



Пілотний проект галузі: погляд

У Чернівцях в ході науково-практичної конференції «Ефективність управління та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку галузі» обговорювалося впровадження пілотного проекту реформування системи охорони здоров'я України. Конференція проходила за участі Раїси Богатирьової, віце-прем'єр-міністра України – міністра охорони здоров'я України, були залучені понад 650 головних лікарів з усіх медичних закладів країни, заступники голів облдержадміністрацій та обласних рад, керівники приватних і відомчих закладів охорони здоров'я, головні санітарні лікарі областей та представники професійних спілок України.

Пілотний проект зараз діє у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві. Говорячи про його результати й

наслідки міністр охорони здоров'я Раїса Богатирьова підкреслила, що негативний досвід впровадження проекту є не менш важливим, ніж позитивний.

«Адже, якщо в пілотних регіонах виникли помилки і труднощі у впровадженні реформ, то в нас є можливість не повторити їх у масштабах усієї країни і знайти кращі шляхи розв'язання поставлених завдань», – зауважила Раїса Богатирьова. На її думку, дискусію в суспільстві і серед медиків з приводу реформи охорони здоров'я слід розгорнути таким чином, аби в кінцевому підсумку стало зрозуміло, як досягти того, щоб медицина в Україні розвивалася відповідно до сучасних наукових вимог, а громадяни отримали вільний доступ до якісних медичних послуг

«Сутністю реформи галузі є зміна ставлення суспільства до влади та медицини, а також до лікаря конкретно», – пояснила міністр охорони здоров'я.

За словами Раїси Богатирьової, реорганізація галузі не означає скорочення – йдеться про оптимізацію. Бо скорочувати вже нема чого: як відомо, медичних кадрів сьогодні не вистачає, особливо у сільській місцевості. Як їх там утримати, задіявши певні соціальні стимули на кшталт житла, обговорюватиметься на червневій колегії МОЗ України.

Окреслюючи завдання, що зараз стоять перед галуззю, Раїса Богатирьова зазначила, що майбутнє України – це добровільне, а відтак і обов'язкове медичне страхування. Процес його запровадження триватиме не рік і не два, але, за словами міністра охорони здоров'я, він є неминучим. За результатами останніх соціологічних досліджень, 90% населення України вважають питання медичної сфери дуже важливими і згодні інвестувати кошти у власне здоров'я, а 46% уже готові це зробити.

Про підсумки пілотного проекту з упровадження та відпрацювання структурної реорганізації у Донецькій області читачам нашої газети розповідає заступник голови – начальник головного управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації Олена Борисівна ПЕТРЯЄВА.

Перші підсумки реформи: як мінімізувати ризики

На етапі апробації нової системи організації надання медичної допомоги в пілотних регіонах дуже важливим є запобігання можливим ризикам, щоб у майбутньому вжити заходів щодо їх мінімізації.

Оскільки охорону здоров'я спрощено можна представити як систему, що складається з двох категорій: медичних фахівців та медичних послуг, то і можливі ризики, на мій погляд, можуть бути двох видів – це погіршення якості і доступності медичної допомоги населенню та погіршення умов роботи медичних працівників.

У Донецькій області підбито перші підсумки проведення реформи, і виникли проблеми, з якими ми вже зіткнулися. Ми бачимо можливу загрозу населенню і медпрацівникам, які можна розділити на 5 складових. Це організаційні, кадрові, фінансові, матеріально-технічні, інформаційні.

Пропоную спільно проаналізувати кожну з них.

Організаційні ризики

Думаю ні в кого не виникне сумнівів, що, в першу чергу, до організаційних ризиків необхідно віднести своєчасність і якість прийнятої нормативно-правової бази, яка регламентує діяльність медичних установ.

На жаль, більшість наказів, що стосуються реформи первинної ланки були видані несвоєчасно. Необхідний також зважений підхід до створення нормативних документів. Одним із прикладів є наказ МОЗ України № 130 від 23.02.2012 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, які виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню», який видано з метою визначення оптимального обсягу лабораторних досліджень, який повинен виконуватися на первинному рівні. Однак, окрім того, що він прийнятий із значним запізненням, коли Центри ПМСД вже 2 місяці працюють (а Донецька область заздалегідь неодноразово застерігала про необхідність вирішення цього питання на рівні МОЗ), він все ж не вирішив існуючої

проблеми. Його виконання може привести не тільки до погіршення якості лабораторних досліджень на «первинці» в зв'язку з тим, що дана робота покладена безпосередньо на сімейного лікаря, а не на фахівця, призведе до руйнування лабораторної служби на вторинному рівні за рахунок подальшого поділу повноцінних акредитованих лабораторій, на дрібні, що не відповідають необхідним стандартам ні за оснащенням, ні за кадровим забезпеченням.

