



ІНСТИТУТ
ЕКОНОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
ТА ПОЛІТИЧНИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ



Аналітична записка
НС1/2013

Реформа охорони здоров'я: висновки щодо першого етапу реформи

**Інститут економічних досліджень та
політичних консультацій**

Київ, квітень 2013 року

- Зміни в рамках реформи (слайд 3)
- Перший етап реформування: первинна ланка медичної допомоги (слайд 12)
- Основні проблеми при реформуванні / їх можливе вирішення (слайд 15)
 - Створення ЦПМСД (слайд 15)
 - Кваліфікація сімейних лікарів (слайд 25)
 - Оплата праці та регламент роботи (слайд 36)
 - Реструктуризація сільських дільничних лікарень (слайд 41)
 - Співпраця первинного та вторинного рівня надання допомоги (слайд 46)
 - Висновки (слайд 52)
- Ризики реформування (слайд 58)



Зміни в рамках реформи



Реформа охорони здоров'я

У 2011 році ухвалено два ключові законопроекти, які дали старт медичній реформі:

- Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»
 - мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної його якості, своєчасності, доступності, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.
- Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»
 - передбачено відпрацювання на базі пілотних регіонів основних підходів до реформування системи охорони здоров'я, їх моніторинг та оцінку для подальшого поширення на всю територію країни.



Основні проблеми в системі охорони здоров'я

Основні проблеми

Низька доступність якісної медичної допомоги

Високі неофіційні платежі

Неефективна структура надання медичної допомоги

Неефективні принципи фінансування системи охорони здоров'я та недостатнє фінансування

Низький рівень профілактики

⇒ **Нагальна необхідність реформувати систему охорони здоров'я**



Основні проблеми первинної ланки

Занепад первинної ланки

Недостатнє фінансування первинної ланки (особливо в містах)

Зниження престижності роботи лікарів первинної ланки

Терапевт – радше диспетчер, аніж лікар

Надмірне використання спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги

Низький рівень профілактики

⇒ Нагальна необхідність приділити більшу увагу первинній ланці системи охорони здоров'я



Мета реформи охорони здоров'я

Мета реформи

Поліпшення здоров'я населення

Підвищення якості медичної допомоги

Підвищення доступності медичної допомоги



Реформа охорони здоров'я

Нова модель системи охорони здоров'я **ґрунтуватиметься на наданні допомоги сімейними лікарями**, які стануть основою оновленої системи охорони здоров'я.

Сімейний лікар – лікар, який має знання про здоров'я всієї родини, який знайомий зі стилем життя пацієнта.

Він відповідає за процес та результат лікування пацієнта (тоді як зараз найчастіше жоден лікар не є відповідальним за це).

Сімейний лікар краще оснащений і всебічно підготовлений, що дає йому можливість не тільки подивитись горло, але й виконати базові функції окремих вузьких спеціалістів.



Зміни в рамках реформи

9

Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги»

- Розмежування медичної допомоги за її видами (на первинну, вторинну та третинну медичну допомогу)
- Формування мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання трудових і фінансових ресурсів
 - На першому етапі створення центрів первинної медико-санітарної допомоги
 - Створення консультативно-діагностичних центрів (КДЦ)
 - Створення госпітальних округів
- Надання безоплатної медичної допомоги на договірних засадах (за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення)
- Керованість медичних маршрутів пацієнтів (система направлень)
- Вільний вибір лікаря первинної медичної допомоги



Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській Донецькій областях та місті Києві»

- Створення пулів фінансових ресурсів шляхом об'єднання коштів на третинну, вторинну та екстрену медичну допомогу
 - відповідно до цього рішення заклади вторинна і екстренна медична допомога (частково третинна) повинні фінансуватись за рахунок обласного бюджету
- Перехід до оплати праці з урахуванням обсягів та якості роботи
 - Обсяги роботи: надбавки за більшу чисельність приписного населення (для сімейного лікаря понад 1500 в містах, 1200 в селах)
 - Якісні показники враховують роботу лікаря з пацієнтами, профілактичні огляди, ранні виявлення захворювань, надмірне спрямування пацієнтів до вузьких медичних спеціалістів



Первинна медична допомога

- Центри первинної медико-санітарної допомоги (Центри ПМСД)

Вторинна (спеціалізована) медична допомога

- **в амбулаторних умовах**
 - консультативно-діагностичні підрозділи лікарень
 - консультативно-діагностичні центри
- **в стаціонарних умовах**
 - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування
 - лікарні відновного (реабілітаційного) лікування
 - лікарні планового лікування
 - хоспіси
 - спеціалізовані медичні центри

Третинна медична допомога

- **в стаціонарних та амбулаторних умовах**
 - багатопрофільні обласні лікарні (клінічна лікарня)
 - високоспеціалізовані медичні центри (за напрямками)



