



Про підсумки діяльності закладів охорони здоров'я первинного рівня в 2013 році

ЗАСТУПНИК НАЧАЛЬНИКА УПРАВЛІННЯ
ОРГАНІЗАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ
ДЕПАРТАМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

КУЧКОВИЙ ВІКТОР ВІКТОРОВИЧ

Прошло более двух лет с момента начала реорганизации первичной медико-санитарной помощи.

Формирование сети и организация работы учреждений первичного звена проводилась в соответствии с Законом Украины от 07.07.2011 года, постановлениями КМУ и приказов МЗ Украины.

Цілі реорганізації первинної медико-санітарної допомоги



Цель реорганизации первичной медико-санитарной помощи - обеспечение доступной, качественной, своевременной, безопасной медицинской помощью, проведение профилактической работы и, конечно, внедрение современных финансовых механизмов.

Нами был разработан перечень мероприятий, реализация которых позволила бы достигнуть поставленных целей к 2020 году.

Достижение доступности возможно путями представленными на слайде:



Доступность

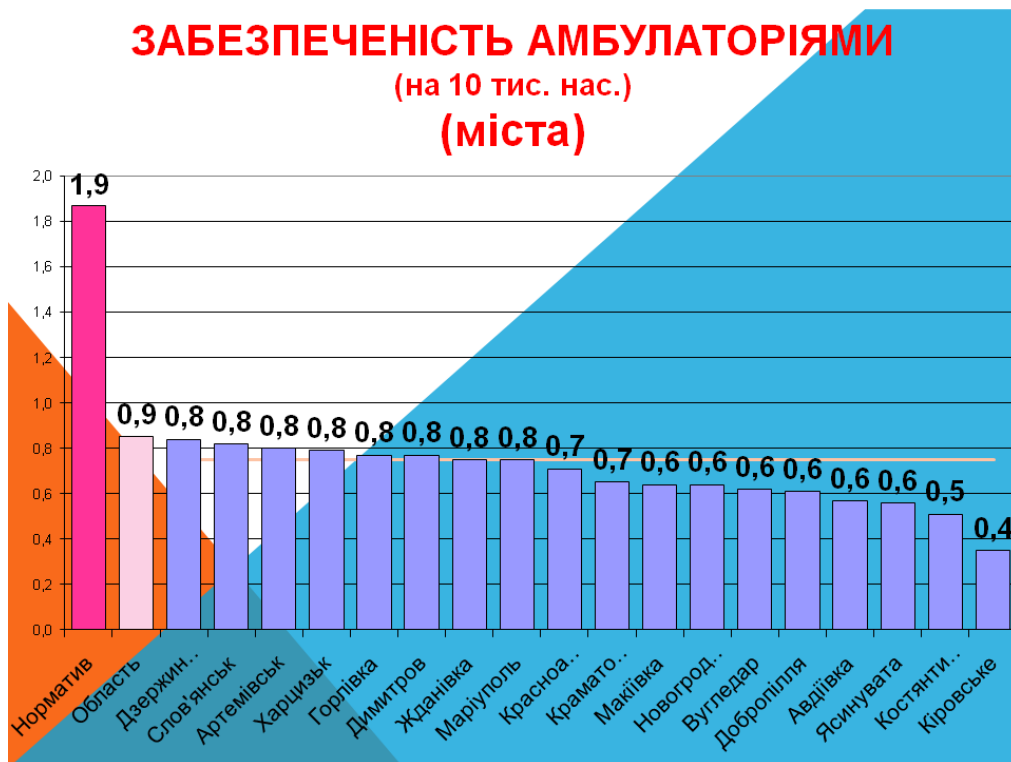
В 2012 году в 72 Центрах было организовано 438 амбулаторий. Для достижения норматива МОЗ обеспеченности амбулаториями (1,87 на 10 тыс. населения в городах и 3,3 в сельской местности) нам необходимо было открыть еще 375 амбулаторий.

Если в 2012 году было открыто только 6 новых амбулаторий, то за отчетный период - **9 новых** амбулаторий: 6 в городах – это гг. Мариуполь, Снежное, Доброполье и Горловка, и 3 – в сельской местности – 2 в Добропольском и Тельмановском районе, а также 1 ФАП в Волновахском р-не и 1 медицинский пункт в г. Константиновке. На сегодняшний день в области функционирует 453 амбулатории, и 463 ФАПа. В 336 амбулаториях получает первичную медицинскую помощь городское население и в 117 амбулаториях – сельское население.

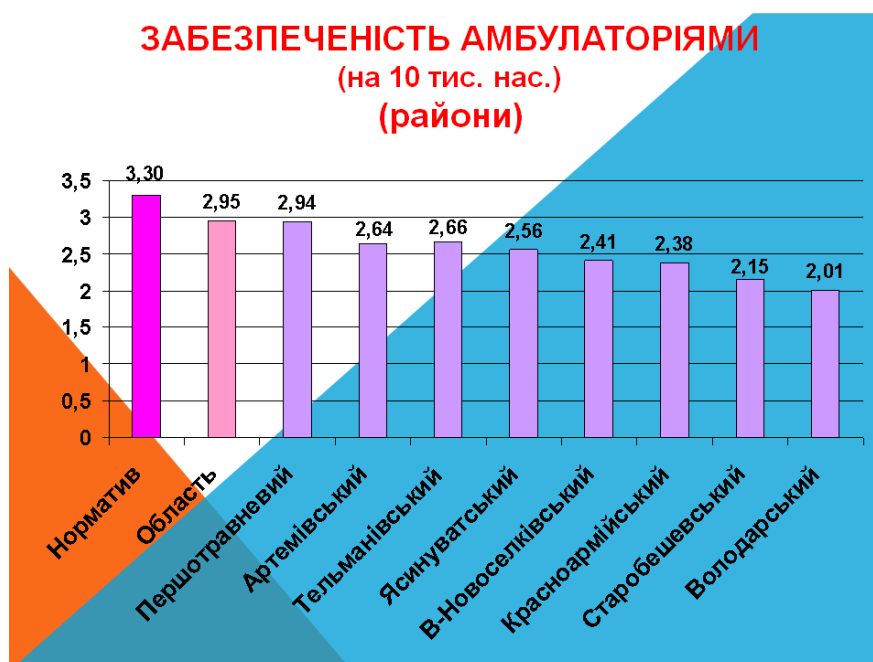
Таким образом, обеспеченность амбулаториями по Донецкой области составляет в городах - 0,83 на 10 тыс. населения и 2,9 – в сельской местности. (1,87 на 10 тыс. населения в городах и 3,3 в сельской местности)

Вместе с тем, в 24 Центрах на одном адресе находится 2 и более амбулатории.

