

Півроку після старту медичної реформи первинної та вторинної ланок: політ нормальний?..

Матюха Л.Ф.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Обґрунтування. Основна мета реформування системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) – підвищення її якості та доступності. Наразі в Україні підписано 30,45 млн декларацій із 23 453 лікарями первинної ланки. Понад 70 % із тих, хто підписав декларацію, задоволені своїм сімейним лікарем (СЛ). Усі комунальні заклади ПМСД уклали договори з Національною службою здоров'я України. Утім, реформу охорони здоров'я вважали успішною лише 9 % респондентів.

Мета. Охарактеризувати поточний стан реформування галузі ПМСД.

Матеріали та методи. Огляд наявних статистичних даних і публікацій із цього питання.

Результати та їх обговорення. Для якісної трансформації ПМСД потрібно врахування історичного досвіду, нормативна база, фінансова ефективність, організація якісної медичної допомоги, ефективна кадрова політика, соціальна ефективність. Створення підґрунтя для поточної реформи розпочалося 2006 року, коли була прийнята концепція Державної програми з розвитку ПМСД. Із 2010 року існує окрема медична спеціальність «Загальна практика – сімейна медицина». До 2020 року мало відбутися повне перепрофілювання терапевтів і педіатрів на СЛ, які повинні були взяти на себе 80 % потреб пацієнта. Нові принципи фінансування за реальних пацієнтів і функціонування системи вибору лікаря було реалізовано лише у 2017-2020 роках, а всі недосконалості ПМСД ліквідувати не вдалося. СЛ мають усвідомлювати, що нині особливо важливі їхня компетенція та глибина надаваних послуг. Іще одним завданням реформи є вдосконалення фінансової ефективності ПМСД: упорядкування бюджету, доцільність й аргументація витрат, безоплатний пакет гарантованих медичних послуг. Недоліками теперішньої фінансової системи є те, що переіндексація оплати праці медиків так і не відбулася, рівень інфляції та зростання цін на ліки не враховано, відсутні корегувальні коефіцієнти для сільських лікарів та оплата за візити додому. Причинами неефективності фінансування є брак бюджетних ресурсів, інерція управління в умовах часті зміни керівництва МОЗ, непрозоре керування деякими закладами,

негативне лобювання представниками інших секторів медичного обслуговування. В організації медичної допомоги також не вирішено низку питань: відсутні загальнодержавні скринінгові програми, критерії якості роботи лікарів і медичних сестер, механізм страхування життя та здоров'я медичного персоналу. Удосконалення потребують також система eHealth і кадрові аспекти ПМСД. Зокрема, в 5 з 6 амбулаторій спостерігається дефіцит медичного персоналу. Примусове перепрофілювання лікарів із великим стажем викликало значний спротив, і деякі з цих лікарів так і не стали СЛ. Серед інших питань, які потребують вирішення, – налагодження взаємодій кафедр медичних вишів із клінічними базами, легалізація в системі Національної служби здоров'я України науково-педагогічних працівників, оплата роботи інтернів. Щодо соціальної ефективності, перевагами для пацієнта є можливість обирати лікаря та заклад ПМСД, наявність електронної черги, безкоштовні базові послуги, можливість спілкуватися з лікарем і замовляти ліки онлайн. Недоліки включають проблеми з обслуговуванням у разі тимчасової відсутності лікаря, особливо непередбачуваної, відсутність можливості невідкладного прийому в деяких закладах, велика відстань до закладу ПМСД.

Висновки. 1. Основна мета реформування системи ПМСД – підвищення її якості та доступності. 2. Для якісної трансформації ПМСД потрібно врахування історичного досвіду, нормативна база, фінансова ефективність, організація якісної медичної допомоги, ефективна кадрова політика, соціальна ефективність. 3. У поточної системи ПМСД існує низка недоліків, які слід поступово усунути. 4. Серед інших питань, які потребують вирішення, – налагодження взаємодій кафедр медичних вишів із клінічними базами, легалізація в системі Національної служби здоров'я України науково-педагогічних працівників, оплата роботи інтернів. 5. Перевагами сучасної системи ПМСД для пацієнта є можливість обирати лікаря та заклад ПМСД, наявність електронної черги, безкоштовні базові послуги, можливість спілкуватися з лікарем і замовляти ліки онлайн.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, eHealth, реформа медичної допомоги.