Перший етап реформування: первинна ланка медичної допомоги



Перший етап реформи

Чітке відокремлення первинної ланки медичної допомоги

- Створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)
- До складу центрів ПМСД можуть входити структурні або відокремлені підрозділи, амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, медичні пункти, медичні кабінети
 - *У 2012 році в усіх пілотних областях було створено центри ПМСД із широкою мережею амбулаторій та ФАПів*
 - *В м.Києві центри було створено в двох пілотних районах у 2012 році, створення центрів ПМСД в інших районах міста розпочалось в другому кварталі 2013 року*



Перший етап реформи

Передача закладів ВМД на обласний рівень

- Створення пулів фінансових ресурсів шляхом об'єднання коштів на третинну, вторинну та екстрену медичну допомогу
- Відокремлення фінансування ПМСД та ВМД
 - *Дніпропетровська область - переважно всі заклади ВМД передано на обласний бюджет*
 - *Вінницька область – райони передали свої заклади ВМД на обласний рівень. Винятком є м.Вінниця*
 - *Донецька область – не відбулось передачі закладів ВМД на обласний рівень. В результаті заклади залишились на тому рівні, на якому вони були традиційно*



**Основні проблеми при
реформуванні / їх можливе
вирішення:**

створення центрів ПМСД



Створення амбулаторій

- Створення ЦПМСД або кількох амбулаторій в приміщеннях колишніх поліклінік, в яких залишились консультативно-діагностичні центри або підрозділи, призвело до:
 - *конфлікту між рівнями медичної допомоги (через існування двох юридичних осіб в одній будівлі (ЦПМСД та КДЦ), що часом супроводжувалось неузгодженнями щодо поділу приміщень, майна та обладнання між цими юридичними особами, оплатою комунальних платежів)*
 - *конфлікту всередині первинного рівня медичної допомоги (між завідуючими амбулаторій одного ЦПМСД)*



Створення амбулаторій

- В окремих випадках було створено амбулаторії і пересаджено лікарів між різними (іноді сусідніми) приміщеннями, що призвело до незрозумілого маршруту пацієнтів,
 - при цьому не було наближено медичну допомогу до пацієнта
- При створенні центрів ПМСД та амбулаторій не завжди було вирішено питання здачі аналізів:
 - амбулаторіях не було створено кабінетів забору крові та здачі інших аналізів
 - не було узгоджено і вирішено питання здачі різних типів аналізів



Відсутній зрозумілий маршрут пацієнта

- Після створення центрів ПМСД пацієнти не отримали одразу інформацію щодо нового маршруту отримання медичної допомоги
- Можливість отримати допомогу у вузьких спеціалістів для окремих пацієнтів залишилась незрозумілою
 - Наказ Обласного управління охорони здоров'я Дніпропетровської обл. щодо можливості звертатись напругу до лікарів вторинного рівня частково допоміг зняти напругу (ідентичне рішення ухвалено у Вінницькій обл.)
- Існують домовленості між владою і закладами ВМД надавати медичну допомогу населенню без направлення сімейного лікаря протягом перехідного періоду
- Водночас часто лікарі закладів ВМД чинять супротив і не завжди приймають пацієнтів без направлення. Крім того існує проблема із скеруванням пацієнтів на такі обстеження, як УЗД сімейним лікарем



Створення амбулаторій

- Реформу потрібно розпочинати із **розробки і затвердження планів оптимізації мережі медичних закладів на рівні області та окремих районів**
- Потрібно передбачити розвиток мережі відокремлених амбулаторій
- Кроки потрібно запроваджувати зважено і поступово. Потрібно узгодити із рамками реформи фінансування ремонтів, закупівлі оснащення та обладнання:
 - чітко визначити послідовність реформування – розташування приміщень, проведення ремонтів, оснащення підрозділів відповідно до таблицю оснащення
 - варто зробити ремонт приміщень та вдосконалення інфраструктури в разі переведення надання допомоги із приміщень, в яких традиційно надавали медичну допомогу населенню



Створення амбулаторій

- потрібно законодавчо визначити вимоги (йдеться про СанПіни та ДБН) окремо для:
 - центрів ПМСД і його амбулаторій, які розташовані в одному приміщенні
 - амбулаторій, які є відокремленими, розташовані зокрема в багатоквартирних будинках (напр. в переобладнених квартирах)
 - *(йдеться про вимоги до кількості кабінетів та їх використання, площі, тощо)*
- місцевим органам влади варто спрямувати зусилля на надання ЦПМСД приміщень для відкриття відокремлених амбулаторій (зокрема, в багатоквартирних будинках)
 - варто утриматись від створення кількох амбулаторій в одному приміщенні (щоб знизити чисельність адміністративного персоналу та ризик конфліктних ситуацій)