Для приближения медицинской помощи необходимо открыть еще 360 амбулаторий и переместить 55 амбулаторий. Это задача органов местного самоуправления.



Низкая обеспеченность амбулаториями отмечается в городах Кировское, Константиновка, Ясиноватая, Авдеевка (ниже 0,6 на 10 тыс. нас.),



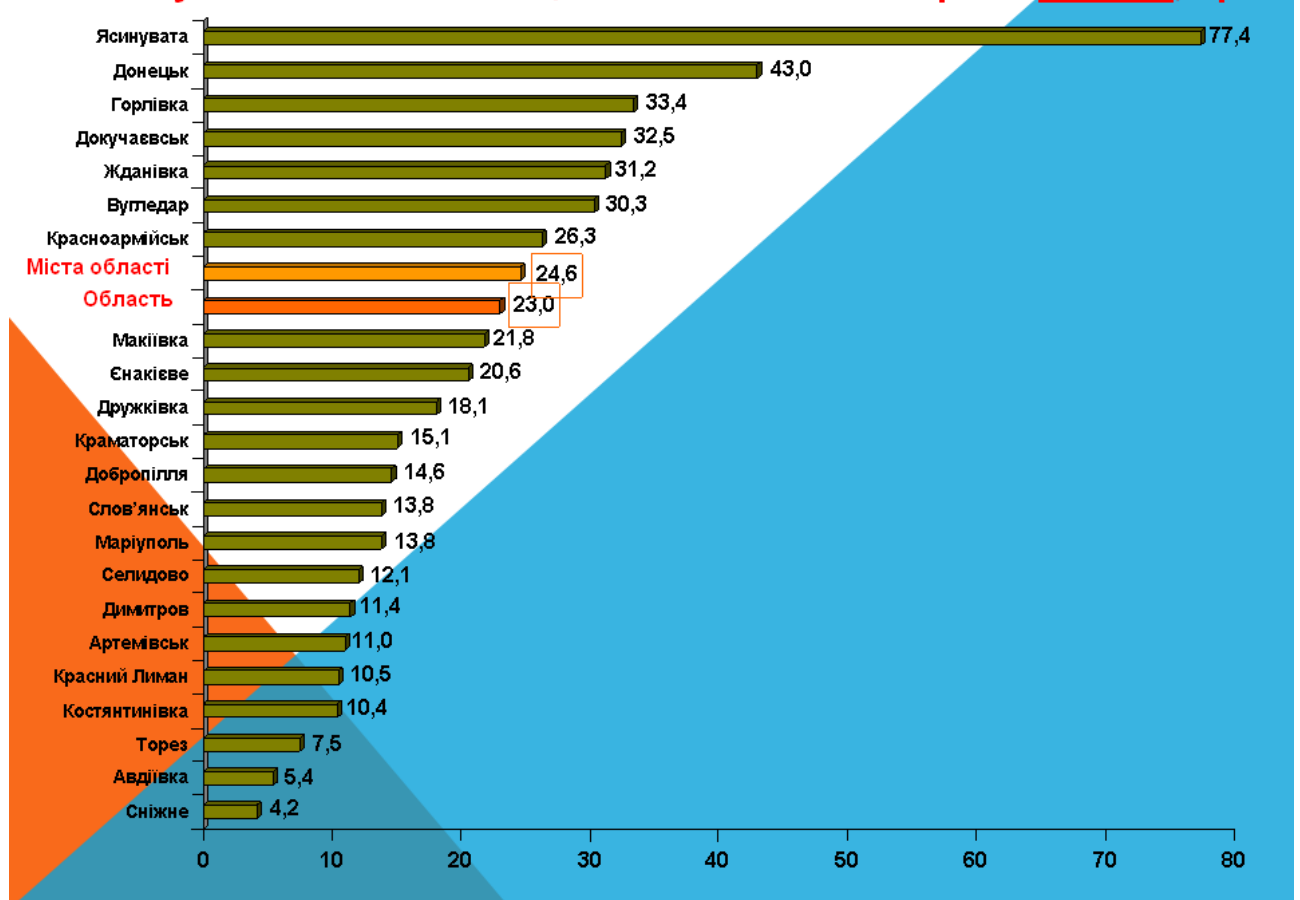
а также в Володарском, Старобешевском, В-Новоселковском районах (ниже 2,5 на 10 тыс. нас.).

Учитывая, что открытие новых амбулаторий требует как значительных материальных затрат так и времени, для приближения первичной медицинской помощи к населению, необходимо использовать такие мероприятия как **пересмотр имеющихся маршрутов** общественного транспорта с учетом расположения лечебных учреждений. К сожалению, эта работа была проведена в нескольких административных территориях: в гг. Донецке, Константиновке, Макеевке, Волновахском, В-Новоселковском, Красноармейском, Першотравневом районах.

