

О.Б. Петряєва (Донецьк)

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ВЕЛИКОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ: ПРОБЛЕМИ ТА РИЗИКИ

Головне управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації

Висвітлено основні проблеми та ризики щодо реформування системи охорони здоров'я у великому промисловому регіоні (на прикладі Донецької області). Встановлено, що можливі проблеми і загрози можна розділити на п'ять складових: організаційні, кадрові, фінансові, матеріально-технічні, інформаційні. Мінімізація ризиків і потенціювання сильних сторін реформи – основне завдання органів і установ охорони здоров'я як центрального, так і регіонального рівнів.

Ключові слова: реформування системи охорони здоров'я, ризики.

На етапі апробації нової системи організації медичної допомоги в пілотних регіонах дуже важливо або запобігти можливим ризикам, або прийняти заходи щодо мінімізації цих ризиків.

Оскільки охорона здоров'я є системою, що складається з двох категорій: медичних фахівців і медичних послуг, які вони надають, то й можливі ризики реформування галузі можуть бути двох категорій: зниження якості та доступності медичної допомоги населенню і погіршення умов роботи медичних працівників.

У Донецькій області підведено перші підсумки проведення реформи. Можливі проблеми і загрози можна розділити на п'ять складових: організаційні, кадрові, фінансові, матеріально-технічні, інформаційні.

До організаційних ризиків належить несвоєчасність нормативно-правової бази для забезпечення проведення реформи медичної галузі.

На жаль, більшість наказів, що стосуються реформи первинної ланки, видані несвоєчасно, а деякі, наприклад наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 130 «Про затвердження Примірною переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню» виданий без зваженого підходу та огляду на існуючі вимоги до функціонування лабораторій у закладах охорони здоров'я.

Розподіл повноцінних акредитованих лабораторій медичних закладів вторинного рівня на дрібні, які не відповідають необхідним стандартам ні за оснащенням, ні за кадровим забезпеченням, призвів до погіршення якості лабораторних досліджень не тільки на первинному, але й на вторинному рівні та, як наслідок, до необхідності призупинення дії зазначеного наказу,

хоча спеціалісти Донецької області задалегідь попереджали про можливість такої ситуації.

Стосовно реформування вторинного рівня надання медичної допомоги: ще не прийнята постанов Кабінету Міністрів України «Про порядок створення госпітальних округів», що планувалось здійснити у березні 2012 року відповідно до Національного плану дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»; у зв'язку з цим не видані відповідні накази МОЗ України, що позначається на якості та своєчасності формування області госпітальних округів.

Для мінімізації ризиків реформи необхідно організувати належний контроль шляхом впровадження об'єктивних індикаторів якості та критеріїв їх оцінки.

Індикаторами якості медичної допомоги на первинному рівні, визначеними МОЗ, є: первинна інвалідність; дитяча смертність; виявлення візуальних форм онкозахворювань на пізніх стадіях; виявлення туберкульозу на пізніх стадіях; повнота охопту профоглядами і диспансерним спостереженням.

Однак цих показників недостатньо для реальної оцінки роботи сімейних лікарів. Для первинної ланки необхідні додаткові індикатори якості роботи: кількість звернень прикріпленого населення по екстрену медичну допомогу; число направлень на консультацію до лікарів-спеціалістів; рівень госпіталізації. Саме ці показники дадуть змогу запобігти необґрунтованому стриманню сімейними лікарями направлень хворих на вторинний рівень.

Реформування первинного рівня. З початку року в області розпочали функціонувати 72 центри первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД): 55 – у містах і 17 – у сільських районах. Всі вони вчасно отримали державну реєстрацію як юридичні особи.

Однак виникла проблема забезпечення знеболювання онкохворих, які потребують використання наркотичних лікарських засобів, у зв'язку з відсутністю у центрів ПМСД ліцензій на право застосування наркотиків. Таке ліцензування проводиться протягом шести місяців після їх юридичної реєстрації (тобто до 1 липня поточного року).

Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» передбачено, що на період реалізації пілотного проекту дія ліцензій та інших дозвільних документів, виданих закладам охорони здоров'я регіонів, поширюється на заклади, створені на їх базі у процесі реорганізації. Однак у Донецькій області не усі центри ПМСД створені шляхом реорганізації існуючих медичних закладів.

Цю проблему ми оперативнo вирішили шляхом укладання договорів між центрами ПМСД і закладами охорони здоров'я вторинного рівня.

На сьогоднішній день головне управління охорони здоров'я здійснює контроль за належною організацією роботи центрів ПМСД для надання населенню ПМСД, у т.ч. проводить роботу щодо мінімізації ризиків можливого невчасного отримання центрами ПМСД дозвільних ліцензій.