Можливе вирішення

Ліцензування, атестація

- Варто передбачити спрощені процедури реєстрації та ліцензування нової юридичної особи при створенні центрів ПМСД та відкритті амбулаторій. Йдеться про:
 - *договори з державною реєстраційною службою, БТІ та надавачами комунальних послуг*
 - *ліцензування амбулаторій*
- Варто передбачити швидку процедуру отримання ліцензії на зберігання наркотичних засобів і надання паліативної допомоги
 - Не всі центри ПМСД мають приміщення, які відповідають вимогам – тому варто передбачити також можливість укладати договори із закладами ВМД щодо зберігання наркотичних засобів (принаймні в перехідному періоді) та спросити роботу аптек з такими препаратами, щоб особи, які потребують паліативну допомогу могли отримувати там ліки за рецептами:
 - *У Вінницькій області пацієнти, які потребують паліативну допомогу, отримують рецепти на знеболювальні, які можна отримати в комунальній аптеці. Разом з тим, не в усіх районах області є комунальні аптеки, що ускладнює доступність до препаратів*
 - Можливість отримувати за рецептами таблетовану форму морфіну також сприятиме ефективнішій допомозі таким хворим



Інформаційна кампанія

- Є важливою **виважена доступна випереджальна інформаційна кампанія**
- **Пацієнта** потрібно наперед інформувати про зміну маршрутів пацієнта
- **Лікарів первинної ланки** потрібно завчасно інформувати про створення ЦПМСД і амбулаторій, що може означати зміну розташування робочого місця. Також потрібно завчасно затвердити графіки перенавчання лікарів первинної ланки (терапевтів та педіатрів) на сімейних лікарів
- Затвердження планів оптимізації мережі медичних закладів проінформує наперед **лікарів вторинної та третинної ланки** щодо очікуваних змін. Розуміння реформи може сприяти більшій підтримці реформи з боку цих лікарів



Створення амбулаторій

- Потрібно чітко наперед інформувати населення про зміни
- Інформаційну кампанію потрібно проводити на національному та регіональному рівнях
- Для ЦПМСД варто розробити:
 - стандартизовані вимоги до інформаційних стендів
 - перелік інформації, яка повинна бути представлена в ЦПМСД
 - стенди із інформацією щодо маршруту пацієнтів – перелік лікарів ЦПМСД, з яких пацієнти можуть вибирати лікарів, телефонні номери амбулаторій, інформацію щодо отримання ВМД



Створення амбулаторій

- Варто чітко прописати і роз'яснити оновлений маршрут пацієнтів:
 - Необхідно враховувати звички пацієнтів
 - Важливо врахувати, що зміна менталітету населення щодо обслуговування в сімейного лікаря потребує часу
 - Інформація про детальні маршрути пацієнтів повинна бути легко доступною для населення
 - *В м. Дніпропетровськ приступили до створення детальних маршрутів пацієнта з детальним планом приміщень, адресами і телефонами лікарів (на жаль, це було зроблено після того, як було змінено попередній маршрут без роз'яснення населенню)*



**Основні проблеми при
реформуванні / їх можливе
вирішення:**

кваліфікація сімейних лікарів



Недостатня кількість лікарів загальної практики / сімейних лікарів

- Відсутність достатньої кількості сімейних лікарів призвела до створення «віртуального» сімейного лікаря, коли в амбулаторії поруч працюють педіатр, терапевт (у Дніпропетровській області «віртуальний сімейний лікар» також включає гінеколога)
- *Це призвело до обурення населення через появу змішаних потоків*
- Велика частка медичних працівників первинної ланки (~60% в окремих районах) є передпенсійного або пенсійного віку, тому не поспішають перенавчатись на сімейних лікарів
- *В результаті часто медичні працівники підбурюють населення до супротиву реформі*
- *Існує питання щодо раціональності обов'язкового направлення таких лікарів на перенавчання*



Перенавчання лікарів інших спеціальностей на лікарів загальної практики

- Програми є єдиними для педіатрів і терапевтів, причому лікарі первинної ланки вивчають і свою спеціалізацію, що залишає менше часу для іншої підготовки
- Перенавчання радше частково оновлює теоретичні знання лікарів, але не дає практичних навичок
- Лікарі не навчаються на практиці користуватись оснащенням, яке входить в сумки сімейних лікарів (тому ці сумки часто не використовуються лікарями)
- Перенавчені лікарі не завжди хочуть надавати ширший спектр медичної допомоги. Часом ці лікарі не мають достатньої кваліфікації для ефективного і якісного надання допомоги
- «Саботування» реформи з боку лікарів призводить також до зниження довіри до реформи в цілому і лікарів СМ, зокрема, з боку пацієнтів



