У Польщі не можуть просвітити рентгеном знайдений у морі російський дрон

Уряд припинив повноваження в.о. голови ДПС Лесі Карнаух

Головний конструктор Fire Point: "Можливість занурити Москву та Пітер у повний

Ляшко: «Реформа прибрала державу з формування зарплат. За 5 років топпретензія до МОЗ — зарплати»

Чи будуть перебої з ліками після обстрілів складів, скільки чекати на вакцини проти грипу, чи вистачить грошей на медицину до кінця року?

Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко в інтерв'ю LB.ua говорить про обстріли фармскладів, вакцини проти грипу, бюджет програми медичних гарантій, що відбувається з медиками в країні та як на це реагує МОЗ.

Також ви дізнаєтеся, за що міністр просив вибачення в медичної спільноти.

Ірина Андрейців, редакторка відділу «Здоров'я»

Додати LB.ua як бажане джерело в Google

Вакцини від грипу, чи буде нестача ліків, чи вистачить грошей на медицину до кінця року

Щоб ми встигли якнайбільше всього проговорити, почну з бліцу. Наскільки наші лікарні готові до зими?

Відсотків на 80. Якщо говорити про спроможну мережу — на 95 %. Чи будуть проблеми? Будуть, бо завжди є автономія закладу охорони здоров'я — це не альтернативний постійний режим роботи.

РЕКЛАМА
Дізнатися більше
Новини
Географічна довідка
Східноєвропейці

Зазвичай є генератори, котельні, свердловини, може щось статися, але потенційно готові. Зараз перевіряємо додатковими спонтанними виїздами, щоб виключити людський фактор.

Чи є в нас запаси ліків, зокрема в лікарнях, аби не було перебоїв, враховуючи обстріли складів?

Найскладніше питання, бо зараз скажу, що так, завтра будуть чергові обстріли і може бути не так.

На момент інтерв'ю знаю, що ми диверсифікуємо ризики, спрощуємо умови, щоб компанії, які постачають, могли законтрактувати інші склади, а не тільки ті, які в них завжди були ліцензовані, щоб якомога більше лікарських засобів було розподілено по території України, а не зберігали на одному чи двох складах.

Недавно поцілили — згорів величезний склад *Teva*, де була, наскільки розумію, якась неймовірна кількість ліків. Уже в аптеках від людей ми чуємо, що вони починають шукати ліки, щоб мати запас. Чи можете ви, як міністр охорони здоров'я, не нагнітаючи паніку, але чесно попередити, чи очікувати перебоїв, особливо людям, які мають хронічні захворювання й повинні щодня, наприклад, приймати якийсь препарат; чи можуть бути розриви в постачаннях, наприклад, таких ліків, чи варто запастися на якийсь період?

Не потрібно запасатись, найбільша проблема виникає тоді, коли розпочинають скуповувати ліки, які не потрібні на сьогодні. І тоді збільшується попит, а рівномірність поставки призводить до того, що не просто є криза обстрілів, ще й криза непрогнозованого споживання. І це тоді може призводити до того, що невчасно або неплановано будуть поставлені ті ліки до аптечних закладів.

РЕКЛАМА
AdChoices
Докладніше

ПУБЛІКАЦІЇ

ВЕРОНІКА ЯКИМЕЦЬ

Санна Марін: «Жодній країні не радила б фінляндизацію»

Експрем'єр-міністерка Фінляндії розповіла, як повномасштабне вторгнення Росії в Україну змінило свідомість фінів, що вона не радила би робити Україні та чому Європа...

ІГОР ХАРЧЕНКО

Боріс Джонсон. «Кайданів нема». Уривок

Передмова до українського видання мемуарів колишнього прем'єр-міністра Великої Британії.

Всі публікації

БЛОГИ

ОЛЕНА БОРТНІКОВА

Хронічне емоційне виснаження: як відрізнити втому від депресії та повернутись до нормальної роботи

Іноді людині потрібна допомога, щоб зрозуміти, чому навіть після відпочинку сил не стає більше.

ОЛЕНА БОРТНІКОВА

Повернення з війни: чому нам так важко знову бути поруч

Найважливіше зробити так, щоб людина не почувалася самотньою поруч із усім тим досвідом, який вона привезла із собою.

Усі дописи блогів

РЕКЛАМА

ФОТО: СКРИН ВІДЕО

міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко

Ми гарантуємо, що навіть з обстрілами вирішуємо постачання ліків до аптек. Якщо сьогодні нема, то буде через день-три.

