

РЕЗОЛЮЦІЯ

Науково-практичної конференції з міжнародною участю

«КОМПЕТЕНЦІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ПИТАННЯХ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ»

05–06 грудня 2019 року

Ми, учасники науково-практичної конференції з міжнародною участю «Компетенції сімейного лікаря в питаннях реабілітації пацієнтів», констатуємо наступне.

Наше бачення: «Первинна медична допомога на засадах сімейної медицини - 80/20»!

Це означає, що ми прагнемо універсального охоплення українців якісною високоєфективною первинною медичною допомогою на засадах загальної практики-сімейної медицини, завдяки чому при 80% звернень громадян по медичну допомогу, вона буде вичерпно надаватися на первинному рівні сімейним лікарем.

Ми прагнемо досягнення такого індикатора за прикладом країн з високоєфективною національною моделлю первинної медичної допомоги. Медична реформа 2017–2019 рр. має як позитивні, так і негативні результати. До позитиву слід віднести системне запровадження подушového (капітаційного) механізму фінансування на засадах державного замовлення.

Це зумовило збільшення особистих доходів персоналу надавачів первинної медичної допомоги, створило економічні стимули для дотримання державних стандартів на первинному рівні медичного обслуговування.

Водночас системні недоліки запропонованої для України моделі первинної медичної допомоги несуть ризики для здоров'я населення і самої загальної практики-сімейної медицини як єдиної з медичних спеціальностей, яка переважно спрямована на дотримання пріоритету профілактики захворювань, а не на дороговартісні методи лікування.

Подушове (капітаційне) фінансування в запропонованому вигляді спричинило фрагментацію охоплення. За межами уваги й відповідальності системи медобслуговування лишились у тому числі й передусім асоціальні групи. Серед громадян, які не уклали декларації з лікарем первинної ланки, прогноровано сконцентровані особи із соціально-небезпечними хворобами, їм притаманні високі ризики перебігу вагітності і дитячої смертності.

Ігнорування об'єктивно більшої видатковості ПМД сільському населенню і громадянам старечого віку призвело до економічної дискримінації закладів ПМД у сільській місцевості і створило негативні стимули до обслуговування громадян з найбільшими потребами у медичній допомозі. Капітаційний тариф є значно (приблизно втричі) заниженим і жодного разу не індексувався, що не створює економічного підґрунтя для надання громадянам ПМД у повному обсязі, дестимулює первинну ланку брати навантаження на себе, розвантаживши таким чином інші рівні медобслуговування. Останнє є несприятливим фоном для реформи системи медобслуговування в цілому.

Законодавча ліквідація вектора на загальну практику-сімейну медицину, вихолощування функцій ПМД, нормативно закріплене у «Порядку надання первинної медичної допомоги», призвели до узаконення некомплексного надання первинної медичної допомоги. Це практично унеможливило досягнення індикатора «80/20». Зазначений підхід з огляду на відсутність необхідності надавати первинну медичну допомогу в повному обсязі фактично створив економічні стимули до «збирання вершків» на первинному рівні та направлення пацієнтів на дороговартісні втручання.

До інтегральних індикаторів успішності і завершеності реформи первинної ланки можна віднести виявлене в соціологічних опитуваннях прагнення абсолютної більшості лікарів первинної ланки молодого і середнього віку вдатися до трудової еміграції.

Безповоротним кадровим втратам на первинному рівні сприятимуть непродумані, непередбачені зміни в системі до- і післядипломної підготовки у разі відсутності вкрай необхідних коректив.

Скасування державного стандарту фізичної доступності первинної медичної допомоги – нормативу забезпеченості закладами ПМД, дозволило органам місцевого самоврядування піти на необґрунтоване скорочення мережі амбулаторій у містах і не опікуватись цим у сільській місцевості.

З огляду на зазначене ми пропонуємо.

1. Президенту України:

Вжити заходів щодо моніторингу реалізації в Україні «Цілей сталого розвитку», проголошених ООН і ратифікованих Указом Президента України №722/2019.

2. Верховній Раді України:

2.1. Внести зміни до ст. 35-прим Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо відновлення вектора надання первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини з перехідним періодом у 5–7 років.

2.2. Внести зміни до Закону України «Про місцеве самоврядування» та передбачити відповідальність органів місцевого самоврядування за недотримання повноважень щодо розвитку мережі та фінансування закладів охорони здоров'я, що знаходяться у їхній власності, з місцевого бюджету.

3. Кабінету Міністрів України.