Оснащення сімейних лікарів

- Переважна більшість сімейних лікарів в пілотних регіонах отримала сумку сімейного лікаря. Як свідчать проведені фокус групи і опитування:
 - сумка сімейного лікаря є незручною і важкою
 - в перенавчених на швидких курсах лікарі не вміють користуватись обладнанням, яке є в цих сумках (часом не мають бажання вчитись ним користуватись)
- Частина амбулаторій отримали автомобілі, зокрема було надано автомобіль Geely, які не придатні для обслуговування сільських територій через відсутність там якісних доріг



Місцеві пропозиції

- У 2012 році в м. Дніпропетровськ 6-тимісячне перенавчання на сімейних лікарів відбувалося протягом року, оскільки існують місяці практичної роботи на місцях – хоча це продовжує термін навчання, але й збільшує фаховість нових спеціалістів
- У 2013 році в Дніпропетровській області створили кілька навчальних центрів, в яких практичні навички будуть отримувати сімейні лікарі, які пройшли курси перекваліфікації
- В окремих випадках в приміщеннях Центрів ПМСД залишились працювати такі вузькі спеціалісти як ЛОри, офтальмологи, невропатологи, гінекологи (або на вторинному, або на первинному рівні), що полегшує отримання консультацій сімейними лікарями



Можливе вирішення

Перенавчання на лікарів загальної практики / сімейної медицини

- Потрібно диверсифікувати програми перенавчання на сімейного лікаря для терапевтів, педіатрів та інших лікарів
 - Зокрема для терапевтів потрібно саме збільшити час на вивчення педіатрії. Відповідно педіатрам потрібно розширити курс з терапії.
 - Курси повинні бути більш прикладними. Так, терапевту варто надати не базові знання з педіатрії (яку лікарі вже вивчали), а пояснити різницю між наданням медичної допомоги дітям та дорослим (це стосується і перенавчання педіатрів).
 - Варто долучати до викладання практикуючих лікарів
 - Під час курсів потрібно більше часу приділяти питанням профілактики



Можливе вирішення

Перенавчання на лікарів загальної практики / сімейної медицини

- Збільшення компетенцій на робочому місці:
 - Після перенавчання колишні педіатри та терапевти не мають практичних навичок. Потрібно передбачити графік, який би дозволив новому сімейному лікарю бути присутнім на прийомі у таких вузьких спеціалістів як ЛОР, офтальмолог, акушер-гінеколог, невролог та хірург.
 - Тому на перехідний період бажано надалі залишити можливість для центрів ПМСД мати в штаті цих вузьких спеціалістів, що дозволить сімейним лікарям отримувати консультації і практичні навички біля вузького спеціаліста
 - Потрібно розробити детальний навчальний план на заочному циклі, відповідно до якого передбачити кількість годин набуття практичного досвіду у вузьких спеціалістів (при цьому потрібно передбачити стимули для вузьких спеціалістів)



Можливе вирішення

Перенавчання на лікарів загальної практики / сімейної медицини

- Варто передбачити зобов'язання лікарів, які пройшли перенавчання на сімейного лікаря за бюджетних рахунків, принаймні рік працювати за фахом в державному медичному закладі
- Можливим також є передбачити можливість перенавчитись за бюджетні кошти протягом 2013-2017 років, а після надавати перенавчання за власні кошти лікарів



Можливе вирішення

Кваліфікація сімейних лікарів

- Сімейні лікарі (особливо, які тільки закінчили курси з перепідготовки) повинні мати можливість консультуватись із спеціалістами вторинної ланки
- Варто поступово передавати розширені функції сімейним лікарям, які пройшли перенавчання
- Медсестри ЗП-СМ повинні також отримати кваліфікацію з користування фізіотерапевтичним обладнанням, тощо (при цьому, до їх навчання потрібно залучати практикуючих медсестер)

Реформа медичної освіти є необхідною



Надалі...

Підготовка сімейних лікарів

- Досвід свідчить, що сімейним лікарем можуть працювати не всі лікарі. Тому краще приділяти увагу підготовці сімейних лікарів в Вищих медичних навчальних закладах.
- Для цього потрібно збільшити кількість студентів, які навчаються на сімейних лікарів (водночас можна закрити факультети педіатрії та терапії і обмежити підготовку таких спеціалістів, що призведе до поступового витіснення педіатрів та терапевтів сімейними лікарями).



Надалі...