РЕКЛАМА
AdChoices

Коли хтось вибирає 10 упаковок замість однієї, потрібної, це призводить до того, що може створитися певний дефіцит у певний час, але оперативно на нього відреагуємо.

Знову ж, звернення до ринку: завжди оголошуйте дедлайни, на які ви розраховуєте. Не старайтесь подобатись. Ми як управлінці повинні знати, щоб правильно модерувати ситуацію на фармацевтичному ринку.

Сформовано певний медичний кошик, він є в закладах охорони здоров'я, щоб закрити потребу.

Вакцини проти грипу. Якщо подивитися на дашборд Центру громадського здоров'я, грип є в десятці причин смертності українців. А в нас торік мізерний відсоток людей, особливо з вразливих груп, був щеплений. Була золота лихоманка за дозами, бо їх приїхало мало. І ми про це писали. Що будемо мати цього сезону?

400 плюс тисяч доз. Будемо дивитись, як люди будуть вакцинуватися. Чекаємо вже на перші поставки, на лабораторні контролі, щоб сказати: «Ось, є вакцина, давайте вакцинувати».

А щодо груп ризику? Медики першими злягли, коли прийшов грип. Чи передбачені, можливо, гуманітарні поставки вакцин проти грипу на цей сезон для медиків?

Це питання комплексне. Роботодавець може закупити й вакцинувати колектив. Як Міністерство охорони здоров'я додатково працюємо з міжнародною організацією, яка останні три роки поставляла 20–30 тисяч доз вакцини, і ми пріоритетно зверталися до Сил безпеки й оборони, щоб військовослужбовці, хто має бажання, вакцинувалися, передавали для них і для медичних працівників. Цього року також обіцяють, але поки це обіцянка.

Ще не маємо підтвердження офіційного, тому є деякі альтернативні варіанти, як працювати з медпрацівниками і військовослужбовцями.

ФОТО: СКРИН ВІДЕО

міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко і редакторка напрямку здоров'я *LB.ua* Ірина Андрейців

РЕКЛАМА

Коли говоримо про програму медичних гарантій 2026, зараз уже вересень, чотири місяці до кінця року. Скільки зі 191 млрд бюджету вже використали?

Використовуємо все планово, крім програми «Доступні ліки», порівняно з тим, як ми стартували в січні, значно перевищуємо використання коштів, тому що прогнозовано розширили, розуміючи, де є потенційне джерело коштів, яким перекриємо цей дефіцит.

Тому в нас не буде такого, що вересень, жовтень — і будемо шукати гроші?

У програмі медичних гарантій гроші є, на бюджеті вони є. Ми говоримо про єдиний казначейський рахунок, звертався прем'єр-міністр, відкриваючи сесію у Верховній Раді до народних депутатів з проханням проголосувати всі фінансові маячки: і *Ukraine Facility*, і Міжнародного валютного фонду — щоб гроші, які передбачі в бюджеті, прийшли на єдиний казначейський рахунок. Може бути тільки в цьому проблема. Ніяких перерахунків або коефіцієнтів у листопаді-грудні Міністерство охорони здоров'я, НСЗУ вводити не буде. Це для тих, хто відслідковує на дашбордах.

Про зиму. Тут недавно сидів ваш колега, міністр соціальної політики Денис Улютін. Він казав, що минулого року соціальна сфера домовлялася з медзакладами про тимчасове розміщення людей, які не мали де подітися. Чи буде такий сценарій цього року, чи воно пропрацьовується, можливо, для маломобільних людей?

Заклади охорони здоров'я — ключова задача, щоб вони могли надавати меддопомогу в будь-яких кризових ситуаціях. Моніторимо вільні ліжка хірургічного і терапевтичного профілю, щоб управляти ситуацією, тому що велика кількість і евакуацій військових, і евакуацій із зон, які підлягають примусовій евакуації. У першу чергу це тяжкі пацієнти, маломобільні, які будуть потребувати і медичного догляду. У цьому напрямку працюємо. Чи можуть заклади охорони здоров'я підставити плече? Так, але це не повинно бути єдиним резервним варіантом. І з Мінсоц також відпрацьовували. Ввели навіть пакет окремий, який фінансують з коштів Міністерства соціальної політики через Національну службу здоров'я України.

ФОТО: МІНІСТЕРСТВО РОЗВИТКУ ГРОМАД І ТЕРИТОРІЙ

Евакуація маломобільних мешканців з прикордонних громад

Спочатку це було на місяць: коли людину евакуюють, вона може потрапити в лікарню, щоб знайти місце, де тимчасово проживатиме до отримання житла для внутрішньо переміщених осіб.