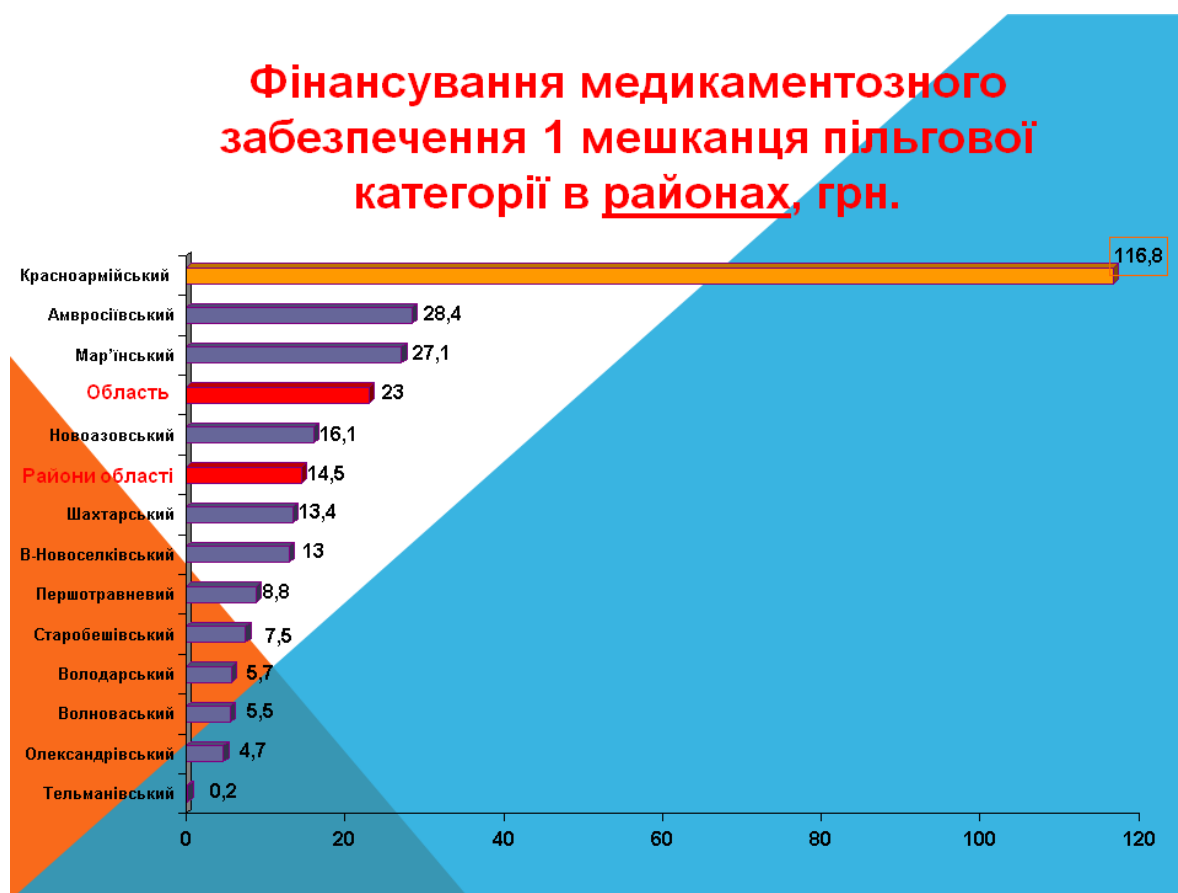
Кроме того, обеспечить доступность к медицинской помощи, особенно работающего населения, возможно путем удлинения графика работы амбулаторий до 19.00-20.00. К сожалению, в большинстве ЦПМСП график работы не соответствует этому.

Важным фактором доступности медицинской помощи является обеспечение лекарственными средствами пациентов

Фінансування 1 мешканця пільгової категорії в містах, грн.



Для лечения льготной категории больных в местных бюджетах было предусмотрено 23,0 млн. грн., профинансировано 22,6 млн. грн., что составляет 98% от запланированного. Однако, не во всех регионах к льготной категории населения относятся с должным вниманием. При средне-городском показателе 24,6 грн. на 1 льготника в год, в гг. Торезе выделено – 7,5 грн., Авдеевка – 5,4 грн. в Снежное 4,2.

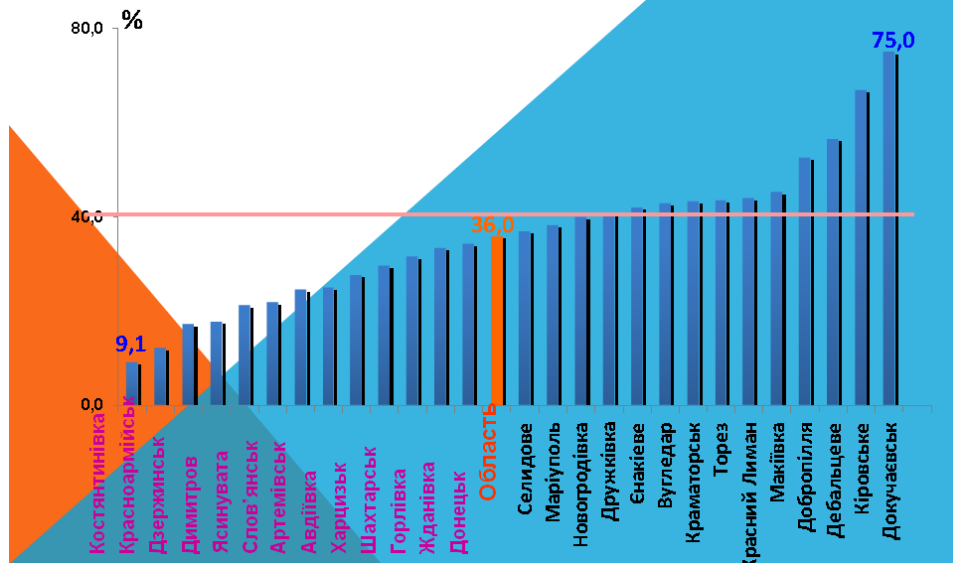


При среднерайонном показателе 14,5 грн., в Волновахском и Володарском районах по 5,6 грн., Александровском – 4,7 грн., а в Тельмановском районе – 20 копеек.

С целью улучшения **обеспечения населения медикаментами** было продолжено развитие сети аптек (в 2010 г. функционировало 987 аптек, в 2013 г. – 1722 аптеки). Продолжалось открытие в аптеках новых отделов “Доступные лекарства”, где отпуск лекарств осуществляется по ценам заводов-изготовителей (в данный момент уже в 32 аптеках открыты такие отделы).