Інтернатура для сімейного лікаря

- Інтернатура повинна забезпечувати отримання практичних навичок майбутніми лікарями.
- *Неформальні платежі в стаціонарах є однією з перепон для отримання знань і практичних навичок інтернами (оскільки лікарі часто не хочуть «віддавати пацієнта» інтернам, щоб не втратити свій неформальний дохід).*
- *Часто під час інтернатури інтернів вчать лише «заповнювати історії хвороб», а не надавати медичну допомогу пацієнтам.*
- Варто вирішити питання одночасного навчання на інтернатурі та магістратурі, при якому термін перебування на робочому місці в центрі ПМСД (амбулаторії) скорочується лише до місяця. Потрібно продовжити термін практичної роботи для таких студентів



Основні проблеми при реформуванні / їх можливе вирішення:

***оплата праці та регламент
роботи***



Оплата праці

- Важливим стимулом для поліпшення якості надання медичної допомоги є збільшення оплати праці медичному персоналу первинної ланки
- Досвід пілотних регіонів свідчить про те, що рівень оплати праці лікарів СМ різниться суттєво між областями (передусім через різну кількість прикріпного населення):
 - у містах з достатньою кількістю лікарів первинної ланки заробітні плати становлять 2400 грн, тоді як в ЦПМСД, в яких не вистачає лікарів СМ заробітні плати було підвищено до 5 тис. грн
- За відсутності необхідної кількості медичних сестер ЗП-СМ, вони мають право на отримання вищої заробітної плати, ніж в лікарів
- Заробітну плату не було підвищено головним лікарям, економістам, бухгалтерам ЦПМСД, навантаження на яких суттєво збільшилось
 - Водночас ефективність роботи центрів загалом і амбулаторій зокрема залежить від роботи адміністративного персоналу
- Педіатри у випадках, коли кількість прикріпних дітей зменшилась нижче 800 (через те, що частину дітей було передано сімейним лікарям), але цих педіатрів ще не спрямовано на перекваліфікацію, можуть стикнутись із зниженням заробітної плати, що збільшує супротив реформі



Регламент роботи

- Сімейні лікарі зіштовхнулись із надмірною паперовою роботою, оскільки старі форми, обов'язкові до заповнення, не було скасовано, тоді як нові було додано, що знижує можливості лікарів ефективно працювати і надавати якісні послуги
- Відповідно до закону про екстрену допомогу сімейні лікарі відповідають за надання невідкладної допомоги до 20ї години, але це не реалізовано в ряді центрів (для цього потрібно створити єдині диспетчерські). В пілотних областях немає єдності щодо організації цього процесу
 - В м. Дніпропетровськ лікарі мають чергування по вихідних (за яке не отримують доплат), тоді як в м. Вінниця чергувань по неділях немає.
 - Виїзд на виклики також врегульовано по-різному в областях. Часто після 17ї години лікарів в ЦПМСД і амбулаторіях немає (через обмежену кількість робочих годин, які лікар повинен працювати)
- Регламентований час обслуговування сімейним лікарем передбачено у 12 хвилин. Але цього часу недостатньо особливо для першого прийому та профілактичних прийомів



Можливе вирішення

Регламент роботи

- Потрібно підвищити заробітні плати адміністративному персоналу ЦПМСД
 - це сприятиме зниженню корупції і підвищенню ефективності роботи ЦПМСД
- Потрібно переглянути форми, які заповнюють сімейні лікарі, щоб не дублювати і не повторювати роботу, і поступово перейти до електронного ведення записів
- Варто збільшити регламентований час обслуговування сімейним лікарем з передбачених 12 хвилин (особливо йдеться про перший прийом та профілактичні прийоми)
- Необхідно визначити чіткіше обсяг роботи лікарів первинної ланки



Вільний вибір лікаря

- В пілотних регіонах відбувся процес вільного вибору лікаря (до 30 вересня)
- Потрібно чітко інформувати населення, що без прикріплення вони будуть отримувати допомогу, щоб знизити непорозуміння в цьому питанні
- Обов'язкове прикріплення населення призведе до неможливості нового лікаря СМ працювати (оскільки в нього не буде прикріпного населення)
- Варто узгодити питання виїзду на виклики
 - Необхідно одразу попереджати населення про неможливість лікаря виїжджати на виклики у віддалені дільниці

Запровадження електронного реєстру

- Електронний реєстр дозволить забезпечити справедливе фінансування первинної ланки
 - Захист персональних даних потребує суттєвої уваги



**Основні проблеми при
реформуванні / їх можливе
вирішення:**

***реорганізація сільських
дільничних лікарень***



Реорганізація сільських дільничних лікарень

- В пілотних областях було реорганізовано багато сільських дільничних лікарень. Натомість існують:
 - *Амбулаторії сімейної медицини*
 - *Амбулаторії із денним стаціонаром*
 - *Амбулаторії із денним стаціонаром і пунктом базування швидкої допомоги*
 - *В окремих випадках ліжка було перепрофільовано в «соціальні», які фінансуються за рахунок соціальних бюджетів, а не бюджету на охорону здоров'я*