Потім ми термін перебування розширили до двох місяців. Зараз контролюємо, але паралельно розробляємо ще пакет медсестринського догляду, тому що коли ми до реформи оцінювали ліжковий фонд країни, порівнювали його з країнами Європейського Союзу, в нас він був значно більший, ніж у країнах ЄС, навіть у країнах-сусідках.

Але якщо ми заїдемо в ту саму Польщу і подивимося ліжковий фонд у лікувальних установах і ліжковий фонд медсестринського догляду, то зрозуміємо, що в них воно розділене й не потрапляло в статистку медсестринського догляду.

РЕКЛАМА

Питання медсестринського догляду з урахуванням важких хворих, які в нас з'являються, важких травм після обстрілів, важких травм у військовослужбовців, через прогрес деяких хвороб старості (можна назвати деменцію Альцгеймера) — це ті питання, про які ми повинні вже сьогодні відверто говорити і з суспільством, і з Міністерством фінансів, бюджетним комітетом.

Чи буде це вже, наприклад, у програмі медичних гарантій 2027?

Коли схвалимо бюджет, тоді вже готові будемо комунікувати.

ФОТО: МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

«Ми до цього готували систему»

Пріоритети 2026 — здорове серце, серцево-судинні захворювання, програма скринінгу 40 плюс. Серцево-судинні хвороби і п'ять років тому були топовою причиною смертності. Чи бачимо ми за п'ять років зниження або принаймні не ріст?

Чи бачимо позитивні зміни? Я бачу. Чи будуть результати, яких ми хочемо, по зниженню смертності, по зниженню інвалідності за п'ять років? Потенційно так. Але ще п'ять років не було, бо ми ж і готували систему охорони здоров'я, і запускали скринінг 40+, і розширювали програму «Доступні ліки». Побороти хворобу, маючи тільки одну систему охорони здоров'я, неможливо.

Це соціальний договір, комплексний підхід. І комплексні програми запущені. Питання здорового серця ми заклали і в зміни підходів харчування школярів. У меню і в тих рецептурниках, щоб було здорове харчування і змінювались харчові звички, ми виключали солене, яке може призводити до підвищеного артеріального тиску і інші речі, додавали овочі, фрукти і так далі.

Система охорони здоров'я запустила ряд речей: скринінг, розбудову інфраструктури, за останній період ми поставили близько 90 антропографічних установок і по країні маємо 98 реперфузійних центрів, в яких можуть поставити стенти, коли судини звужені.

Програма "Доступні ліки" сьогодні охоплює всі лікарські засоби, які є в протоколах лікування серцево-судинних.

Комплексна програма є. Тепер питання її реалізації і відслідковування результатів. Якщо подивитися мої інтерв'ю на початку вторгнення, ми прогнозували і бачимо: інфаркти і інсульти стають молодшими. Фіксуємо інфаркти і інсульти в такому віці, в якому ще 10 років тому назад можна було сказати, що це казуїстичні унікальні випадки. Коли ми побачили динаміку хлопців і дівчат, які були в АТО, в них інфаркт і інсульти молодшими стають.

Ми до цього готували систему. Територіальну доступність зробити, стентування є, в межах золотої години і інфаркти, інсульти повинні покриватись.

РЕКЛАМА

ФОТО: ZP.GOV.UA

Робота аптеки , яка входить до програми 'Доступні ліки' у Запоріжжі.

Покриватись і покривається – знак дорівнює?

Напевно, ще ні, але значно більше в сторону покривається.

Ви сказали про 90 ангіографів додатково, вони працюють на повну потужність? Ми неодноразово бачили і чули від лікарів. І для вас це не новина, коли МОЗ поставив якесь обладнання і воно успішно стоїть, припадає пилом або працює на не дуже великий відсоток.

90% обладнання працює ефективно і не припадає пилом. Є питання 10%, тут є нюанси. Коли ми дивилися мапу і бачили плями, де треба поставити ангіограф, як приклад наведу північ Чернігівської і Сумської області. Там проїздив, мали дискусію, де треба поставити ангіограф і мати команду, яка може проводити стентування, тому що і до Сум, і до Чернігова досить тривалий час доїзду з урахуванням доріг, які там були.

Вибрали Шостку, поставили, закупили ангіограф, попросили орган місцевого самоврядування – готують приміщення, була проблема, проблему вирішили, ангіограф запустили, але за цей період часу військові дії, обстріли Шостки призвели до того, що команда трішки від'їжджає. Тому через оці 10% ми не можемо повноцінно говорити, що воно працює 24/7, як повинно.