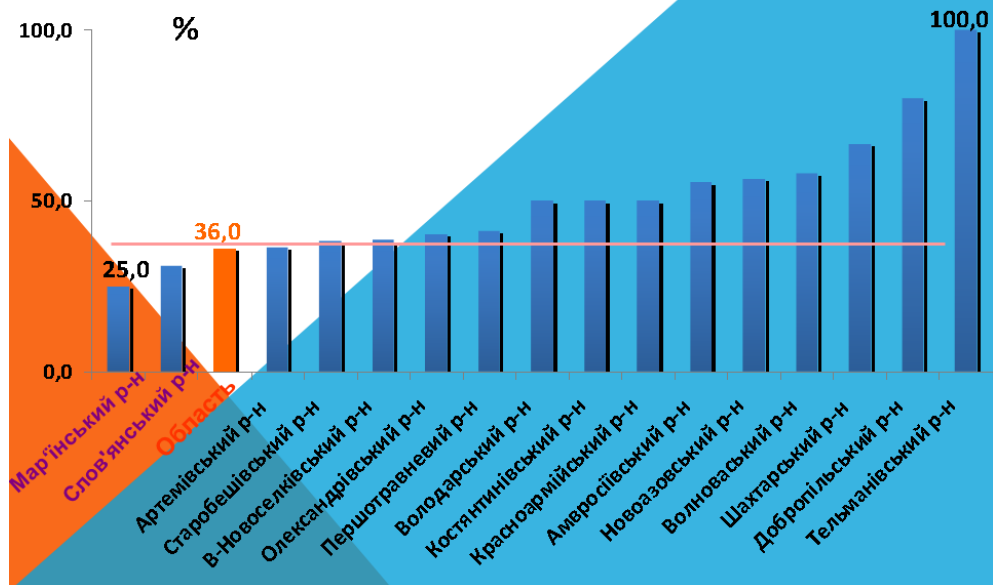
С 2012 года реализуется **пилотный проект** по внедрению государственной регуляции цен на лекарственные средства для лечения больных с гипертонической болезнью. В пилотный проект привлечено 689 аптек, что составляет 38,8%.

Питома вага аптек, задіяних у пілотному проекті, з тих, що діють на території (міста)



Недостатньо проведена робота по привлеченню аптек в пілотний проект в городах: Снежное (4,3%), Константинополь (8,5%), Красноармійське (12,2%), Держинське (17,2%), Димитров (17,6%). в Мар'їнському (20%), Слав'янському р-не (30%), Артемівському (36,3%) районах.

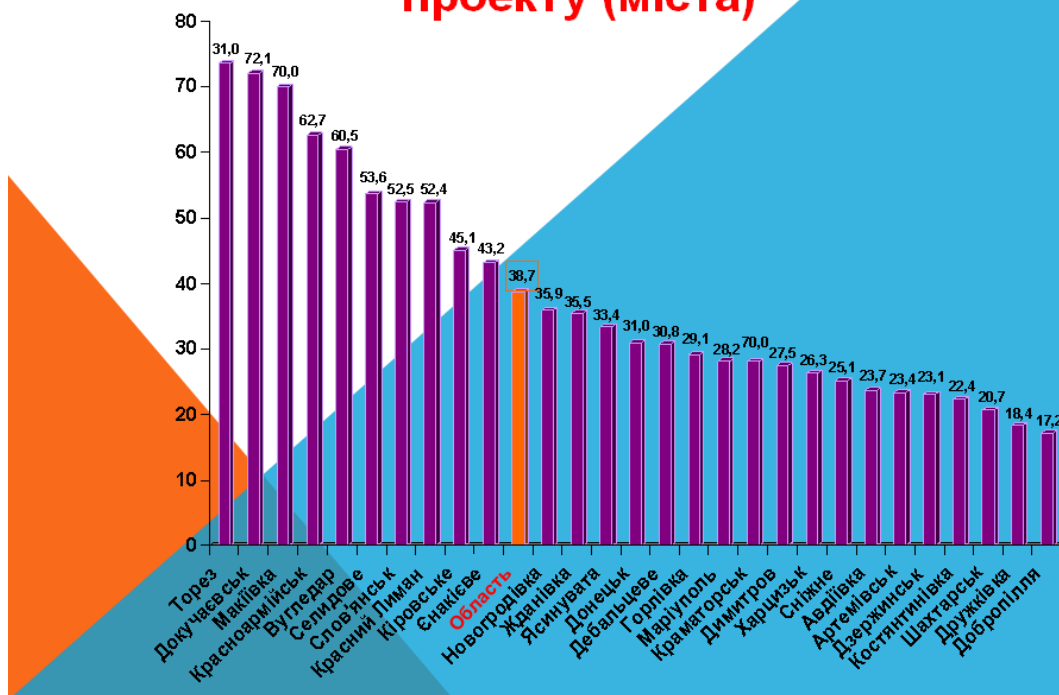
Питома вага аптек, задіяних у пілотному проекті, з тих, що діють на території (райони)



Но в целом в районах робота поставлена значительно краще: так в Добропольському р-не (80%), Тельманівському р-не (100%).

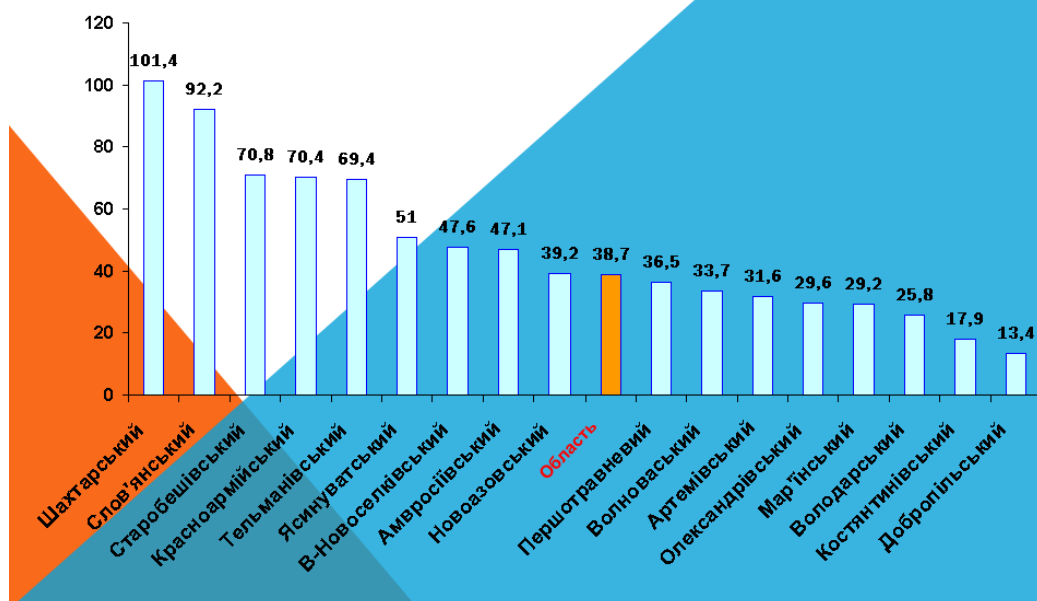
Всього получили лечение в рамках пилотного проекта **510 тыс. чел.** (54% состоящих на диспансерном учете с ГБ).