Реорганізація сільських дільничних лікарень

- За відсутності медичних та соціальних служб, а також доріг і регулярного сполучення із районними центрами (або інших сіл, де надалі надають ВМД) доступність медичної та соціальної допомоги, що надавалась в таких лікарнях погіршилась
- В ряді місць через брак фінансування не було обладнано ефективних амбулаторій
- Відсутність лабораторій або кабінетів забору крові та інших аналізів



Місцеві пропозиції

- В окремих випадках (в Дніпропетровській та Вінницькій областях, зокрема) медичні ліжка було перепрофільовано в соціальні
- Відповідно фінансування було змінено з бюджету на охорону здоров'я на соціальний бюджет
- Разом з тим, в окремих випадках використання таких ліжок знизилось через запровадження офіційних відрахувань з пенсії за перебування у відповідних закладах



Можливе вирішення

Сільські дільничні лікарні

- **Варто** індивідуально, виважено і комплексно підходити до питання реорганізації медичних закладів
- Позитивним є підхід, відповідно до якого на базі колишніх сільських дільничних лікарень створюється амбулаторія СМ та пункт базування швидкої допомоги
- За відсутності власної лабораторії в амбулаторії варто забезпечити перевезення зібраного матеріали в ЦПМСД.
- Необхідно передбачити можливість періодичного приїзду вузьких спеціалістів в сільські амбулаторії
- Потрібно забезпечити можливість зробити флюорографію в сільській амбулаторії (виїзд мобільного флюорографа)
- Потрібно законодавчо врегулювати питання передачі фінансування «соціальних ліжок» на соціальний бюджет. Але їх потрібно достатньо фінансувати. Перебування на таких ліжках повинно бути субсидовано державою для малозабезпечених верств населення



**Основні проблеми при
реформуванні / їх можливе
вирішення:**

***співпраця первинного і
вторинного рівня надання
допомоги***



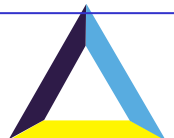
Співпраця первинного та вторинного рівнів

- Досвід пілотних регіонів свідчить про конфлікт між первинним і вторинним рівнем медичної допомоги, що часто існує через:
 - Нерозуміння реформи і майбутніх змін з боку медиків ВМД: багато вузьких спеціалістів побоюються скорочень
 - Існування ЦПМСД і КДЦ в одному приміщенні, що викликає часто потребу в переїздах між кабінетами
 - Відсутності підвищення оплати праці лікарям ВМД
 - Відсутності надання стимулів вузьким спеціалістам в навчанні нових сімейних лікарів
- Лікарі ВМД в окремих випадках відмовляють пацієнтам у наданні допомоги без направлення від лікаря первинної ланки, хоча це суперечить наказам обласних Департаментів охорони здоров'я
- Лікарі первинної ланки не завжди мають достатньо талонів для направлення пацієнтів на вторинний рівень, що викликає невдоволення пацієнтів



Співпраця первинного та вторинного рівнів

- Порозумінню між первинним і вторинним рівнями надання медичної допомоги сприятимуть
 - Чітка інформаційна компанія про реформу і її наслідки
 - Ретельно підготовлений і оприлюднений план оптимізації мережі медичних закладів
- Варто чітко визначити і оприлюднити інформацію про маршрут пацієнта до вузьких спеціалістів:
 - За направленням лікаря первинної ланки
 - Диспансерні пацієнти без направлення (протягом перехідного періоду. В довгостроковому періоді, частину компетенцій зможуть виконувати сімейні лікарі)
 - В ургентних випадках без направлення
- Потрібно чітко визначити (в наказі МОЗ) розподіл повноважень щодо проведення професійних оглядів, оформлення хворих на МСЕК



Можливе вирішення

Співпраця первинного та вторинного рівнів

- Питання щодо флюорографії, та рентгенів потребує уваги
 - До якісних показників роботи сімейних лікарів віднесено виявлення туберкульозів на ранній стадії, тощо – тому можливість спрямовувати населення на флюорографію є дуже важливим
 - Флюорографи (і відповідно лікарів-рентгенологів) варто залишити на рівні ЦПМСД, якщо вони були там в наявності
 - Найчастіше в пілотних областях флюорограф було передано на вторинний рівень. Іноді виникають питання щодо платності цих послуг для первинного рівня
 - Поступово потрібно оснастити ЦПМСД мобільними флюорографами (що дозволить покращити покриття населення у відокремлених та віддалених амбулаторіях), також варто передбачити можливість аналізу харкотиння на рівні ЦПМСД