Розумію, про що ви говорите: КТ, МРТ, і черги, які формуються. Є обладнання і воно працююче, є команди, бачимо по електронній системі охорони здоров'я кількість внесених випадків – нас не влаштовує. Чому кажуть про черги по три-чотири місяці на КТ, коли ми дивимось, у вас на КТ п'ять-шість досліджень [на день]? А повинно бути для вашого рівня умовно 15-16 або 40, якщо це обласна лікарня.

ФОТО: SOKL.COM.UA

Проведення МРТ у Сумській обласній клінічній лікарні

І тут є питання і людського фактору, є питання неформальних платежів, є питання бізнесу, який поставив обладнання на території комунального або державного закладу. Ми запропонували: "Вийдемо з законодавчою ініціативою, заборонимо приватному КТ приймати платежі напряму від фізособи, тільки через лікарню. Нас підтримали. Є альтернативні варіанти. Наприклад, бізнес, який стоїть в державних або або комунальних закладах, каже: "Ми готові прямо підписувати з Національною службою здоров'яі надавати послугу в рамках програми медгарантій". Думаю, це буде один із варіантів, як ми в на 2027 рік це питання вирішимо.

Паралельно команда цифрова з під керівництвом Марії Карчевич розробляє окремі записи на КТ і МРТ дослідження, щоб людина в будь-якій точці країни бачила, де на КТ і МРТ є черга.

Є ж питання не тільки вільних слотів, але й лікарів, які здатні описати потім те, що вони зроблять. Що ми бачимо по медичних кадрах в країні? Коли я готувалася до розмови, розпитувала приватно лікарів з різних лікарень, які у них є питання. Найгостріше було питання медичних сестер і братів.

Завершу про КТ і МРТ. Можливо, не скрізь вистачає лікаря-рентгенолога, який може описати, дозволили цю послугу на аутсорс. Це загальносвітова тенденція. Лаборант проводить дослідження. Лікар на аутсорсі описує дані, які приходять в цей медзаклад, і людині нікуди не потрібно їхати.

РЕКЛАМА

Якщо подивитись загальноукраїнські тенденції, то у нас все добре, порівняно з цифрами Європейського Союзу. Коли приїжджаєш в певну громаду – є проблема. Питання не стільки в наявності кадрів, а в розподілі цих кадрів по території України. Інколи в одних лікарнях велика кількість спеціалістів, а в лікарнях поруч або в віддаленому не вистачає.

У Польщі акушер-гінеколог один, який працює в пологовому відділенні, приймає 200-250 пологів на одного, у нас це 30-40 пологів на одну людину. Це середнє по Україні. Від цього знову ж виходить тариф. Якщо умовно є 10 акушер-гінекологів, які приймають по 30 пологів на рік, то який б ми тариф не зробили, він не буде достатнім для закладу, щоб платити зарплату достатню і акушер-гінекологу, і медсестрам, і молодшим медпрацівникам. І досить часто, коли ми розбираємо питання, чому в нас низька зарплата, отакі приклади.

ФОТО: GYLYAJPOLE.CITY

Пацієнтка на прийомі у сімейного лікара.

Сімейні лікарі: у нас нормоване навантаження 1800 декларацій на людину. Активних декларацій – плюс-мінус 30 млн. Сімейних лікарів – 25 000. У середньому на сімейного лікаря виходить 1100-1200 декларацій. Математично в нас профіцит лікарів. Якщо спробувати приїхати в громаду, бачимо проблему, або лікаря немає, або вже він набрав більше декларацій. Інколи приїжджаєш до лікаря, він каже: "Я не хочу працювати на ставку і брати 1800", в кожного є своє "тому що".

Чи є нестача лікарів і де

Я, наприклад, бачу неймовірне вигорання і розчарування в сімейних лікарів тим, як у нас йдуть справи. наскільки вони себе комфортно почувають, наскільки поцінованими. І це не статистика великих цифр. Але я вперше за багато років бачу такий тренд від сімейних особливо лікарів, як "сфоткаю заяву на звільнення, з мене досить, більше в держпрограмі працювати не буду".

По статистиці великих цифр ми не бачимо змін у відсотковому відношенні кількості людей, які залишають професію, з кількістю людей, які повертаються. Ця динаміка завжди була в межах 10-15% з урахуванням тимчасово окупованих територій і великої кількості людей, які поїхали за межі країни вимушено через вторгнення.