Розроблено паспорти центрів ПМСД у вигляді схем і карт з вказівкою юридичної адреси, відомостей про керівний склад, структуру, кадрове і матеріально-технічне забезпечення, кількість обслуговуваного населення, що дає змогу проводити моніторинг за їх діяльністю.

Крім того, кожний центр розробив власні паспорти з більш докладнішою інформацією, необхідною для швидкої та якісної роботи сімейних лікарів, наприклад, з вказівкою додатково відкритих амбулаторій, відстані населених пунктів до структурних підрозділів центрів, транспортного сполучення.

На підставі таких паспортів з метою наближення медичної допомоги населенню головні лікарі разом з міськими головами і головами райдержадміністрацій проводять роботу щодо поліпшення транспортного сполучення.

Реформування вторинного рівня. Незважаючи на обмежений час і недостатність нормативної бази, ми виконали всі заплановані на 2011 р. заходи. Цьому сприяли: таймінг; масштабна виїзна робота; співбесіда з керівниками міст, районів і охорони здоров'я; заслуховування проблемних питань на засіданнях Регіонального комітету з економічних реформ при облдержадміністрації, зокрема виїзних, на засіданнях

міжвідомчої робочої групи, створеної спільним розпорядженням голів облдержадміністрації та обласної ради; обговорення розроблених регіональних критеріїв формування госпітальних округів, що висвітлено на офіційному Інтернет-сайті головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації для спільного обговорення з громадськими організаціями, профспілковими організаціями та населенням; а також роз'яснювальна робота серед населення і медичної громадськості.

Розроблені та аналізуються паспорти медичних установ міст і районів з метою вивчення їх діяльності, наявних та потенційних кадрових і матеріально-технічних ресурсів, що дасть змогу об'єктивно визначити оптимальну кількість госпітальних округів, їх інфраструктуру і функцію кожної лікарні в госпітальному оточенні.

Продовжується виїзна робота в міста і райони для обговорення планів реформування установ вторинного рівня з керівництвом міст і районів.

Головними спеціалістами головного управління охорони здоров'я відпрацьовуються питання реформування спеціалізованих служб області.

Реформування екстреної медичної допомоги. З метою створення єдиної системи екстреної медичної допомоги службу швидкої медичної допомоги області реорганізовано шляхом виведення відділень швидкої допомоги зі складу центральних міських і районних лікарень, концентрації служби в 28 самостійних станцій швидкої медичної допомоги та передачі їх в обласну комунальну власність.

На жаль, в Донецькій області ще не вдалося створити єдину вертикаль управління службою з єдиною юридичною особою у зв'язку з коротким терміном, визнаним МОЗ для такої реорганізації, а також недостатнім матеріально-технічним забезпеченням служби, у т.ч. застарілим парком санітарних машин і незадовільним їх оснащенням, недостатнім кадровим забезпеченням, неготовністю керівників працювати в новій системі. Проте проведено роботу щодо мінімізації цих ризиків:

- введено в експлуатацію нову будівлю обласного центру екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, де створено умови для функціонування всіх необхідних підрозділів;
- завершено будівництво єдиної диспетчерської, в якій найближчим часом будуть створені всі необхідні технічні умови для прийому викликів від населення;
- проводиться робота щодо організації мережі 11 регіональних диспетчерських служб екстреної медичної допомоги із впровадженням цифрового радіозв'язку і комп'ютеризації робочого місця диспетчера на станціях і підстанціях швидкої медичної допомоги;

- за рахунок виділених з обласного бюджету 3,0 млн грн придбано 3 реанімобілі;
- відпрацьовано карту-схему дислокації всіх підрозділів служби із запланованим створенням 55 додаткових пунктів базування бригад.

Однак існує ризик нераціональної організації роботи служби екстреної медичної допомоги у зв'язку з відсутністю затвердженого переліку станів догоспітальної медичної допомоги, яку повинна надавати первинна ланка, а яку – швидка медична допомога.

Ризики щодо кадрового забезпечення полягають у низькій соціальній захищеності медичних працівників у процесі реорганізації закладів охорони здоров'я та необхідності в короткий термін підготувати і перепідготувати значну кількість сімейних лікарів і управлінців.

У Донецькій області укомплектованість дільничними лікарями-терапевтами становить 64,8%, дільничними лікарями-педіатрами – 75,8%, сімейними лікарями – 30,1%. З них майже половина лікарів – люди пенсійного віку.

Для реалізації закону і проведення реформи охорони здоров'я необхідно укомплектувати центри ПМСД трьома тисячами сімейних лікарів. До 2020 р. на курсах спеціалізації передбачається підготувати 900 лікарів, зокрема, протягом найближчих трьох років – 390 (по 130 лікарів щороку); шляхом навчання в інтернаті – понад 1700 осіб, зокрема за три роки – 375 (по 125 осіб щороку).

