

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРЁХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В связи с продолжающимися проблемами в работе первичного звена здравоохранения необходимость создания эффективной системы организации первичной медико-санитарной помощи приобрела в последнее время еще большую актуальность. Предложенная оптимальная трёхуровневая система оказания первичной медико-санитарной помощи и трёхэтапная организация её первого уровня, с приоритетом профилактики, которая в сочетании с новыми формами финансирования и оплаты труда врачей первичного звена позволила в пилотных районах добиться положительных результатов. В связи с этим её можно применять не только в области, но и в других регионах. Сделан вывод о том, что в условиях дефицита финансирования использование эффективных форм организации и финансирования первичной медико-санитарной помощи, позволяет мотивировать первичное звено в повышении качества и доступности ПМСП населению, сохранении здоровья прикрепленного населения на первичном этапе, соответственно, уменьшение объёмов помощи на вторичном и третичном этапах, что ведёт к повышению её эффективности и здравоохранения в целом.

Ключевые слова: первичная помощь; профилактика; патронаж; реабилитация; доступность и качество.

Постановка проблемы. Результаты проведенного автором исследования показали, что по мере развития государства, развивалось здравоохранение и амбулаторная помощь населению. В дореволюционной России на смену платной медицинской помощи пришла земская и городская медицина, а в странах Европы – модель солидарности, и медицинская помощь нищим и малоимущим стала оказываться бесплатно. Земская медицина провозгласила и в значительной степени осуществила на практике передовые принципы, которые впоследствии развило советское (государственное) здравоохранение. Медицинское страхование не позволило сдерживать рост расходов в развитых странах мира, а в России – решить накопившиеся проблемы, обусловленные остаточным принципом финансирования здравоохранения и использования административных методов управления. Реализация целевых проектов и программ положительно сказалась на ряде показателей состояния здоровья населения, развитии ПМСП в России и Белгородской области, в том числе по принципу врача общей практики. Однако реальной реформы первичного звена не произошло.

Анализ последних исследований и публикаций. Проведенный анализ ситуа-

ции в Белгородской области показал, что право граждан на сохранение и укрепление здоровья обеспечивается: реализацией федеральных, региональных и муниципальных программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний населения, оздоровления среды обитания человека и условий его жизнедеятельности; проведением гигиенических и противоэпидемических мероприятий, широкой информированности и воспитанием санитарной культуры населения всеми ведомствами, сопричастными с охраной здоровья. ПМСП в регионе организована по территориально-участковому принципу, была и остаётся приоритетным направлением здравоохранения, а участковый терапевт по-прежнему является ключевым звеном оказания ПМСП. Однако число врачей общей практики (ВОП) в Белгородской области постепенно увеличивалось. Они в регионе составили 26,6% от числа врачей первичного звена здравоохранения и 4,4% от числа всех врачей, в РФ – 8,5% и менее 1%, соответственно. При этом 27,5% ВОП – это люди пенсионного возраста, и только 3,3% – моложе 30 лет. Сравнительный анализ, проведенный нами, работы ВОП в сельской и городской местности показал, что ВОП в городской поликлинике работает менее эффективно, он не принимает де-



тей, а так же практически и взрослых пациентов по разрешённым другим специальностям, что подтверждает вывод автора о рациональности дальнейшего развития этого принципа преимущественно в сельской местности. Там он не только ведёт приём по разрешённым другим специальностям, что важно для повышения доступности ПМСП сельскому населению, но (самое главное), он становится организатором и участником проведения профилактических и оздоровительных мероприятий по выявлению и предупреждению воздействия факторов риска возникновения заболеваний, сохранению и укреплению здоровья прикрепленного населения. Имеет место во многих учреждениях недостаточность средств на выплаты врачам первичного звена отдельных надтарифных коэффициентов, в том числе стимулирующих качество медицинской помощи и профилактическую работу.

На основании результатов анализа можно сделать вывод, что при всех положительных моментах проводимых реформ, в Белгородской области сложилась не самая эффективная система организации ПМСП. Слабо организована система амбулаторного долечивания, патронажа, паллиативной помощи, восстановительного лечения и реабилитации. Имеют место проблемные вопросы в организации работы скорой медицинской помощи: в отдельных районах более 30% от всех объёмов оказывалась неотложная помощь; 60% и более – составляли вызова к больным с хроническими заболеваниями и др. Отмечены недостатки подготовки и укомплектования кадров, оснащения поликлиник современным оборудованием и др. Имела место недостаточная доступность медицинской помощи сельского населения, наличие очереди в поликлиниках ряда ЦРБ и городских больниц и наличие жалоб населения. Стоимость медицинских услуг растёт, а состояние здоровья населения улучшается медленно.