3.1. Переглянути капітаційний тариф щодо його реальної індексації і поступового збільшення.

3.2. Переглянути коригувальні коефіцієнти до капітаційного тарифу щодо врахування об'єктивно більшої видатковості надання первинної медичної допомоги сільському населенню і громадянам старших вікових категорій.

3.3. Запровадити цільове фінансування програм стимулювання якості (активностей) первинної медичної допомоги і профілактики.

4. Міністерству охорони здоров'я:

4.1. Із залученням УАСМ розробити та спільно здійснити дизайн аудиту первинної медичної допомоги в Україні.

4.2. Створити постійно діючу експертну групу з представників УАСМ й інших експертних організацій для супроводу розвитку первинної медичної допомоги в Україні, приділити першочергову увагу питанням якості первинної медичної допомоги.

4.3. Терміново внести зміни до Порядку надання первинної медичної допомоги щодо унормування комплексного надання первинної медичної допомоги відповідно до компетенцій за WONCA та забезпечення фізичної доступності первинної медичної допомоги.

4.4. Забезпечити економічне обґрунтування капітаційно-тарифу та коригуючих коефіцієнтів до нього.

4.5. До повного переходу на електронний документообіг відновити обов'язкову статистичну звітність щодо обліку захворювань.

4.6. Унормувати відносини, у тому числі фінансові, між самостійними закладами в ОТГ з районними (міськрайонними) центрами ПМСД щодо фінансування функцій, які заклади в ОТГ неспроможні здійснювати самостійно, зокрема щодо

- а) роботи комісії ЛКК;
- б) контролю за видачею документів суворого обліку;
- в) організації статистичного обліку і звітності;
- г) планування і контролю вакцинації, планування кадрової роботи, зокрема післядипломної освіти і безперервного професійного розвитку (до впровадження професійного самоврядування);

д) координації безперервності надання допомоги (відпустки, курси, хвороба тощо).

4.7. Випереджально розв'язати проблеми, пов'язані зі зміною власника районних центрів ПМСД у процесі адмінреформи.

4.8. Терміново переглянути і ретельно доопрацювати пропозиції щодо змін у порядку проходження інтернатури й організації її баз.

4.9. Вжити заходів щодо запровадження навчання за напрямом «Загальна практика-сімейна медицина» на дипломному рівні подібно до інших базових спеціальностей.

Міністерству охорони здоров'я разом із Міністерством освіти і науки:

Вирішити питання зміцнення наукової спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина» 14.01.38 на державному рівні та призначити експерта-фахівця даної спеціальності до експертної ради ДАК МОН України.

Президенту України, Голові ВРУ, Голові Комітету ВРУ з питань здоров'я нації та медичного страхування, Голові Уряду, Міністру охорони здоров'я України:

УАСМ визнає наявність конфлікту інтересів у лікарській спільноті. Вказаний конфлікт полягає в тому, що інтереси лікарів загальної практики-сімейної медицини (а також терапевтів і педіатрів, які сьогодні виконують функцію сімейного лікаря) позитивно пов'язані зі здоров'ям громадян, натомість інтереси інших лікарів – з їхніми хворобами. Водночас частина професійних питань, зокрема етичні питання (етичний кодекс), питання стандартизації та інші є спільними для лікарів незалежно від спеціалізації. Грунтуючись на зазначеному вище, УАСМ просить під час розгляду законодавчих ініціатив щодо лікарського самоврядування надати підтримку конструкції лікарського самоврядування, яка передбачає єдину (одну) організацію для всіх лікарських спеціальностей із внутрішнім поділом на три палати: лікарів ЗП-СМ, лікарів-стоматологів й інших спеціальностей, які мають паритетне представництво в керівних органах організації.

Органам місцевого самоврядування, місцевим органам державної влади, місцевим органам управління охорони здоров'я:

1. Вживати заходів щодо утримання і розширення мережі закладів первинної медичної допомоги з метою забезпечення високої фізичної («крокової») доступності первинної медичної допомоги.

2. Впроваджувати програми стимулювання якості і доступності первинної медичної допомоги передусім з метою зменшення об'єктивних потреб громадян у дороговартісних медичних послугах екстреної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з урахуванням місцевого контексту.

3. Сприяти закріпленню кадрів первинної ланки, передусім лікарських, через створення місцевих стимулів з особливим акцентом на економічні стимули для працевлаштування молодих лікарів.

4. Надавати підтримку функціонування служб медичного патронажу в сільській місцевості (ФАПи) до вирішення питання державного фінансування цієї складової первинної медичної допомоги.