6 months after the start of medical reform of the primary and secondary levels: is everything ok?..

Matiukha L.F.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Background. The main goal of reforming the primary health care system (PHC) is to improve its quality and accessibility. At present, 30.45 million declarations have been signed in Ukraine with 23,453 primary care physicians. More than 70 % of

those who signed the declaration are satisfied with their family doctor (FD). All PHC utilities have signed the agreements with the National Health Service of Ukraine. However, only 9 % of respondents considered health care reform successful.

Objective. To describe the current condition of PHC reform.

Materials and methods. Review of the available statistics and publications on this issue.

Results and discussion. High-quality transformation of PHC requires consideration of historical experience, regulatory framework, financial efficiency, organization of quality medical care, effective human resources policy, and social efficiency. The groundwork for the current reform began in 2006, when the concept of the State Program for PHC development was adopted. Since 2010, there is a separate medical specialty “General practice – family medicine”. By 2020, there should be a complete retraining of physicians and pediatricians for FD, who had to take care of 80 % of the patient’s needs. New principles of financing for real patients and the functioning of the system allowing to choose a doctor were implemented only in 2017-2020, and all the imperfections of PHC could not be eliminated. FD should be aware that their competence and the depth of services provided are now particularly important. Another task of the reform is to improve the financial efficiency of PHC: streamlining the budget, providing the feasibility and justification of costs, establishing the free package of guaranteed medical services. The disadvantages of the current financial system are that the re-indexation of doctors’ salaries has not taken place, inflation and rising drug prices have not been taken into account. Apart from that, there are no adjustment factors for rural doctors and payment for home visits. The reasons for inefficient funding are the lack of budgetary resources, the inertia of management in the context of frequent changes in the leadership of the Ministry of Health, non-transparent management of some institutions, negative lobbying by representatives of other sectors of health care. The organization of medical care also does not address a number of issues: there are no national screening programs, no criteria for the quality of work of doctors and nurses, and no mechanism of life and health insurance of medical staff.

The eHealth system and the personnel aspects of PHC also need improvement. Thus, in 5 out of 6 outpatient clinics there is a shortage of medical staff. The forced retraining of long-serving physicians has provoked considerable resistance, and some of these physicians have never become FD. Among other issues that need to be addressed are the establishment of interactions between the departments of medical universities and clinical bases, legalization of scientific and pedagogical workers in the system of the National Health Service of Ukraine, payment for the work of interns. In terms of social efficiency, the benefits for the patient are the ability to choose a doctor and a PHC facility, the availability of an electronic queue, free basic services, the ability to communicate with a doctor and order medication online. Disadvantages include problems with medical care in case of temporary absence of a doctor, especially unpredicted, lack of possibility of emergency admission in some institutions, long travel distance to the PHC institution.

Conclusions. 1. The main goal of reforming the PHC system is to improve its quality and accessibility. 2. Qualitative transformation of PHC requires taking into account historical experience, regulatory framework, financial efficiency, organization of quality medical care, effective personnel policy, social efficiency. 3. The current PHC system has a number of gaps that should be gradually addressed. 4. Among other issues that need to be addressed – the establishment of interactions between the departments of medical universities with clinical bases, legalization in the system of the National Health Service of Ukraine of scientific and pedagogical workers, payment for the work of interns. 5. The advantages of the modern PHC system for the patient are the ability to choose a doctor and a PHC facility, the availability of an electronic queue, free basic services, the ability to communicate with a doctor and order medication online.

Key words: primary health care, eHealth, health care reform.

Полгода после старта медицинской реформы первичной и вторичной звеньев: полет нормальный?..