Питома вага хворих на гіпертонічну хворобу, які скористалися лікуванням по пилотному проекту (міста)



Менше 25 % больних получили лечение в городах Доброполье (17%), Дружковка (18%), Шахтерск (21%).

Питома вага хворих на гіпертонічну хворобу, які скористалися лікуванням по пилотному проекту (райони)



В Добропольском и Константиновском районах меньше 20% больных использовали эту возможность.

В то же время в Шахтерском р-не 100% пациентов были обеспечены необходимыми препаратами.

На реализацию пилотного проекта в Донецкой области было выделено 18,4 млн. грн. Учитывая недостаточное использование средств в течении года, было принято решение о перераспределении 3,1 млн. грн. в другие регионы Украины.

За 2013 год всего использовано 6,6 млн. грн. или 43,4 %. Таким образом, использование выделенной для области субвенции считаю неудовлетворительным.

Первинна медико-санітарна допомога **ЯКІСТЬ**



Достижение качества медицинской помощи возможно путями, представленными на слайде.

Один из них - материально-техническое **оснащение ЦПМСП.**

В 2012 году на эти цели из областного бюджета было выделено 95,0 млн. грн. В 2013 году дооснащение первички для приведения в соответствие с табелем оснащения было задачей городов и районов. За счет местного бюджета и внебюджетных поступлений было выделено **4,4 млн. грн.** Оснащенность ЦПМСП, без учета мелкого и одноразового инструментария составляет 84%. Компьютерной техникой центры оснащены на 86,2%.

В тоже время не выделялись средства местных бюджетов в Добропольском, Константиновском, Красноармейском, Славянском, Александровском, Тельмановском и Ясиноватском районах.

Практически на всех территориях области за счет средств местных бюджетов проводились **ремонтные работы**, освоено **11,0 млн. грн.** Исключение составляет Славянский, Старобешевский и Шахтерский районы.

Задачей, поставленной перед руководителями лечебных учреждений было обеспечение необходимого **контроля за целевым и рациональным использованием** оборудования, которое было закуплено в 2012 году за средства субвенций с госбюджета. К сожалению, до настоящего времени из-за отсутствия интернета в Шахтерском районе не работает система передачи электрокардиограмм «Тредекс», которая была закуплена специально для этих целей. Оставляет желать лучшего и использование ЭКГ-аппаратов (это касается гг. Краматорск, Ясиноватая, Добропольский и Славянский р-ны) и физиотерапевтического оборудования (гг. Дебальцево, Мариуполь, Угледар, Александровский, Добропольский, Славянский р-ны), нагрузка на которые в течение отчетного года низкая.

С целью контроля за рациональным использованием оборудования, департаментом здравоохранения ведется работа по разработке конкретных индикаторов, что даст возможность полноценного мониторингования как времени установки и ввода в эксплуатацию оборудования, так и использования его в разрезе админтерриторий.

В течении года в области продолжалась работа по формированию **электронного реестра пациентов.** Для этого, еще в 2012 году, были созданы все условия - централизованно закуплено и поставлено во все Центры 2 032 единиц компьютерной техники (72 серверные станции и 1960 АРМ) с лицензионным софтом.

Хочется отметить, что работа в данном направлении проведена значительная: в реестр внесено более 4,03 миллионов жителей области (92,5%), созданы локальные сети в 370 амбулаториях (95% от тех, где

есть такая необходимость), из них к Интернет подключены 386 амбулаторий (85%).

Перед руководителями органов местного самоуправления и главными врачами Центров была поставлена задача обеспечить создание локальных сетей в амбулаториях и подключение их к сети Интернет.

Хорошо организована работа по созданию локальных сетей и подключению к сети Интернет в гг. Донецк, Авдеевка, Горловка, Димитров, Ждановка, Макеевка. Вместе с тем в г. Снежное более 50% амбулаторий не подключены к Интернет (7 из 8). Не созданы локальные сети и отсутствует подключение к сети Интернет в ЦПМСП Константиновского района.

В Донецкой области созданы все условия для реализации права пациента на **свободный выбор врача** первичного звена. В 2013 году 2% населения приняли решение о смене семейного врача.



Одним из самых важных направлений в работе ЦПМСП является проведение профосмотров населения для выявления заболеваний на ранних стадиях. По итогам 2013 года профосмотрами охвачено 84% от подлежащего населения. Однако не все территории подошли ответственно. Самый низкий показатель отмечен в г. Харцызске, где профосмотрами охвачено только 61% от подлежащего населения, по районам хуже всего сработали Першотравневый (67,3%) и Марьинский (76%) районы.

С целью рационального использования коечного фонда стационарных отделений вторичного уровня целесообразным является применение стационарозамещающих форм лечения таких как «дневные стационары», мощность которых 4098 койко-мест, и «стационары на дому».

Увеличение показателя пролеченных больных в дневных стационарах в 2013 году, который составил 454,7 на 10 тыс. нас. по сравнению с 2012 годом 444,6 на 10 тыс. нас. свидетельствует об их востребованности.

Показатель пролеченных в стационарах на дому увеличился на 10,3% и составил 487,7 на 10 тыс. населения (в 2012 году — 442,0). Меньше всего пролечено в стационарах на дому в г. Енакиево (335,7), Ясиноватая (373,4). А в районах недостаточно использована данная форма лечения больных в В-Новоселковском (305,0), Волновахском (375,1) и Марьинском (375,7) районах.

