

## Івано-Франківщина: Екстрена медицина Прикарпаття: чому не йде реформа?

Posted By *admin* On 01/05/2015 @ 21:11 In Медицина у регіонах | [No Comments](#)

---

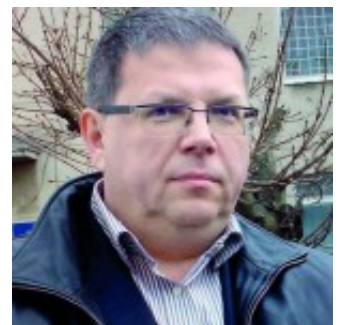


[1] Минулого місяця колектив Коломийської станції комунального закладу «Івано-Франківський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» пікетував обласну раду. Перед тим працівники скерували відкрите звернення до Голови облради Василя Скрипничука та головного лікаря КЗ «ІФОЦЕМД та МК» Володимира Похмурського, в якому висловили протест проти створення в Коломиї окремої від Центру юридичної структури. Але події виявилися лише вершиною айсберга під назвою «Реформування служби швидкої допомоги».

Тернистий шлях становлення системи екстреної медичної допомоги на Івано-Франківщині «ВЗ» обговорює з головним лікарем КЗ «ІФОЦЕМД та МК» Володимиром Похмурським, кандидатом медичних наук, доцентом кафедри хірургії Івано-Франківського національного медичного університету, за плечима якого понад 20 років практичної медицини у Львівській лікарні швидкої медичної допомоги.

***ВЗ*** Які особливості реалізації Закону України «Про екстрену медичну допомогу» на Прикарпатті?

[2] Володимир Похмурський, головний лікар КЗ «ІФОЦЕМД та МК», кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії Івано-Франківського національного медичного університету — Спробу створити єдину систему медичного порятунку життя і здоров'я людей робила кожна влада, і лише хронологічно співпало, що законодавче рішення про створення системи прийняло минуле «злочинне» керівництво. Не коментуватиму мотиваційних моментів, які прискорили прийняття Закону, але як фахівець стверджую: тут збіглися інтереси очільників народу й самих українців. Цим, мабуть, можна пояснити певний спротив, особливо в західних областях, аж до закликів ігнорувати реформу. І якщо в центрі країни вже заспокоїлися, розуміючи, що альтернативи немає, то на периферії, зокрема, на жаль, і на Прикарпатті, поодинокі популісти використовують слушний момент для наживання дешевого політичного капіталу. На моє переконання, закони, які б вони не були, треба виконувати всім — це



ознака правової держави. Стосовно Закону України «Про екстрену медичну допомогу», що, на мою думку, розроблений з урахуванням передового світового досвіду, його можна й треба якнайшвидше реалізувати на території країни.

***ВЗ*** *Отже, реформування швидкої невідворотне?*

— Цей процес неправильно називати реформуванням швидкої допомоги. Спроби перейменувати існуючу структуру й надати їй нових функцій приречені: з нинішньої швидкої не зробиш системної екстреної допомоги. Це — якісно інший стиль мислення, рівень професійних знань і вмінь, суспільної свідомості. Тому негайно слід створювати, що й передбачено Законом, нову медичну академічну дисципліну на рівні наукових інститутів, різнорівневих навчальних установ та лікувальних закладів. Треба формувати нову генерацію спеціалістів, які позбавлені негативного досвіду «совецької» швидкої допомоги, якою затикали всі діри, де була значна плінність кадрів і хронічне недофінансування.

У розвинених країнах медик системи екстреної допомоги — висококласний спеціаліст із панорамним клінічним баченням, оснащений усім необхідним діагностичним та лікувальним обладнанням, а також вмотивований державою.

