit.ly/2TZiZNV>. Також за цим посиланням можна завантажити окремі версії інструментів для надавачів з гірських та негірських територій.



# Запитання-відповіді

## ЧОМУ ТАРИФИ НА ПОСЛУГИ З ЛІКУВАННЯ COVID-19 ДЛЯ ОПОРНИХ ТА ІНШИХ СТАЦІОНАРІВ РІЗНІ, АДЖЕ УМОВИ ЛІКУВАННЯ В НИХ МОЖУТЬ БУТИ ОДНАКОВИМИ?

НСЗУ використовувала одну розрахункову базу для всіх

стаціонарних закладів. Однак, проаналізувавши кількість пролікованих пацієнтів з COVID-19 у закладах, що не були опорними, значного навантаження в них не виявила (в середньому три пацієнти на одну лікарню). Тобто для цього не потрібно залучати багато персоналу, витрати

на ліки також були незначними. Відповідно, й тариф було зменшено. Якщо глобальна ставка на місяць для опорних лікарень розраховується як комбінація за укомплектованість медичним персоналом, медичними виробами та лікарськими засобами



(**498 325,65** грн), а також за готовність надавати медичні послуги пацієнтам з COVID-19 в умовах інтенсивної терапії (**171 167,83** гривні), то тимчасовий тариф для окремих закладів визначається як глобальна ставка за квітень і становить **271 932,48** грн. До цього тарифу застосовуються підвищувальні коригувальні коефіцієнти залежно від кількості пролікованих пацієнтів.

### СКІЛЬКИ ПЛАТИТИМУТЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦІЮ ЛІКАРЯ-СПЕЦІАЛІСТА?

За надання амбулаторних послуг заклад отримує кошти за глобальним бюджетом. Ця сума розраховується на основі історичних даних — статистики щодо кількості надання закладом таких послуг у минулому році. Цей показник дозволяє оцінити потенційну кількість послуг та інтенсивність роботи закладу. Кількість послуг множить на тариф за готовність надати медичні послуги. Некоректно говорити, що лікарі отримують **49** грн за консультацію, тому що лікарі не отримують гроші за надану консультацію. Вони отримують **4 942** грн за готовність надати **100** послуг. Кількість послуг на цей рік розраховано згідно з даними минулорічної статистики, яка майже в **30** разів перевищує дані опитувань пацієнтів. Цього року в електронній системі

охорони здоров'я буде зафіксовано реальну кількість наданих послуг. Ця кількість впливатиме на подальше формування бюджету і розрахунок тарифів на медичну допомогу.

### ЧИ ПРАВДА, ЩО ПРОТЯГОМ 2020 РОКУ ЧЕРЕЗ ПЕРЕХІД НА НОВУ ФІНАНСОВУ МОДЕЛЬ БУДЕ СКОРОЧЕНО 50 ТИСЯЧ ЛІКАРІВ?

Ні, ця інформація не відповідає дійсності. **50** тисяч лікарів — це близько третини всіх лікарів у країні. При цьому майже 60% закладів отримали цього року з державного бюджету більше коштів, ніж минулого, тобто в них немає потреби скорочувати персонал. Цього року, скоріше, відбуватиметься перетікання кадрів з менш успішних закладів у більш успішні. Власне, це ми вже спостерігаємо через електронну систему охорони здоров'я. До того ж, введення оплати за послуги дало поштовх власникам і головним лікарям ще раз оцінити ефективність своїх відділень. Як наслідок, відбувається перерозподіл лікарів, за якими розвиваються відповідні послуги. За набір або скорочення персоналу відповідають керівництво закладу та місцева влада як його власник. До того ж, фінансування від НСЗУ — це не єдине джерело доходу. Власники лікарень — місцеві ради —

зобов'язані, як і раніше, інвестувати у розвиток своїх закладів, оплачувати комунальні послуги, приймати місцеві програми розвитку, допомагати лікарям перепрофілюватися.

### ЧОМУ ТАРИФ НА НЕУСКЛАДНЕНІ, УСКЛАДНЕНІ ПОЛОГИ І КЕСАРІВ РОЗТИН ОДНАКОВИЙ?

Одними з найбільш дорогих в акушерстві є сепсис і кровотечі, пов'язані з пологами. Такі стани справді потребують лікування дорогими ліками. Але в Україні у 2019 році серед **291 584** пологів випадків сепсису зафіксовано **15 (0,0051%** від загальної кількості), кровотеч — **5 416**, або **1,9%** від загальної кількості пологів. Занепокоєння викликає зростаюча світова тенденція до проведення кесаревого розтину навіть без клінічних показань, зокрема, серед іншого, через диференціювання тарифів на акушерську допомогу. Світовий досвід показує: щойно для лікарень стає «вигідно» робити кесарів розтин, кількість операцій стрімко зростає. Щоб уникнути такої ситуації в Україні, тариф на неускладнені, ускладнені пологи і кесарів розтин встановили в 2020 році в розмірі **8 136** грн. Цей тариф усереднений: він вищий, ніж тариф на фізіологічні пологи, і нижчий, ніж тариф на пологи складні або кесарів розтин.

## Надсилайте ваші запитання

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

Пишіть на [nszu.digest@gmail.com](mailto:nszu.digest@gmail.com)

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