Ми бачили відплив в роках і потім стабілізацію. Чи бачимо ми тенденції в спілкуваннях з асоціаціями, на форумах, на зустрічах, при відвідуванні регіонів? Так. Хтось залишає професію, хтось говорить, що я як ФОП, який прийшов в реформу, не буду працювати з Національною службою здоров'я.

Давайте відверто. Питання в тому, як лікарі, як суспільство відноситься до лікарів. Ми бачимо негативні тенденції при тому, що ми як влада, стараємось завжди позитивно комунікувати про роботу лікарів. Не дозволяє нам переламати цей негативний імідж декілька речей.

Перше – наявність неформальних платежів у системі охорони здоров'я. Часто це ще й пов'язано з військовим станом, коли люди зацікавлені купити якусь індульгенцію, щоб уникнути чогось. Зокрема, мова може йти про ВЛК або про ЕКОПФО, яке прийшло на заміну колишнім МСЕКам.

Є проблема, яка часто підсвічується правоохоронними органами і якась недовіра до людей в білих халатах, хоча людей, які можуть щось продати, невеликий відсоток в системі.

ФОТО: СКРИН ВІДЕО

міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко

Прохання все ж до лікарів ставитись як до своїх рідних і близьких, тому що це люди, які роблять свою роботу, лікують, перебувають в Україні і мають також велику кількість проблем, яких не бачить суспільство і про яких ми зазвичай не говоримо публічно.

Коли кажете про негатив у бік лікарів, то якщо ми згадаємо, наприклад, кейс викидання менеджера медичного у смітник, МОЗ мовчав перші кілька діб. Ви не виходили з хоча б публічним засудженням.

Визнаю, інколи людина повинна визнавати помилки. Для нас було важливо розібратися, що відбувається, але засудити те, що відбулось, ми повинні були. Зокрема, я як міністр, і міністерство охорони здоров'я.

Тому приношу вибачення перед всією медичною спільнотою, що не відреагував саме на той кейс. В подальшому ми реагуємо на всі кейси і не тільки публічними заявами, а й діями, працюємо з правоохоронними органами, якщо потрібно, і з політиками і законопроект, який збільшує кримінальну відповідальність за насильство до медичного працівника, також був нами ініційований. Ми підтримали і депутатський законопроект, який ще розширив сферу його впливу. Аналізуємо, які болі є в системі охорони здоров'я і як їх вирішувати.

Наприклад.

Зарплата. Ключова задача реформи була що? Прибрати міністерство з політик формування зарплат. Чиновника прибрали, ринок повинен врегулювати. Через п'ять років основний запит до Міністерства охорони здоров'я: зарплати.

Друге: продовжуємо працювати політично по регіонах, по органах місцевого самоврядування. Нещодавно відомий професор вийшов з гаслом, що об'єднання лікарні призводить до, і розписується по всіх проблемах, які існують в системі охорони здоров'я. Читаючи це повідомлення, мені згадується відразу Львів, перше ТМО, Unbroken, яке завдяки об'єднанню формує найбільший пул коштів від Національної служби здоров'я.

Коли приєднували госпіталь ветеранів до Полтавської обласної лікарні, люди перекривали дорогу, персонально їздив. Зараз, коли відвідую госпіталь ветеранів, який став повноцінним трьохповерховим реабілітаційним центром, люди кажуть: дякую за умови, і визнають, що були тоді неправі. Правила в державі написані одні для всіх. І в одних зарплата значно більше ринкової, а в одних базова 20,000, як прописано в постанові.

ФОТО: НСЗУ

Полтавська обласна лікарня відновного лікування та діагностики.

Скільки приблизно відсотків мають ті, де вище 20, а ті, які мають базову?

Зараз не готовий сказати. Середня зарплата лікаря по всіх високорівневих цифрах 27 000 грн. Але в коментарях точно напишуть люди, які отримують 20 000, а то і менше, що гендиректор скористався можливістю, за якою якщо в нього 85% [пулу коштів] тільки на зарплату йде, то він може платити менше ніж 20. Цей кейс треба розбирати, що за лікарня, чому немає надходжень від Національної служби здоров'я за послуги, які вони надають.

У нас в законі про державні фінансові медичні гарантії стоїть 5% ВВП, але вони за всі ці роки ні разу не прийшли.

Тому що ми фінансуємо сили безпеки і оборони. Чи достатньо? Як міністр охорони здоров'я скажу, що ні.