***ВЗ*** *Раніше швидка виконувала різні функції: надавала й екстрену, й невідкладну допомогу, транспортні послуги, забезпечувала супровід різних заходів. Як це все тепер розділити?*

— Закон чітко прописує, хто що має робити. Треба зрозуміти основний принцип: екстрена допомога надається в ситуації, де хворий або постраждалий здебільшого не обирає собі лікаря самостійно і може померти без надання допомоги. Пацієнт може бути непритомним приїжджим, не мати паспорта, мобільного тощо, але його треба врятувати будь-що. Я завжди пропоную своїм лікарям та студентам розглядати себе і близьких як потенційних пацієнтів служби екстреної медичної допомоги — це сильний мотиваційний чинник для навчання. Забезпечення системи є доволі затратним, і тому держава має повністю взяти його на себе.

Що стосується невідкладної допомоги, то її має надавати первинна ланка. Наші ж люди звикли на будь-який випадок викликати швидку — вона завжди приїде, ще й зі своїми ліками. Якщо ж ні, то пишуть скарги в усі інстанції. Пересічний громадянин не відчуває відповідальності за невиправданий виклик бригади. Для держави ж екстрена допомога на порядок дорожча за невідкладну: для першої необхідна реанімаційна машина й обладнання, що коштує мільйони, навчений персонал, складна система зв'язку, диспетчеризації й оперативного реагування, тобто вона має застосовуватися, лише коли в людини сталася травма, гостре порушення систем життєдіяльності, отруєння. Невідкладну ж допомогу може надати сімейний лікар, терапевт або й медична сестра, особливо пацієнтам із хронічними недугами, які живуть на території обслуговування первинної ланки. Виклики треба сортувати.

**ВЗ** *Хто ж має сортувати виклики, контролювати роботу системи медичного порятунку?*

— Законом передбачено створення в Івано-Франківську єдиної диспетчерської, як і в кожному обласному центрі. Частина робіт має профінансувати обласна влада. Однак десь на місцевому рівні сидить собі чиновник, без резолюції якого неможливо зробити жодного кроку. А він має «особливу» думку («закон недосконалий, не треба поспішати його виконувати, незабаром усе відмінять») й відповідно послідовно саботує й блокує імплементацію закону через свою принципову позицію. Що найгірше — не несе жодної персональної відповідальності. Для прикладу, вартість ремонтно-будівельних робіт нашої диспетчерської торік становила 2,8 млн грн, тепер вона сягнула майже 8,2 млн. Хто має відповісти за те, що цей же проект минулого року можна було реалізувати втричі дешевше?

Згадую зустріч у Кракові з представниками місцевої влади. Губернатор вкладає в швидку кошти, бо це предмет його гордості: він рятує людей шляхом інвестицій у матеріальну базу служби і гордий тим, що ми приїхали до нього за досвідом. А в нас доходить до абсурду: я, найманий працівник, до речі, єдиний керівник комунального лікувального закладу, призначений прямим голосуванням в облраді, «воюю» з представником власника, бо той не дає мені виконувати приписане законом. Нам все ж удалося правдами-неправдами профінансувати виконання проектно-кошторисних робіт, провести експертну оцінку документації. За підтримки Голови обласної державної адміністрації погоджено фінансування проекту, і найближчим часом сподіваємося на його реалізацію.

**ВЗ** *Чи є якийсь економічний ефект від об'єднання районних швидких у єдиний Центр?*

— За 2012-2013 рр. виконали колосальну підготовчу роботу, зокрема, провели аудит основних засобів і кадрів майбутньої системи, моніторинг роботи медичних підрозділів, що надають профільну допомогу населенню, визначили пріоритети. Наведу цифри: якщо у 2012 р. кількість викликів швидкої в області становила близько 340 тис. (це приблизно 1 тис. викликів на добу), то у 2014-му (Центр у теперішньому форматі працює з 1 січня 2014 р.) — 270 тис. За рахунок чого таке зменшення виїздів, і чи не постраждали люди? Налагодили контроль за виїздами, на старі автомобілі встановили датчики витрат палива та GPS-трекери, частину роботи передали до первинної ланки. 70 тис. викликів, гроші на які йшли в повітря, ми зняли! Зауважу, населення області не відчуло цього зменшення: жодної відмови у виклику, жодної скарги на гарячу лінію — зате помітна економія! Стали менше красти: машина швидкої, яка в середньому за день найжджала 240 км, після налагодження контролю їздить утричі менше.