Реформа вторинного рівня

- Зміни на вторинному рівні варто починати одночасно із змінами на первинному рівні – ці зміни потрібно прописати в планах оптимізації медичних закладів
- Оптимізація мережі закладів ВМД та ліжкового фонду сприятимуть певному заощадженню коштів, які можна спрямувати на підвищення заробітних плат, ремонти і закупівлю обладнання на вторинному рівні
- Потрібно передбачити додаткове фінансування з Державного бюджету (або підтримки, яка надається міжнародними фінансовими організаціями) на оснащення лікарень – передусім лікарень інтенсивного лікування
- Необхідно змінити принципи фінансування охорони здоров'я із підтримки інфраструктури до оплати наданих послуг
- Потрібно підвищити заробітні плати вузьким спеціалістам. При цьому оплата праці повинна оплачувати надані послуги, а не «присутність» лікаря на робочому місці



Лабораторні дослідження

- Потрібно чітко визначити розподіл повноважень щодо лабораторних досліджень
- На первинному рівні не завжди організовано пункти забору крові
 - Потрібно оснастити амбулаторії експрес-аналізаторами та експрес-тестами відповідно до таблицю оснащення
 - На первинному рівні варто залишити наявні лабораторії
 - Необхідно організувати в кожній амбулаторії пункти (кабінети) забору крові. Зібрану кров (та інший матеріал для аналізів) потрібно транспортувати в лабораторію
 - Після забезпечення всіх амбулаторій комп'ютерами, варто впровадити можливість отримувати результати аналізу через Інтернет
 - Поступово потрібно оснастити якісні лабораторії на рівні центрів ПМСД



Основні проблеми при реформуванні / їх можливе вирішення:

Висновки



Висновки

Чіткий графік реформування

- Досвід реформування свідчить про необхідність розробити і дотримуватись чіткого покрокового графіку реформування
- Плани реформування повинні враховувати структуру мережі та потреби у фінансуванні із врахуванням наявності територій із нерозвиненою первинною / вторинною ланками
- Відповідно починати потрібно із запровадження детальних **планів оптимізації мережі медичних закладів** всіх рівнів



Висновки

Легалізація нових правил гри

- Налагодження і легалізація нових правил гри потребує часу
- Кроки по впровадженню реформи (зокрема розмежування первинної та вторинної ланки) потрібно впроваджувати виважено
 - *За можливості варто відкривати амбулаторії в наближених для населення приміщеннях*
 - *Необхідно чітко розмежувати компетенції щодо надання допомоги на первинному та вторинному рівнях*
- Протягом перехідного періоду варто дозволити населенню мати право вибору між обслуговуванням в терапевта, педіатра чи сімейного лікаря
 - *Найкращим стимулом переходу населення до сімейних лікарів (зміни менталітету) може стати **успішний досвід** інших пацієнтів. Для цього необхідно одразу надавати сімейним лікарям необхідне оснащення та забезпечити їх можливістю підвищувати кваліфікацію*



Висновки

Більше часу приділяти роз'ясненню реформи

- Варто залучати громадські організації до роз'яснення реформи (особливо з огляду на низьку довіру до органів влади)
- Варто розробити відеоролики, які популяризують реформу (для трансляції на національному та регіональному телебаченні)
 - Зокрема варто збільшити обізнаність населення щодо ролі сімейного лікаря (лікаря, який несе відповідальність за здоров'я пацієнтів і слідує за наданням допомоги спеціалістами) та вторинної ланки (лікарі вторинної ланки надають консультації сімейному лікарю)
- У відеороликах варто показувати успішні результати реформи (збільшення доступності допомоги, відремонтовані будівлі амбулаторій та ФАПів, тощо)



Місцеві рішення – Позитивний досвід

- В результаті аналізу попередніх помилок, Дніпропетровська обласна влада створила **Керуючий комітет** (КК), до складу якого входять представники влади, медичних працівників та експерти
- Також існує Ініціативна група, яка відвідала численні центри ПМСД, амбулаторії, ФАПі і виробила по кожній чіткі рекомендації щодо поліпшення доступності та якості надання медичної допомоги
- Рекомендації розглядаються КК, що приймає відповідні рішення. У разі схвалення, рішення затверджуються наказами Голови ОДА
- В результаті є можливість зменшити супротив населення та врахувати якомога більше інтереси всіх зацікавлених сторін



Висновки

Роль педіатричної служби

- При реформуванні не чітко визначено роль педіатричної служби
- Створюються стимули щодо перенавчання лікарів первинної ланки – педіатрів і терапевтів – на сімейних лікарів
 - В результаті в близькому майбутньому може існувати значний брак педіатрів – зокрема як спеціалістів вторинної ланки, що є важливим з огляду на потребу в часі для можливості надавати якісну медичну допомогу дітям сімейними лікарями
- Варто забезпечити збалансоване комплектування педіатрами та терапевтами закладів вторинного рівня і передбачити можливість ЦПМСД мати в штаті координаторів-педіатрів



Ризики реформування



Ризики реформування

Нерозуміння реформи з боку населення

- Недовіра до реформування
- Недовіра до сімейних лікарів
- Побоювання змішаних черг

Супротив медичних працівників

- Нерозуміння реформи / нерозуміння майбутньої системи охорони здоров'я
- Побоювання скорочень
- Небажання перенавчатись на сімейних лікарів
- Небажання пристосуватись до нових правил



Тому...