Для мінімізації ризиків щодо кадрового забезпечення вважаємо за доцільне у пілотних регіонах провести такі заходи:

- індексувати грошові доходи медичним працівникам, які змінюють місце роботи в результаті реорганізації закладів охорони здоров'я;
- виплатити добові на увесь період підготовки та перепідготовки медичних працівників у встановленому законодавством розмірі для службових відряджень;
- збільшити термін збереження середньої заробітної плати для працівників, які змінюють місце роботи в результаті реорганізації закладів охорони здоров'я;
- впровадити систему місцевих стимулів для медичних працівників.

З метою закріплення кадрів і підвищення соціальної захищеності лікарів, майже в усіх містах і районах Донецької області рішеннями сесій міських і районних рад прийнято програми «місцевих стимулів» для медичних працівників на 2012–2015 рр., фінансування яких передбачено з місцевих бюджетів і позабюджетних коштів, не використовуючи асигнування на охорону здоров'я.

Цими програмами передбачені: пільги для абітурієнтів з сільської місцевості на вступ до вищих медичних утворених закладів; цільове направлення на навчан-

ня у вищій медичній учбовій закладі I–IV рівнів акредитації та виплату стипендій; доплата до заробітної плати сімейним лікарям у вигляді фіксованої премії; забезпечення службовим / соціальним житлом; надання земельних ділянок; пільги на оплату комунальних послуг; пільговий проїзд у транспорті; позачергове надання місць дітям медпрацівників до дитячих дошкільних установ тощо.

Для забезпечення можливості підготовки та перепідготовки більшої кількості лікарів первинної ланки досягнуто домовленості з керівництвом Донецького національного медичного університету ім. М. Горького про розширення потужностей кафедри загальної практики / сімейної медицини. У 2012 р. збільшено обсяг проходження лікарями циклів зі спеціалізації з 90 до 130 і передатестаційних циклів – з 60 до 90.

Фінансові ризики полягають у недостатності коштів на фінансування закладів охорони здоров'я, особливо вторинного рівня.

Необхідно оптимізувати мережу та ліжковий фонд наявних закладів охорони здоров'я для привести їх у відповідність до реальної потреби населення в стаціонарній допомозі.

Матеріально-технічне забезпечення медичних закладів також викликає занепокоєння. Внаслідок розмежування рівнів надання медичної допомоги існуюче медичне обладнання та санітарний автотранспорт є недостатніми для якісного функціонування закладів охорони здоров'я обох рівнів.

Сподіваємось, що кошти державного бюджету, виділені для підтримки реформування системи охорони здоров'я в Донецькій області, значно поліпшать забезпечення медичних закладів та служби швидкої медичної допомоги медичним автотранспортом і обладнанням.

Важлива роль у мінімізації ризиків належить **інформаційному забезпеченню проведення реформи.**

У Донецькій області в постійному режимі масово висвітлюються й аналізуються перетворення в системі охорони здоров'я. Одним з прикладів реалізації можливостей соціального партнерства є робота Медіа центру «Швидка інформаційна допомога» і суспільної «гарячої лінії», яка працює за ініціативи голови облдержадміністрації і за фінансової підтримки Добродійного Фонду Рината Ахметова «Розвиток України».

На національному рівні слід провести активну системну роботу з підтримки інформаційної компанії щодо перетворень у системі охорони здоров'я та налагодження комунікацій між представниками різних заінтересованих груп.

Отже, мінімізація ризиків і потенціювання сильних сторін реформи – основне завдання органів і установ охорони здоров'я як центрального, так і регіонального рівнів. І лише в спільній роботі – джерело успіху в реалізації завдань, які поставив Президент України

В.Ф. Янукович перед медичною громадськістю щодо модернізації системи охорони здоров'я і досягнення

основної мети реформи, – забезпечення якості та доступності медичної допомоги для населення.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.04.2012 р.

Реформирование системы здравоохранения в большом промышленном регионе: проблемы и риски

Е.Б. Петряева (Донецк)

Освещены основные проблемы и риски при реформировании системы здравоохранения в большом промышленном регионе (на примере Донецкой области). Установлено, что возможные проблемы и угрозы можно разделить на пять составляющих: организационные, кадровые, финансовые, материально-технические, информационные. Минимизация рисков и потенцирование сильных сторон реформы – основное задание органов и учреждений здравоохранения как центрального, так и регионального уровней.

Ключевые слова: реформирование системы здравоохранения, риски.

Reforming of health care system in a large industrial region: problems and risks

O.B. Petryayeva (Donetsk)

The basic problems and risks in reforming of health care system in a large industrial region (on example of Donetsk region) have been covered. It is established that the potential problems and threats can be divided into five components: organizational, personnel, financial, logistical and information. Minimization of risks and potentiation of reform strengths – the main task of enforcement and health agencies both central and regional levels.

Key words: reforming of health care system, risks.