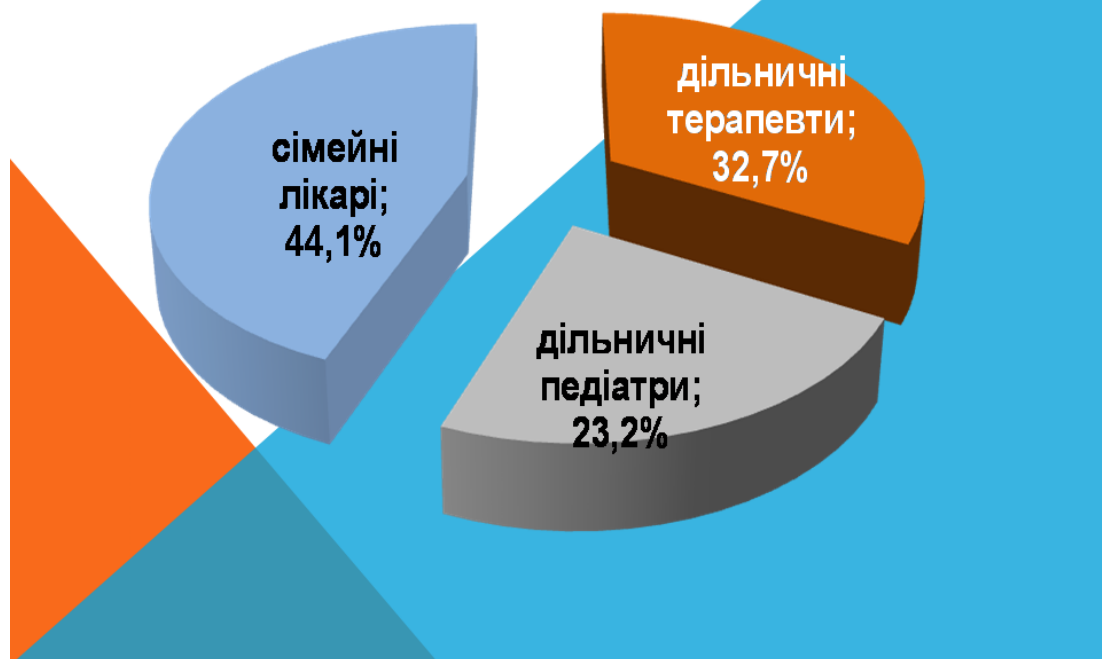
Одним из механизмов оптимизации деятельности системы здравоохранения является формирование врачом первичного уровня маршрута пациента, путем выдачи направлений на консультацию к врачам-специалистам или на госпитализацию. Бесконтрольное обращение населения в лечебные учреждения различных уровней медицинской помощи на сегодняшний день недопустимо. Это значительно снижает эффективность работы лечебных учреждений. К сожалению, только в единичных городах эта система работает, например в г. Докучаевск.

В большинстве административных территориях распространена практика самостоятельного обращения пациентов к врачам-специалистам вторичного уровня.

На протяжении 2013 года в ЦПМСП проводилась работа по **приведению в соответствие** с требованием нормативных документов штатного расписания и табеля оснащения ЦПМСП. В основном все ЦПМСП эту работу выполнили. Однако, в нарушение Закона Украины о пилотных регионах, в ЦПМСП гг. Краматорска и Донецка продолжают работать врачи-лаборанты, врачи функциональной диагностики, физиотерапевт и даже инфекционист и эпидемиолог.

Качество работы так же определяется кадровыми ресурсами отрасли.

ПИТОМА ВАГА ЛІКАРІВ РІЗНОГО ФАХУ В ЦПМСД



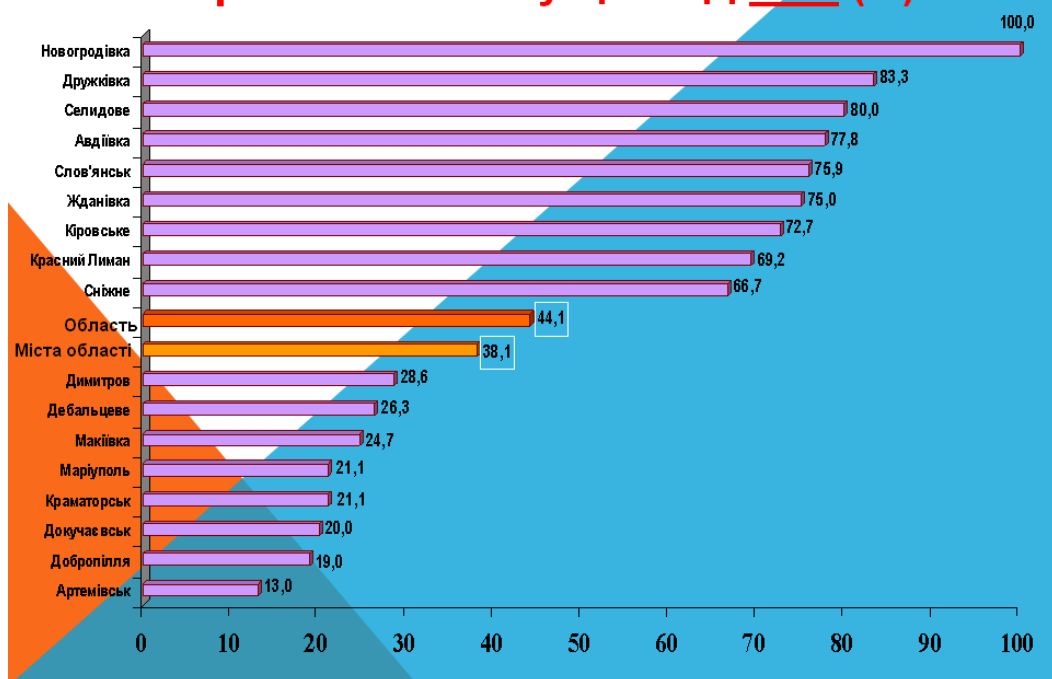
Для оказания первичной медико-санитарной помощи жителям области необходимо 2800 врачей общей практики семейной медицины.

Сегодня в Центрах оказывают первичную медицинскую помощь 1921 врач, среди которых: 848 врачей общей практики-семейной медицины (44,1%), 628 участковых врачей-терапевтов (32,7%), 445 участковых врачей-педиатров (23,2%).

В 2011 году в области работало – 452 семейных врача, обеспеченность врачами общей практики - семейной медицины 1,02 на 10 тыс. населения.

За два года обеспеченность врачами общей практики-семейной медицины увеличилась практически в 2 раза и составляет 1,95 на 10 тыс. населения.

Питома вага сімейних лікарів серед лікарів первинної ланки у ЦПМСД міст (%)



При середньому удельному вазі сімейних лікарів в містах 38%, особливо низький удельний вага відзначено в г. Артемівськ (13%), Добропілля (19%), Доючаєвськ (20%).