**ВЗ** *А що за проблема виникла з Івано-Франківською міською станцією швидкої допомоги — вона так і не увійшла до Центру?*

— Противникам реформи донині вдалося зберегти в Івано-Франківську «зону, вільну від Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Тут абсолютно нічого не змінилося за майже 2,5 року. Незалежна міська станція, хоч і на обласному фінансуванні, але, як і раніше, виконує весь спектр медичних та парамедичних послуг у межах міста: крім статутної екстреної і невідкладної допомоги, виклики в рубриці «інші» становлять до 70%(!), кількість виїздів практично не зменшується, а відсоток екстреної госпіталізації не перевищує 20. На фоні якісних змін, що відбуваються в інших підрозділах області, за рейтинговими показниками роботи у 2014 році міська станція пасе задніх. Щодо економічного аспекту, то собівартість 1 бригади міста в 1,5 раза вища, ніж середня по області. Про який єдиний медичний простір можна говорити?

**ВЗ** *Вам закидають створення південно-східного окружного відділення в Коломиї зі своєю адміністрацією як посередника між Центром і районами. Буцімто робляться надбудови, абсолютно непотрібні зараз, коли треба економити кошти.*

— Створення госпітальних округів затверджене Регіональним планом розвитку області ще кілька років тому. У Центрі з метою підвищення якості надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі, покращення взаємодії між структурними підрозділами ми створили окружні відділення більш ніж півроку тому, не порушуючи статут, у межах існуючих штатів і кошторисних призначень. Маємо 5 таких відділень, одне з них із центром у Коломиї, щоб ліквідувати нерівномірність у наданні медичної допомоги на догоспітальному етапі. Районні лікарні, до яких раніше були прив'язані відділення швидкої допомоги, «на папері» однакові, проте дуже різняться за рівнем надання медичної допомоги. Окружні відділення — як «парасолька» для менших відділень довкола потужнішої лікувальної бази. Кожне окружне відділення на чергуванні має спеціалізовану лікарську бригаду з автомобілем класу С, яка може прийти на допомогу будь-якій іншій бригаді, минаючи адміністративні кордони. Ці бригади може використати і відділ виїзної консультаційної допомоги Центру в разі необхідності екстреного транспортування пацієнта до спеціалізованого медзакладу, що кардинально скорочує час доїзду до хворого. Питання окружних відділень ніхто б і не порушував, якби не кандидатура керівника Коломийської станції, що входить до складу південно-східного відділення. Свого часу я звільнив цього медика за незадовільну роботу, проте йому через суди якимось дивом удається поновлюватися на посаді. Оскільки він не має підтримки ані керівництва Центру, ані колективу (проти нього виступили 140 працівників зі 146), я призначив керувати окружним відділенням іншого лікаря. Правильність обраної стратегії підтвердила й позиція колективу Коломийської станції, який не хоче працювати відокремлено від обласного Центру, що медики й засвідчили перед обласною радою. Для ясності скажу: торік усі працівники Центру отримали максимальну рекомендовану надбавку до зарплати. Всі мають підйомні на відпустку — закон це не забороняє, хоча рекомендує лише для

медиків. За матеріальну відповідальність, напруженість і понаднормову роботу також є надбавка з фонду економії оплати праці. Багато спеціалістів пройшли безкоштовне навчання в Польщі. А це візова підтримка, двотижневе проживання, транспортні витрати. Постанова Кабінету Міністрів забороняє купувати спецодяг за бюджетні кошти? Шукаємо інші шляхи, але не перекладаємо цю проблему на плечі людей. Тобто працівники мають пристойну зарплату, можливість навчатися, підвищувати кваліфікацію, не дають хабарів. То чому їм не вийти, щоб захистити себе, якщо їх хочуть загнати назад у ЦРЛ, у ті умови праці, коли машини не ремонтвані, 250 тис. грн боргів по зарплатах, знервований колектив, купа скаржників? Тому сьогодні більшість виступає за роботу в структурі нашого Центру і не хоче працювати під керівництвом «фахівця», який довів станцію до ручки.