Більше часу приділяти роз'ясненню реформи

- Варто залучати громадські організації до роз'яснення реформи (особливо з огляду на низьку довіру до органів влади)
- Варто розробити відеоролики, які популяризують реформу (для трансляції на національному та регіональному телебаченні)
- Варто розробити інформаційні стенди із маршрутом пацієнта, роз'яснення реформи.

Залучати громадськість

- Позитивним є досвід Дніпропетровської влади щодо створення КерКому.



Ризики реформування

Недостатнє фінансування

- За відсутності субвенцій на проведення реформи (зокрема йдеться про фінансування ремонтів, купівлю обладнання і транспорту, виплати надбавок лікарям первинної ланки) успішність реформи викликатиме питання
- Зміни, які відбуваються в непілотних регіонах, без додаткового фінансування одразу руйнують довіру до реформи
 - Варто проводити чіткий моніторинг змін, які відбуваються в системі охорони здоров'я непілотних регіонів, щоб зменшити соціальну напругу



Ризики реформування

Неузгодженість законодавства

- Існує узгодженість між законами про місцеве самоврядування і законом про впровадження реформи
 - В результаті ризиком є незгода місцевих органів влади (міст, районів) передавати заклади ВМД на обласний рівень
 - В Донецькій обл. через відсутність домовленості між владою міста та району в 5ти однойменних районах існує по 2 центри ПМСД, хоча ефективніше було б створити 1 центр ПМСД
 - м.Вінниця відмовляється передавати на баланс області міські заклади ВМД через неможливість впливати на рішення щодо фінансування і організації ВМД (хоча населення традиційно очікуватиме ухвалення таких рішень саме від міської, а не обласної влади)
 - Варто розглянути можливість залишити заклади ВМД на міському рівні, якщо місто буде єдиним госпітальним округом (прикладом може бути м.Вінниця)



Ризики реформування

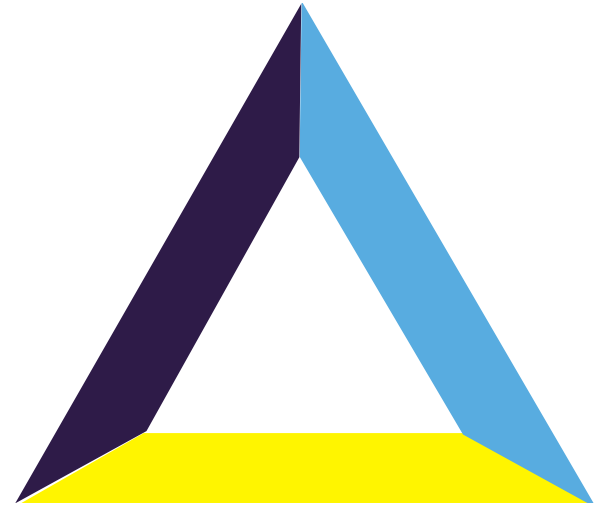
Брак кваліфікованих управлінців

- Досвід впровадження реформи в пілотних регіонах свідчить про важливість позиції представників влади та їх ініціативності
- В результаті зміна кураторів реформ на центральному та місцевому рівнях може означати відхід від реформування
- Тому надзвичайно важливо виписати чіткі регулювання щодо впровадження реформи, які б унеможливили згортання реформи
- Чітке регулювання також допоможе іншим регіонам ефективніше впровадити реформу охорони здоров'я

- Активність, розуміння і підтримка реформи з боку головних лікарів ЦПМСД та закладів ВМД є важливою передумовою успішності реформи



Презентацію підготовлено в рамках проекту «Незалежний аналіз ходу реформування сектору охорони здоров'я України», який виконує Інститут економічних досліджень та політичних консультацій (ІЕД) за підтримки Міжнародного фонду «Відродження».



Контакти

Бетлій Олександра

betliy@ier.kiev.ua

**Інститут економічних досліджень
та політичних консультацій**

вул. Рейтарська 8/5-А, Київ 01034

тел. (+38-044) 278-6360, 278-6342

факс (+38-044) 278-6336

www.ier.com.ua

institute@ier.kiev.ua



[Реформа охорони здоров'я](#)