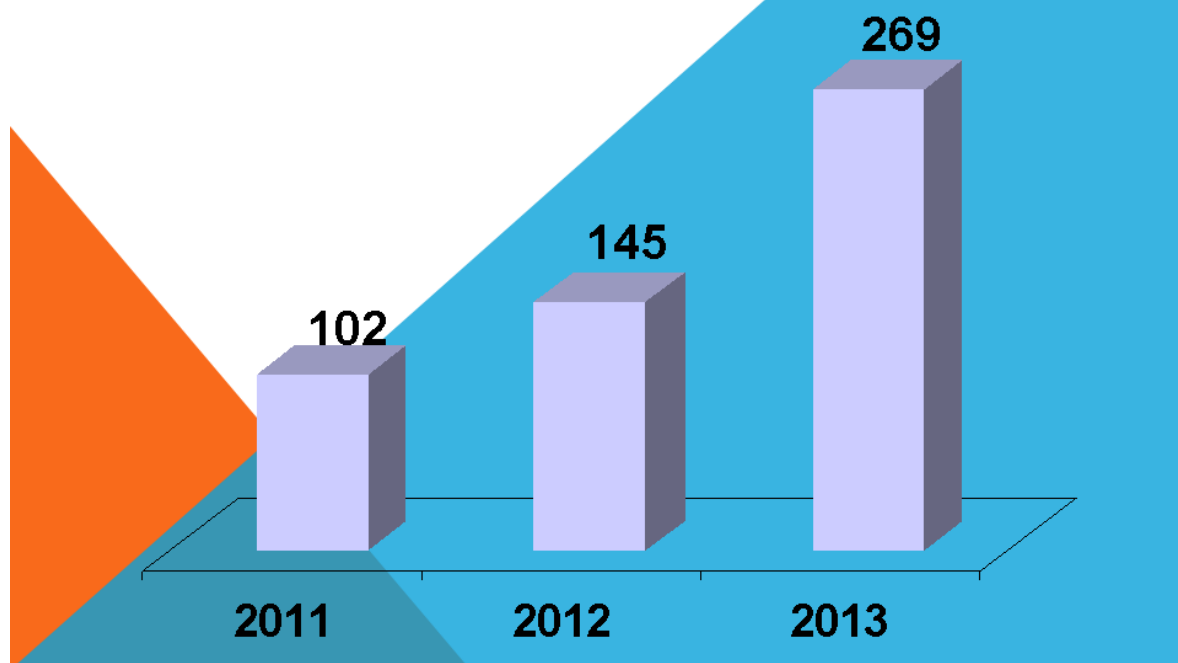
Питома вага сімейних лікарів серед лікарів первинної ланки у ЦПМСД районів (%)



А при середньорайонному показателі 78% низький удельний вага сімейних лікарів в Волноваському (55,2%), Володарському (55,6%), Артемівському (61,5%).

При этом необходимо отметить, что в городе Новогородовка, Александровском, Добропольском, Константиновском, Новоазовском, Славянском, Старобешевском, Тельмановском и Ясиноватском районах удельный вес семейных врачей составляет 100%.

Кількість підготовлених сімейних лікарів за період реформування галузі (2011-2013 рр.)



За два года увеличен объем подготовки и переподготовки медработников в 2 раза. В 2011 году прошло обучение 102 врача, в 2012 году – 145 врачей, в 2013 году – 269 врачей.

Также увеличен целевой набор выпускников сельских районов с 32 в 2011 г. до 45 в 2013г.

Для привлечения молодых кадров для работы в системе здравоохранения необходимо полноценно реализовывать программы «местных стимулов», которые приняты во всех городах и районах области.

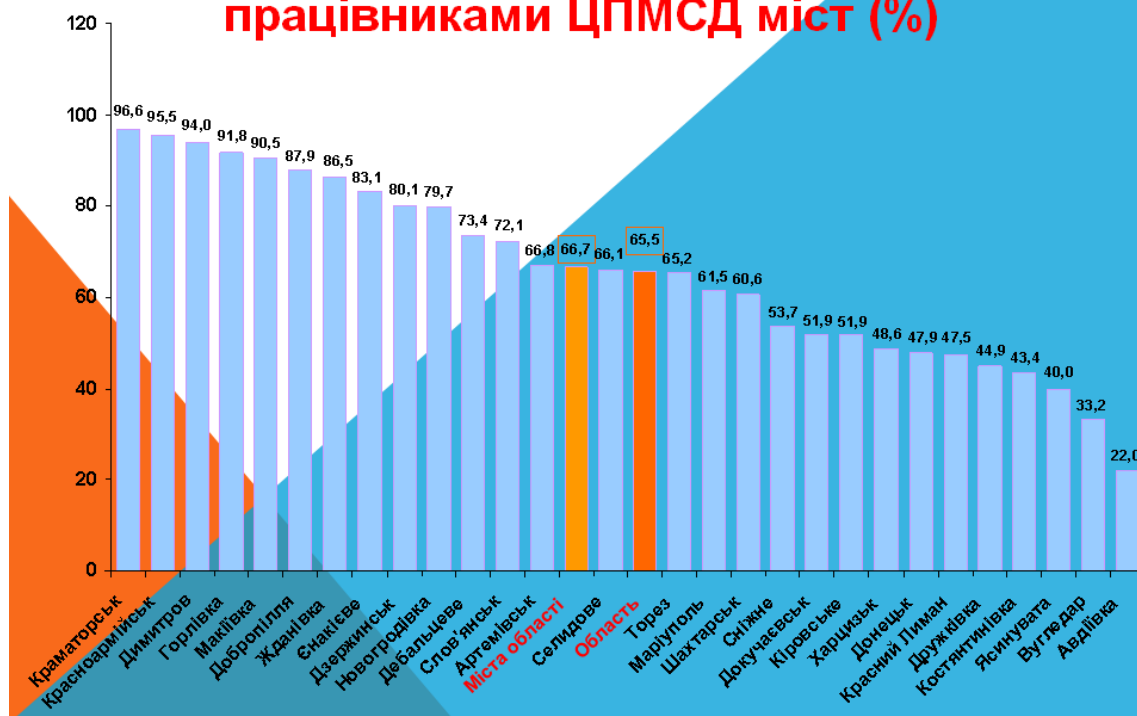
В 2013 году в рамках реализации программ предоставлено 9 квартир и домов (гг. Горловка, Дзержинск, Красный Лиман, Макеевка, Мариуполь, Селидово, Артемовский, Волновахский и Александровский р-ны), на 17 административных территориях для медицинских работников внедрен бесплатный проезд в общественном транспорте, в высших медицинских заведениях I-IV уровней аккредитации за счет средств местных

бюджетов учится 70 студентов. За отчетный период на выполнение мероприятий Программ из местных бюджетов выделено 15,046 млн. грн., но этого недостаточно.