5. Запроваджувати місцеві програми стоматологічного здоров'я – важливої умови соматичного здоров'я і довголіття, до вирішення питання фінансування таких програм з державного бюджету.

6. Запроваджувати місцеві програми універсального охоплення населення первинною медико-санітарною допомогою, приділивши особливу увагу групам високого ризику із соціально-небезпечними захворюваннями, у тому числі шляхом організації координації діяльності закладів первинної медичної допомоги, соціальних служб та правоохоронних органів до вирішення питання фінансування таких програм з державного бюджету.

Керівникам закладів з надання первинної медичної допомоги:

1. Виявляти ініціативу щодо створення спостережних рад при закладах, що надають первинну медичну допомогу, та через залучення до їхньої роботи впливових представників громад лобювати інтереси громадян в охороні здоров'я через розроблення і реалізацію місцевих програм, спрямованих на стимулювання якості первинної медичної допомоги, збереження і зміцнення здоров'я, медичну профілактику.

2. Створювати умови для надання первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини та впроваджувати економічні стимули до комплексного опанування компетенцій ПМД лікарями та медсестрами, маючи на меті досягнення індикатора «80/20».

3. Постійно вивчати психологічний клімат у колективах, опікуватись корпоративною культурою й активно усувати чинники негативного характеру, що у більшості не вимагає грошових витрат і позитивно позначається у корпоративному дусі, сприяє утриманню кадрів.

4. Особливу увагу приділяти потребам молодих лікарів загальної практики-сімейної медицини у професійній самореалізації та економічній спроможності.

5. Створювати місця для лікарів-інтернів і умови для їхньої роботи, призначати найфаховіших сімейних лікарів їхніми кураторами.

6. Створювати умови для самостійної роботи медсестер загальної практики-сімейної медицини, цілеспрямовано (на основі спеціальних програм) відходити від спільного прийому пацієнтів лікарем і медсестрою (за виключенням виконання процедур, які цього потребують), що сприятиме більшій відвертості пацієнтів при консультуванні та більшій ефективності роботи лікарів і медсестер.

7. З метою обґрунтування і планування розвитку закладів здійснювати внутрішній аудит діяльності центрів ПМСД та

їхніх підрозділів на підставі застосування «Критеріїв належної практики первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини».

8. Спільно з органами місцевого самоврядування впроваджувати програми медичної реабілітації з особливим акцентом на відновну допомогу учасникам АТО та уразливим категоріям населення.

9. Вивчати думку пацієнтів щодо роботи закладів та вживати заходів щодо підвищення чутливості до потреб пацієнтів під час надання медичної допомоги.

10. Активно налагоджувати горизонтальні комунікації за для обміну кращим досвідом організації і надання первинної медичної допомоги, взаємодії з громадами.

11. Спіратися на статус господарської автономії при вирішенні внутрішніх питань діяльності закладів та у стосунках із замовниками послуг і органами управління, уникати нав'язування робіт, які не передбачені договорами про виконання державного замовлення, місцевих програм та іншими зобов'язаннями закладу.

Лікарям та медсестрам первинної ланки:

1. Активно опановувати комплексні компетенції ПМД на засадах ЗП-СМ відповідно до профілю спеціальності за WONCA.

2. Створювати місцеві осередки УАСМ та підтримувати їхню діяльність фінансово.

3. Долучатися до роботи WONCA, брати активну участь у навчальних і наукових програмах організації.

WONCA

1. Надавати всебічну допомогу Українській асоціації сімейної медицини – члену WONCA з 1999 року – щодо підтримки розвитку первинної медичної допомоги на засадах ЗП-СМ у національному контексті.

2. Сприяти акцентуванню і підтриманню ідеології ЗП-СМ іншими міжнародними організаціями, передусім ВООЗ та ЮНІСЕФ.

3. Спільно з ВООЗ виробляти матеріали для просування ідеології ЗП-СМ на міжнародному і національному рівнях для різних цільових аудиторій: політики, державний істеблїшмент, місцеві громади, бізнес, надавачі ПМД, лікарські спільноти різних спеціальностей, пацієнти і пацієнтські організації.

4. Вивчати приклади згортання розвитку ПМД на засадах ЗП-СМ, аналізувати причини та наслідки таких дій, поширювати результати аналізу.

5. Розглянути можливість проведення заходів WONCA в Україні спільно з УАСМ і МОЗ України.

Лариса Матюха
Президент УАСМ