***ВЗ*** Чи правда, що на початку створення екстреної служби було закуплено стільки медикаментів, що їх довелося розподіляти по інших медзакладах?

— Створення Центру на Прикарпатті затрималося, а державна субвенція на реалізацію закону про екстрену допомогу прийшла, і ці гроші обласна рада розділила між ЦРЛ. Не надто кваліфіковане визначення потреб призвело до того, що деякі лікарні понабирали ліків із великим запасом. Скажімо, анальгетиків наскладували на кілька років. Я вже застав усе це як факт. Звісно, державне майно зберегли, склали реєстр цих ліків, і як тільки підходив кінець терміну придатності, облрада перерозподіляла їх через трансфери. Івано-Франківщина із населенням 1,4 млн отримала понад 9 млн грн державної субвенції на ліки й товари медичного призначення. Враховуючи значні запаси й реальну потребу, цьогоріч фінансування буде вдвічі меншим. Маємо надійний запас для роботи служби, є можливість виконати будь-який протокол лікування.

***ВЗ*** Що це був за прецедент, коли Центр працював без ліцензії на наркотичні засоби?

— Справді, торік ми як новостворена структура, що до того ж змінювала юридичну адресу, деякий час працювали, використовуючи ліцензії лікувальних установ, де досі трудилися наші працівники. Нині Центр має всі необхідні дозволи та ліцензії, зокрема на лікувальну практику і використання, зберігання наркотичних та інших засобів.

***ВЗ*** Яка ситуація з диспетчерами і загалом із кадрами?

— Нині Центру бракує фельдшерів, щоб доукомплектувати бригади, а от лікарів достатньо. Гостро стоїть питання з пенсіонерами: що може вдіяти фельдшер, який не може залізти до машини?

У випадку аварії який шанс має постраждалий, хто нестиме його? Обов'язковою вважаю наявність у бригаді як мінімум 2 фельдшерів — молодих, здорових, здатних врятувати хворого. Нехай один із них керує автомобілем: так працюють у Польщі й

інших європейських країнах.

**ВЗ** *Яким чином диспетчери визначають актуальність і складність виклику? Чи були випадки, коли вони помилялися, не оцінивши виклик як екстрений?*

— На жаль, таке справді було і може повторитися, бо в нас немає інституції диспетчерів. Тільки зараз починають запроваджувати курси підвищення кваліфікації диспетчерів, і медичний диспетчер виводиться в окрему медичну спеціальність. Перші кроки, які ми зробили, це підвищення ефективності післядипломної освіти. Відібрали 26 працівників і відправили на навчання до Польщі, а потім сертифікували їх за вимогами для інструкторів Американської асоціації серця щодо серцево-легеневої реанімації. Наші спеціалісти регулярно їздять на стажування до Польщі. Крім того, провели навчання 6 диспетчерів на станції у Кракові. Тепер вони принаймні розуміють, як працює центральна диспетчерська: перед тобою 4 комп'ютери, є спеціальні довідники. В заданий час диспетчери проводять опитування пацієнта: ставлять стандартні запитання, виводять на якусь дію. Зрозуміло, якщо непритомний після ДТП, тут — одне питання, 2 секунди на збір інформації і одразу ж виїзд бригади. Диспетчер бачить усі машини на екрані, до того ж не дублюється робота зі збору анамнезу — ця інформація вже на карті в автомобілі. Інша ситуація: телефонує людина, яка є в базі даних, а система запеленгувала, що телефонує часто і з різних номерів. Тоді диспетчер передає виклик черговому лікарю чи дільничному, а той зайде до пацієнта дорогою з роботи — це не екстрена ситуація, і не варто залучати бригаду, яка потрібна для порятунку тяжкохворого.