Усовершенствование системы управления медицинскими учреждениями предполагает использование **профессионального менеджмента**. Осуществление реформ требует формирования руководящего состава, владеющего навыками современного менеджмента в здравоохранении. Поэтому на базе Донецкого государственного университета управления организована подготовка руководящих кадров. Уже прошло 2 выпуска. Завершили учебу с получением второго высшего образования по специальности «менеджер-экономист» 75 врачей, выпущено 9 магистров по специальности «бизнес администрирования», еще 30 врачей продолжают учебу на I курсе и 40 – на II курсе.

С целью мотивации медработников внедрена **система надбавок** стимулирующего характера к заработной плате за объем и качество выполненной работы в соответствии с постановлением КМУ от 20.05.2013 № 395. В 2013 году на эти цели было предусмотрено – 90,8 млн. грн., освоено лишь 59,4 млн. грн. или 65,5%. За объем выплачено 52,0 млн. грн. или 87%, а за качество – 7,5 млн. грн. или 13%.

Інформація щодо виплати надбавки за обсяг та якість виконаної роботи медичними працівниками ЦПМСД міст (%)



Хуже всіх освоили выделенные средства в гг. Авдеевка (22%), Угледар (32%), Константиновка (43%), Дружковка (45%).

Інформація щодо виплати надбавки за обсяг та якість виконаної роботи медичними працівниками ЦПМСД районів (%)



Менше треті засновки використовували в Константиновському (25,4%), Добропольському і Мар'їнському (по 30%) районах

Що стосується надбавок за якість, то не приступили до такої роботи в г. Дзержинське, Добропольському, Константиновському, Мар'їнському і Шахтарському районах, на початковій стадії роботи в г. Селидове (0,1% від виплачених надбавок), Володарському р-ні (0,5%), г. Дружківка (1,4%), Шахтарськ (1,8%), Жданівка (1,9%), Макіївка, Маріуполь, Сніжне (по 2,5%), Кіровське (3,1%), ЦПМСД № 2 г. Єнакієво (4,2%), Дмитрів (6,2%)

Для своєчасного **обслуговування викликів на дому** були придбані автомобілі. В наші часи на первинному рівні – 890 машин. При цьому недопустима ситуація склалася в г. Маріуполі, Сніжному, Донецьку. В г. Краматорську з березня до листопада 2013 року не використовувалися 2 автомобілі з 6-ти. В г. Донецьку також до листопада звітного року не експлуатувалися 6 автомобілів: 2 – в ЦПМСД № 6 і 4 – в ЦПМСД № 4. В г. Дебальцівці також до листопада 2013 року не експлуатувалися 1 автомобіль. В г. Маріуполі 49 придбаних машин почали експлуатуватися тільки з вересня 2013 року. Причина через відсутності в штатних розписаннях водіїв і засновків на бензин. В г. Сніжне в зв'язі з відсутністю засновків тільки з березня 2013 року були зареєстровані 7 автомобілів з 13, інші не зареєстровані і не експлуатуються до нашої часи. На

данный момент департамент здравоохранения перераспределяет автомобили между ЦПМСП, уже 3 автомобиля переданы в ЦПМСП г. Красный Лиман и Першотравневого района.

Только в 24 Центрах созданы пункты неотложной медицинской помощи, из них круглосуточно работают 3 в г. Горловке Центр №2, в г. Константиновке, г. Енакиеве Центр №1.

В области практически не используются выездные формы работы в отдаленные участки, на ФАПы и МП с привлечением врачей-специалистов вторичного уровня.

В 2013 году финансирование первичного уровня увеличилось на 3,2% по сравнению с 2012 годом.

А с внедрением новой 2-х кодовой модели финансирования, появилась гибкость в управлении и возможность более эффективного использования финансовых ресурсов. Поэтапно внедряется **Программно-целевой метод** финансирования, позволяющий контролировать непосредственную связь между объемом выделенных бюджетных средств и достигнутыми результатами. Главные распорядители кредитов (отделы здравоохранения, городские советы или райгосадминистрации) заключают договора с центрами на оказание медицинской помощи. К сожалению контроль за выполнением этих договоров и оценка их эффективности отсутствуют.

Сегодня не ставится под сомнение продолжение реорганизации первичной медико-санитарной помощи. Необходимо продолжить работу по приближению доступной и качественной медицинской помощи к населению с дальнейшим развитием сети структурных подразделений Центров. А структура должна исходить из функций первичной медико-санитарной помощи.

Профилактика, раннее выявление заболеваний, лечение и перенаправление пациентов вот основные функции первичного уровня.

Исходя из функций, необходимо пересмотреть штатные нормативы и таблиць оснащения Центров, ввести на первичный уровень лабораторию, рентгенслужбу и УЗИ-диагностику, дневные стационары, а так же соответствующих специалистов.

Департамент здравоохранения совместно с медицинской общественностью, общественными организациями, как и в предыдущие годы, продолжает работу в этом направлении.

Основные акценты нужно поставить на проведении следующих мероприятий:

1. Своевременное и качественное проведение диспансеризации населения, а также охват профосмотрами не менее 80% населения.

2. Применение выездных форм работы с привлечением врачей-специалистов вторичного уровня.

3. Оптимизация графика работы подразделений Центров.

4. Обеспечение разделения потоков пациентов, учитывая здоровых детей, беременных, ветеранов и других контингентов с применением организационных (выделенное время приема или дни) или архитектурно-планировочных решений (отдельные входы), особенно при открытии новых амбулаторий.

5. Активное применение стационарозамещающих форм лечения.

6. Улучшение взаимодействия с учреждениями вторичного уровня.