Якщо ми говоримо про 2026 рік, ми готові були навіть не на 5%, але якщо було б 250 млрд грн, то в програмі медичних гарантій були б зовсім інші підходи до фінансування тих чи інших пакетів. Ми отримали 191 млрд грн.

Знову ж таки повертаємося до Польщі. Дивимося, як там працюють сімейні лікарі і скільки отримують лікарі. Зразу дати таку зарплату, як у Польщі, технічно неможливо, це космічні цифри. Але ми подивилися, яка середня ринкова зарплата в Польщі і яка зарплата в лікарів. Яким коефіцієнтом треба зробити. У нас до середньої по Україні треба, щоб був коефіцієнт Х2.

Щоб це зробити, треба в програмі медичних гарантій додати 92 млрд грн. Тоді буде середня по економіці станом, умовно, на червень 2026 року і вийдемо на зарплату, що буде від середньої по економіці Х2 – це базовий рівень зарплати всіх.

Чи є в нас 92 млрд грн? Напевно немає.

"Скорочення мережі заради скорочення мережі - шлях в нікуди"

Чи є сенс в такому випадку тоді, наприклад, зменшувати мережу за державний кошт, хто працює в програмі медичних гарантій? Можливо, там, де це не ургенція запроваджувати більші черги, і за рахунок цього досягти умовного Х2, про який ви говорите?

Скорочення мережі заради скорочення мережі - шлях в нікуди.

ФОТО: ЗОРЯНА СТЕЛЬМАХ
LB.ua

Віктор Ляшко, міністр охорони здоров'я України

Я не кажу заради скорочення. Якщо ми розуміємо, що вона велика, не ефективна, настільки ми хочемо, і медики не можуть в цих умовах отримувати зарплати, на які можна прожити.. Ми не зможемо сильно щось сказати і про боротьбу з неформальними платежами, це ж дуже взаємопов'язані речі. Казав мені один завідувач відділення однієї великої лікарні, що в них уже операційних медсестер не вистачає. Можливо, є сенс не давати настільки широких обіцянок, але звузити в якихось речах.

Якщо ми говоримо про програму медичних гарантій, то вона ж була зроблена, щоб сказати, що держава в цьому році може профінансувати ось це. Ми контрактували на цей рік, на перше півріччя на хірургію, в кого менше 150 оперативних втручань за півроку, тільки на півроку, щоб побачити кількість закладів і кількість хірургів, які проводять оперативні втручання, але не мають великого хірургічного навантаження. Була виділена певна кількість закладів і після цього ми з кожним пропрацювали. Наприклад, з'являлися лікарні, де є вісім хірургів і два оперативних втручання на тиждень. Там лікарня повинна бути, хірургія повинна бути, але чи повинно там бути вісім хірургів?

Проблема, яка заставляє нас пропрацьовувати і знову переходити до регулювання кількості спеціалістів, які повинні бути в кожному.

Але вони і так є по умовах Національної служби здоров'я.

Там не менше прописано, щоб лікарня могла забезпечити 24/7 прийом екстрених на інсульти, інфаркти, іншу патологію, але не більше. І наша задача, як цього лікаря забрати, куди перевести, щоб він ще захотів.

Ми ж не хочемо, щоб він втратив спеціальність.

Про використання cookies

Продовжуючи переглядати LB.ua ви підтверджуєте, що ознайомилися з Правилами користування сайтом та погоджуєтеся на використання файлів cookies

Про файли cookies

ПОГОДЖУЮСЬ

ФОТО: ПОЛТАВСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ М.В. СКЛІФОСОВСЬКОГО

Ми частіше говоримо про лікарів, бо люди з ними частіше дотикаються, але без медсестер медична система не спрацює, особливо враховуючи те, з чого ми почали – медсестринський догляд. Медсестри проводять операції, проводять підготовку операційних, вони асистують, роблять різні маніпуляції. Вони, зрештою, в багатьох розвинених країнах є окремою професією, а не так, як у нас звикли, помічником лікаря. Що у нас з медсестрами? Наскільки у нас великий дефіцит? Коли ми говоримо про запуск медсестринського догляду, то навіть для цього потрібні медсестери, які його візьмуть на себе.

Ми створили спроможну мережу. Вже три роки пройшло. Кожна лікарня прописувала плани розвитку, ми прописували як держава плани розвитку підтримання госпітального округу. Пару місяців тому зустрічалися у Львові, де показали аналіз у Львівській області по спроможній мережі. Яка глибина тих чи інших послуг, скільки лікарів на 10 000 населення, скільки медсестер та лікарів, порівнювали їх з європейськими країнами.