**ВЗ** *Якість підготовки лікарів вас влаштовує?*

— Це болюча тема — навчання і спеціалізація з екстреної медицини. Щоб мати можливість працювати в системі, студенти в багатьох країнах проходять базове п'ятирічне навчання і ще стільки ж здобувають спеціальне. У нас наразі немає вченої ради із захисту наукових робіт з цієї дисципліни.

В Івано-Франківську медициною невідкладних станів займається кафедра терапії, у Львові — кафедра сімейної медицини. Я маю понад 50 фахових публікацій як хірург, готую докторську, а тепер ось розвиваємо медицину невідкладних станів. Треба формувати дисципліну на рівні вищої школи, МОЗ, хоч там працюють над цим, але постійно щось стопорить роботу. Дуже важливо мати госпітальне відділення. У Львові рятує ситуацію міська лікарня швидкої допомоги, яка має багаті традиції та йде в ногу з часом, створюючи сучасне відділення екстреної медичної допомоги за всіма правилами сегрегації й лікування пацієнтів. На жаль, в Івано-Франківську такого ще немає навіть концептуально. Поки лише спроби переобладнати приймальне відділення, як-от, наприклад, у центральній міській лікарні.

**ВЗ** *Чим ваш Центр може похвалитися перед іншими областями?*

— Радше поділитися досвідом із колегами. Нинішній закон про екстрену медицину є

синтезом американського і польського. Останній добре себе зарекомендував, нам ближчий ментально й територіально. Тому багато навчаємося в сусідів, переймаємо досвід. Уклали угоду з Польською радою працедавців екстреної медичної допомоги, згідно з якою організовуємо навчання вітчизняних фахівців. Торік провели три міжнародні школи з екстреної допомоги в Польщі й у нас, першу українсько-польську науково-практичну конференцію, дві спільні конференції з питань психологічної підтримки в екстреній медицині, плануємо локальний чемпіонат з екстреної допомоги, куди приїдуть колеги із найближчих областей та Європи. На ці змагання запрошуємо міжнародних суддів, щоб реально оцінили, на якому щаблі фахового розвитку стоїмо.

Щодо наукової складової. Маємо сертифікованих інструкторів, непогане методичне знаряддя, зокрема подарований поляками манекен вартістю 300 тис. грн — його програмне забезпечення дає можливість змоделювати будь-яку критичну ситуацію. Наші медики щодня відпрацьовують протоколи порятунку життя і здоров'я людей у навчально-тренувальному відділі. Маємо програми навчання для різних категорій медичних і немедичних працівників. Тісно співпрацюємо з волонтерами щодо реабілітації поранених Західного військового госпіталю. Наші інструктори виїжджають на військовий полігон у Яворові й навчають колег основам порятунку людей. Частина підготованих нами медиків відправилася надавати допомогу в зону АТО. Завдяки польським партнерам допомагаємо передовій транспортом, ліками та іншими необхідними речами. Отримали від них 4 реаніомобілі, повністю «нафаршировані» вакуумним матрацом, апаратом ШВЛ, кисневими балонами, універсальними ношами на пневмоподушці, аварійно-рятувальними та перев'язувальними наборами тощо. Все під рукою, на визначених місцях, водій має зв'язок із салоном, розчини на підігріві для реанімації дорогою, є каски на випадок обвалів, захисні окуляри, налобні ліхтарики. Машини на підзарядці, готові до виїзду в будь-яку хвилину.