Це стосується і вторинного рівня: на сьогоднішній день не прийнято постанову КМУ «Про порядок створення госпітальних округів», відповідно Міністерством охорони здоров'я України не видано наказ про порядок складання та затвердження планів-схем госпітальних округів, що не може не позначитися на якості та своєчасності формування області госпітальних округів.

Незважаючи на обмежений час і недостатність нормативної бази, нам вдалося виконати всі заплановані на 2011 рік заходи, завдяки проведенню масштабної виїзної роботи, співбесід з керівниками міст, районів, заслуховування проблемних питань на засіданнях Регіонального комітету з економічних реформ при облдержадміністрації, в тому числі виїзних, засіданнях міжвідомчої робочої групи, яка була створена спільним розпорядженням голів облдержадміністрації та обласної ради, участі зацікавлених служб, відомств, громадських організацій, а також роз'яснювальної роботи серед населення та медичної громадськості.

З початку року в області почали свою діяльність 72 Центри первинної медико-санітарної допомоги – 55 в містах і 17 в сільських районах. Всі вони вчасно отримали держреєстрацію як юридичні особи.

Виникла проблема забезпечення знеболювання онкохворих з використанням наркотичних засобів у зв'язку з відсутністю у Центрів ПМСД ліцензій на право застосування наркотиків була нами оперативно вирішена шляхом укладення договорів між Центрами ПМСД та установами охорони здоров'я вторинного рівня.



На сьогодні проводиться робота з мінімізації ризику невчасного отримання Центрами ПМСД даних ліцензій.

З метою створення єдиної системи екстреної медичної допомоги в 2011 році проведена реорганізація служби швидкої медичної допомоги області шляхом виведення відділень швидкої допомоги зі складу ЦРЛ / ЦМЛ, концентрації служби в 28 самостійних станціях швидкої медичної допомоги, передачі їх в обласну комунальну власність.

На жаль, не вдалося нам створити єдину вертикаль управління службою з єдиною юридичною особою у зв'язку з наявними ризиками: це дефіцит часу, застарілий парк санітарних машин, недостатнє кадрове забезпечення, в т.ч. не готовність керівників працювати в новій системі.

Однак проведена робота з мінімізації цих ризиків:

- введено в експлуатацію нову будівлю обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, де створені умови для функціонування всіх необхідних підрозділів;

- за рахунок коштів обласного бюджету виділено 3,0 млн. грн. для придбання 3 реанімобілів;

- відпрацьована карта-схема дислокації всіх підрозділів служби з запланованим створенням 55 додаткових пунктів базування бригад;

- завершується будівництво єдиної диспетчерської, в якій найближчим часом будуть створені всі необхідні технічні умови для прийому викликів від населення;

- проводиться робота з організації мережі 10 регіональних диспетчерських служб екстреної медичної допомоги з впровадженням цифрового радіозв'язку та комп'ютеризації робочого місця диспетчера на станціях і підстанціях швидкої медичної допомоги.

Хочу звернути увагу, що для запобігання ще одного можливого, на наш погляд, ризику неправильної організації роботи служби екстреної медичної допомоги, необхідно МОЗ України відпрацювати і затвердити перелік показань для невідкладної та екстреної медичної допомоги – на сьогодні у зв'язку з його відсутністю немає чіткого поділу функцій первинної ланки та швидкої медичної допомоги.

Вторинна медична допомога. Незважаючи на недостатність нормативної бази, розроблені регіональні критерії формування госпітальних округів, які виставлені на офіційному інтернет-сайті головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації для спільного обговорення з Громадською радою при облдержадміністрації, медичною громадськістю, населенням, профспілковими організаціями.

Розроблені та аналізуються паспорти медичних установ міст і районів з метою вивчення їх діяльності, кадрових і матеріально-технічних ресурсів, як наявних, так і потенційних, що дозволить об'єктивно визначити оптимальну кількість госпітальних округів, їх інфраструктури та статус кожної лікарні в госпітальному окрузі.

Триває виїзна робота в міста і райони для обговорення планів реформування установ вторинного рівня з керівництвом, головними штатними і позаштатними спеціалістами головного управління охорони здоров'я відпрацьовуються питання реформування спеціалізованих служб області.

Вважаю, що для мінімізації перерахованих організаційних ризиків необхідний контроль за допомогою зворотного зв'язку. Це проведення моніторингу, відпрацювання об'єктивних індикаторів проведення реформи та їх оцінка.

Вітаємо!