Дійсно у нас медсестер на лікаря, медсестер на пацієнта менше, ніж в країнах Європейського Союзу. Якщо беремо їх за одиницю, то в нас буде 0,7. Десь на 30% точно менше, треба думати, як це питання вирішити.

І коли ми глобально дивилися з командою в Міністерстві, що ми визначаємо для себе от ціллю, то я сказав, що для себе беру освіту. Тенденції з розвитком технологій сьогодні, із ситуацією, яка відбувається в лікарні і не тільки, говорить про мультидисциплінарну команду, де середній медпрацівник є повноцінною частиною команди. Якщо в бакалавратах не появляться у медичних університетах практичні університетські лікарні або клініки, в яких і потенційно новий лікар, і потенційно нова медсестра будуть вчитися працювати в команді, то криза, про яку ми говоримо, буде посилюватись.

Ключова задача команді – пріоритизувати рівень оплати середнього медпрацівника і молодшого медпрацівника. Якщо це питання не буде вирішуватись на рівні керівників закладів, ми як держава знову будемо вимушені повертатися до якихось питань. Брати освітню модель або ту, яка була в нас в закладах охорони здоров'я, коли виписуються певні вимоги, коли кажуть, що мінімальна зарплата повинна бути отака, розуміємо, на яке навантаження на піде і будемо його централізовано спускати. Чи це варіант виходу з ситуації? Напевно, ні. Треба провести діалог з усіма гендиректорами і переговорити, бо в мене велика кількість є дискусій з успішними, з середніми, неуспішними закладами охорони здоров'я. Неуспішні не завжди чують.

ФОТО: СТАС КОЗЛЮК

Медсестра ставить крапанку пацієнту, Київська міська лікарня

Чи я правильно розумію з розмов з багатьма медиками, насамперед управлінцями, що успішний медзаклад зараз в Україні може бути успішним лише у випадку, якщо джерела коштів НСЗУ не є єдиним джерелом надходжень. Тільки тоді, коли медзаклад працює з грантами, науковою частиною, можливо, клінічними дослідженнями, плюс платні послуги, плюс НСЗУ, тільки поєднуючи кошики.

Можна виключно працювати по НСЗУ і бути успішним.

Дайте кілька прикладів таких.

Та велика кількість закладів.

Національний інститут раку. Середня зарплата медсестер 35 000 грн, здається. Умовно, середнє по економіці в нас 30. Працюють виключно за програмами.

Вам в коментарях скажуть, що це тому, що онкологія пріоритезована. Давайте щось інше.

Госпіталь ветеранів війни у Винниках, Львівська область, де Володимир Красьоха переїхав з Вознесенська. Залучення джерел відбувається на інфраструктурні речі. Інфраструктура, органи місцевого самоврядування і міністерство через публічні інвестиційні проекти підтримують. Євген Мешко, Мукачево.

Є багато закладів, які змінюються і показують результат. Ми з медичною реформою провели децентралізацію і адміністративно-територіальну реформу. Чи є проблеми в тарифах? Так, є.

Але коли проблема в тарифах є, вона обґрунтована, от як ми проходили по кардіохірургічних втручаннях. Ми його підняли в два з половиною рази, запустили і знову від Академії [меднаук] лунало, що тарифи не обґрунтовані. Зібрали велику нараду з ними, проговорили, подискутували, закрилися з Національною службою здоров'я, перерахували. Потім зібралася в нас Асоціація кардіохірургів, ми презентували те, що готові зробити. Вони сказали: "Окей". Ми збільшуємо тариф, даємо планове стентування і стенти. Ви надаєте послугу без будь-яких додаткових натяків про те, що держава не покриває. Запустили, чи все полетіло зразу? Ні, але сьогодні кількість планових стентувань, ургентність і позитивних відгуків збільшується.

Післяопераційна
палата
ФОТО: МОЗ

Післяопераційна палата у Львівському обласному госпіталі ветеранів війни.

Чи є ще в системі речі, які зобов'язують купувати людину стент? Так, є, але про них треба маякувати в Національній службі здоров'я на гарячу лінію або в Міністерство охорони здоров'я на гарячу лінію, щоб ми розбиралися.

Я залишала особисто скаргу в МОЗ, відповіді немає майже пів року.

Якщо ви думаєте, що кожне звернення в нас є спроможність відразу на нього відпрацювати, то немає, тому що кількість звернень величезна, кількість запитів велика. Але в нас є можливість ці звернення поєднувати. Якщо від вас прийшов сигнал і від мене на одну ту ж послугу або лікарню, воно відразу пріоритизується і на цю лікарню буде зроблено або автоматичний моніторинг НСЗУ, або певна комісійна перевірка.