***ВЗ*** *Розкажіть про особливості екстреної медицини в умовах передгір'я та які вимальовуються перспективи.*

— Купили кілька УАЗів для бездоріжжя, хоч тут є питання не лише до виробника, але й до якості машини. Це не медичний транспорт, але в умовах Прикарпаття альтернативи просто немає. Повнопривідний Мерседес коштує 3 млн грн (сама лише база), УАЗи закупили ще по 220 тис. грн. Проблему знають в обласній раді. Після створення єдиної диспетчерської можемо сміливо перейти до наступного кроку: системи екстреної медичної авіації, як у поляків, німців, румунів. Ретельно вивчаємо законодавчу базу. Є група ініціативних людей, які вміють і хочуть літати, прагнуть інвестувати, аби відновити медичну авіацію без великого навантаження на бюджет. Вартість утримання вертоліта МІ-2 така, як і 4 повноцінних фельдшерських бригад. Це єдиний вихід у гірському регіоні, бо непоодинокі випадки, коли працівники з ношами 2 години йшли пішки в гори до пацієнта. Якісні дороги — справа не одного дня. Тому для Прикарпаття і не тільки розвиток медичної авіації — пріоритет. Якби я

був Міністром, то порушував би це питання на рівні держави. Закон не забороняє, вже маємо проекти.

*Людмила СТРАЖНИК, власкор «ВЗ», Західний регіон*

## **Інші новини за темою:**

Чернігівщина: Паліативна та хоспісна допомога тримається виключно на ентузіазмі медиків <sup>[3]</sup>

Рівненщина: Серцево-судинні катастрофи, помножені на безгрошів'я <sup>[4]</sup>

Івано-Франківщина: І знову «Дело врачей»?  <sup>[5]</sup>

Івано-Франківщина: Відомчий медзаклад — між двома «усиновителями» <sup>[6]</sup>

Івано-Франківщина: Роман Мельник: Без оптимізації медичних закладів не обійтисся <sup>[7]</sup>

---

Article printed from Ваше Здоров'я: <http://www.vz.kiev.ua>

URL to article: <http://www.vz.kiev.ua/ivano-frankivshhina-ekstrena-medicina-prikarpattya-chomu-ne-jde-reforma/>

URLs in this post:

[1] Image: <http://www.vz.kiev.ua/wp-content/uploads/2015/02/skoraya1.jpg>

[2] Image: [http://www.vz.kiev.ua/wp-content/uploads/2015/05/VZ-17-18\\_2015\\_Страница\\_14\\_Изображение\\_0001.jpg](http://www.vz.kiev.ua/wp-content/uploads/2015/05/VZ-17-18_2015_Страница_14_Изображение_0001.jpg)

[3] Чернігівщина: Паліативна та хоспісна допомога тримається виключно на ентузіазмі медиків : <http://www.vz.kiev.ua/chernigivshhina-paliativna-ta-xospisna-dopomoga-trimayetsya-viklyuchno-na-entuziazmi-medikiv/>

[4] Рівненщина: Серцево-судинні катастрофи, помножені на безгрошів'я : <http://www.vz.kiev.ua/rivnenshhina-sercevo-sudinni-katastrofi-pomnozheni-na-bezgroshivya/>

[5] Івано-Франківщина: І знову «Дело врачей»? : <http://www.vz.kiev.ua/ivano-frankivshhina-i-znovu-dyelo-vracheyj/>

[6] Івано-Франківщина: Відомчий медзаклад — між двома «усиновителями» : <http://www.vz.kiev.ua/ivano-frankivshhina-vidomchij-medzaklad-mizh-dvoma-usinovitelyami/>

[7] Івано-Франківщина: Роман Мельник: Без оптимізації медичних закладів не обійтисся : <http://www.vz.kiev.ua/ivano-frankivshhina-roman-melnik-bez-optimizaci%20medichnix-zakladiv-ne-obijtisy/>

Copyright © 2013 Ваше Здоров'я. All rights reserved.