Матюха Л.Ф.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Обоснование. Основная цель реформирования системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – повышение ее качества и доступности. В настоящее время в Украине подписано 30,45 млн деклараций с 23 453 врачами первичного звена. Более 70 % лиц, подписавших декларацию, довольны своим семейным врачом (СВ). Все коммунальные учреждения ПМСП заключили договоры с Национальной службой здоровья Украины. Тем не менее реформу здравоохранения считают успешной лишь 9 % респондентов.

Цель. Охарактеризовать текущее состояние реформирования ПМСП.

Материалы и методы. Обзор имеющихся статистических данных и публикаций по данному вопросу.

Результаты и их обсуждение. Для качественной трансформации ПМСП необходимы учет исторического опыта, нормативная база, финансовая эффективность, организация качественной медицинской помощи, эффективная

кадровая политика, социальная эффективность. Создание основы для текущей реформы началось в 2006 году, когда была принята концепция Государственной программы по развитию ПМСП. С 2010 года существует отдельная медицинская специальность «Общая практика – семейная медицина». К 2020 году должно было состояться полное перепрофилирование терапевтов и педиатров в СВ, которые должны были взять на себя 80 % потребностей пациента. Новые принципы финансирования за реальных пациентов и функционирование системы выбора врача были реализованы лишь в 2017-2020 годах, а все несовершенства ПМСП ликвидировать не удалось. СВ должны осознавать, что сейчас особенно важны их компетенция и глубина предоставляемых услуг. Еще одной задачей реформы является совершенствование финансовой эффективности ПМСП: составление бюджета, целесообразность и аргументация

расходов, бесплатный пакет гарантированных медицинских услуг. Недостатками нынешней финансовой системы являются то, что переиндексация оплаты труда медиков так и не состоялась, уровень инфляции и рост цен на лекарства не учтены, отсутствуют корректирующие коэффициенты для сельских врачей и оплата за визиты домой. Причинами неэффективности финансирования являются нехватка бюджетных ресурсов, инерция управления в условиях частой смены руководства Министерства здравоохранения, непрозрачное управления некоторыми учреждениями, отрицательное лоббирование представителями других секторов медицинского обслуживания. В организации медицинской помощи также не решен ряд вопросов: отсутствуют общегосударственные скрининговые программы, критерии качества работы врачей и медицинских сестер, механизм страхования жизни и здоровья медицинского персонала. В совершенствовании нуждаются также система eHealth и кадровые аспекты ПМСП. Так, в 5 из 6 амбулаторий имеет место дефицит медицинского персонала. Принудительное перепрофилирование врачей с большим трудовым стажем вызвало значительное сопротивление, и некоторые из этих врачей так и не стали СВ. Среди других вопросов, требующих решения, – налаживание взаимодействий кафедр медицинских вузов с клиническими базами, легализация в системе Национальной службы здоровья Украины научно-педагогических работников, оплата работы интернов. Что касается социальной эффективности, преимуществами

для пациента являются возможность выбирать врача и учреждение ПМСП, наличие электронной очереди, бесплатные базовые услуги, возможность общаться с врачом и заказывать лекарства онлайн. Недостатки включают проблемы с обслуживанием в случае временного отсутствия врача, особенно непредсказуемого, отсутствие возможности безотлагательного приема в некоторых учреждениях, большое расстояние до учреждений ПМСП.

Выводы. 1. Основная цель реформирования системы ПМСП – повышение ее качества и доступности. 2. Для качественной трансформации ПМСП необходимы учет исторического опыта, нормативная база, финансовая эффективность, организация качественной медицинской помощи, эффективная кадровая политика, социальная эффективность. 3. В текущей системе ПМСП существует ряд недостатков, которые следует постепенно устранить. 4. Среди вопросов, требующих решения, – налаживание взаимодействия кафедр медицинских вузов с клиническими базами, легализация в системе Национальной службы здоровья Украины научно-педагогических работников, оплата работы интернов. 5. Преимуществами современной системы ПМСП для пациента являются возможность выбирать врача и учреждение ПМСП, наличие электронной очереди, бесплатные базовые услуги, возможность общаться с врачом и заказывать лекарства онлайн.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, eHealth, реформа медицинской помощи.