Фіналізуючи цю частину розмови, назвіть умовно три-п'ять ваших пріоритетів на 2027.

1. Матеріальний стан медичних працівників;
2. Ліки: програма “Доступні ліки”, централізовані закупівлі, закупівля ліків з програми медичних гарантій в закладах, щоб більша доступність до лікарських засобів була у пацієнта.
3. Медична інфраструктура. Закрити прогалини, які не можуть закриватися органами місцевого самоврядування.

Наступні дві частини розмови будуть упродовж наступних днів.

20 вересня, 22:38
Генштаб ЗСУ: Росіяни посилено атакують на Костянтинівському і Покровському напрямках

20 вересня, 21:50
У Сумах загинула людина через атаку російських безпілотників

20 вересня, 20:38
На Харківщині через ворожі атаки постраждали четверо людей

Ірина Андрейців, редакторка відділу «Здоров’я»

ВАКЦИНАЦІЯ ГРИП ЛІКАРІ ЛІКАРНІ ОБСТРІЛИ ВІКТОР ЛЯШКО ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЦИНИ

РЕКЛАМА

НОВИНИ ПАРТНЕРІВ

«Можемо віддати територію Польщі»: Туск зробив жорстку заяву

Загибель дитини у таборі: директорка намагалась скасувати підозру

В Умані знайшли мертвим 44-річного британця: що відомо

ЧИТАЙТЕ ТАКОЖ

19 вересня, 16:00

ІРИНА АНДРЕЙЦІВ

ВІДЕО **Шпаргалка для батьків від педіатра: коли до лікаря – очно, коли онлайн, а коли їхати в лікарню або викликати 103**

17 вересня, 13:52

Україна витрачає на ветерана 1400 грн на рік, – Віталій Кім

ЮЛІЯ БРЕУС

Чи всім потрібен психолог?

16 вересня, 15:00

ІРИНА АНДРЕЙЦІВ

НАШІ ГІДНІ, ВІДЕО **Ветеранство не діагноз: наскільки варто боятися психічних травм військових після повернення**

16 вересня, 13:25

У Львові відновили виробництво ліків в університетському фармацевтичному центрі

16 вересня, 13:10

МОЗ: Після інфаркту та операцій на серці безпечне повернення до активності забезпечує кардіореабілітація

16 вересня, 11:23

Рада провалила голосування за обидва законопроєкти щодо безпеки дорожнього руху

15 вересня, 08:00

ОКСАНА ЛЕВИЦЬКА

Війна проти водіїв? Ні. Безпека для всіх: що дасть зміна системи відповідальності на дорогах

14 вересня, 13:00

ВІТА КОРНІЄНКО

ВІДЕО **«Від вашого гумору в очах потемніло»: чорні жарти нам допомагають?**

11 вересня, 15:30

ІРИНА АНДРЕЙЦІВ

ПОЯСНЮЮТЬ ЛІКАРІ **Повітря після обстрілів: коли переживати і як діяти. Пояснює пульмонологиня Вікторія Терещенко**

У разі повного чи часткового відтворення матеріалів пряме гіперпосилання на LB.ua обов'язкове! Передрук, копіювання, відтворення або інше використання матеріалів, що містять посилання на агентство "Українські Новини" й "Українська Фото Група", заборонено.

Матеріали, які розміщуються на сайті з позначкою "Реклама" / "Новини компаній" / "Пресреліз" / "Promoted", є рекламними та публікуються на правах реклами. Редакція може не поділяти погляди, які в них представлені. Матеріали з плашкою СПЕЦПРОЄКТ є рекламними, проте редакція бере участь у підготовці цього контенту і поділяє думки, висловлені у цих матеріалах.

Редакція не несе відповідальності за факти та оціночні судження, оприлюднені у рекламних матеріалах. Згідно з українським законодавством, відповідальність за зміст реклами несе рекламодавець.

Інституційна підтримка надається LB.UA в межах проєкту Інститутом масової інформації за підтримки Міністерства закордонних справ Нідерландів. Зміст публікацій може не відображати офіційну позицію IMI та Королівства Нідерланди.

Суб'єкт у сфері онлайн-медіа; ідентифікатор медіа - R40-05097

РЕКЛАМА

Про використання cookies

Продовжуючи переглядати LB.ua ви підтверджуєте, що ознайомилися з Правилами користування сайтом та погоджуєтеся на використання файлів cookies

Про файли cookies