Цель статьи – обозначение путей развития трёхуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи и трёхэтапной организации её первого уровня.

Изложение основного материала исследования. Таким образом, с учётом оценки состояния участковой службы – основного звена ПМСП региона и факторов, препятствующих её развитию, и того, что от размеров финансирования напрямую зависят производительность и эффективность работы отрасли, но никак не коэффициент полезного действия её организационной модели, автор видит необходимость замены не эффективной модели и внедрения трёхуровневой системы организации ПМСП и перспективной трёхэтапной организации её первого уровня, как более экономичной и эффективной. Рассмотрим её основные принципы и приоритетные направления.

По нашему мнению и мнению ряда авторов сложившаяся в настоящее время система финансирования отрасли в России и Белгородской области в частности, не позволяет здравоохранению быть рентабельным, даже если путём многократного увеличения финансирования или сокращения объема и перечня бесплатных услуг восстановить баланс обязательств и возможностей отрасли. Автор предлагает более рациональный путь решения проблемы. Наряду с ликвидацией дефицита территориальной программы государственных гарантий за счёт увеличения страховых взносов на работающее и неработающее население, модель предполагает использование подушевого принципа и одноканального финансирования ПМСП, совершенствование отраслевой системы оплаты труда медицинских работников с их мотивацией повышения эффективности профилактической работы и состояния здоровья прикрепленного населения, существенно изменить принцип обслуживания пациентов и перейти на трёхуровневую систему оказания медицинской помощи. Она предусматривает повышение объема и увеличение перечня услуг (интенсификацию работы) на амбулаторно-поликлиническом уровне, что должно уменьшить уровень госпитализации на дорогостоящие реанимационно-интенсивные койки на 30-40% и потребность в высокотехнологичной помощи – на 15-20%. Одновременно предусматривается проведе-





ние распределения комплексной стационарной помощи по технологическому принципу (реанимационно-интенсивная, реабилитационная и паллиативная помощь) и рациональная маршрутизация пациентов по этапам оказания менее затратной, но не менее квалифицированной, интенсивной и эффективной медицинской помощи в амбулаторных условиях, что позволит сэкономить часть средств направить на дополнительное финансирование ПМСП, которое довести в ближайшие 3-4 года до 60%.

При этом реализуется три вида ПМСП: первичная доврачебная помощь, которая оказывается в АПУ фельдшерами, акушерами и другими средними медицинскими работниками; первичная врачебная – оказывается врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики; первичная специализированная – оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. Для повышения доступности и качества предоставляемой ПМСП на территории области формируется трёхуровневая система организации её оказания.

Первый уровень – обеспечивает население ПМСП, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью. ПМСП включает в т.ч. неотложную и скорую помощь, которая оказывается медицинскими работниками здравпунктов, ФАП, врачебных амбулаторий, центров общей врачебной практики, участковых и районных больниц, поликлиник ЦРБ и городских поликлиник, скорой медицинской помощи. Профилактическая работа первичным звеном проводится совместно с медицинскими работниками кабинетов (отделений) медицинской профилактики, центров здоровья с участием специалистов других ведомств. Первичную специализированную помощь оказывают врачи-специалисты первичного звена. Участковая служба и врачи-специалисты широко используют возможности менее затратных стационар замеща-

ющих видов помощи: дневной стационар при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационар «на дому», стационар «одного дня».

Второй уровень – обеспечивает оказание первичной специализированной медицинской помощи по наиболее востребованным специализированным профилям (при необходимости – неотложной помощью), специалистами межтерриториальных консультативно-диагностических центров, развёрнутых на базе амбулаторных учреждений городов Белгород, Старый Оскол, Алексеевка, Валуйки и ряд других. В этих центрах широко применяются стационар замещающие формы по специализированным профилям, широкий спектр диагностических процедур и специальные рентгенологические исследования, включая компьютерную томографию.

Третий уровень – это консультативно-диагностическая первичная специализированная медицинская помощь, которая организована в областных консультативных поликлиниках (центрах), где проводятся консультации и диагностические исследования, в том числе с использованием высоких технологий. Кроме того, консультативно-диагностическую первичную специализированную помощь оказывают областные диспансеры.

Слабым звеном в области является 1-й уровень ПМСП из-за недостаточной оснащённости амбулаторных учреждений, низкой укомплектованности квалифицированными специалистами и недостаточной их мотивацией в эффективной работе. С целью повышения доступности, качества ПМСП и её социально-экономической эффективности, разработанная нами трёхуровневая система организации ПМСП и трёхэтапная организация её первого уровня, утверждена правительством области и включена в программу модернизации здравоохранения до 2015 года, и в подпрограмму 2 «Развитие ПМСП» (далее Подпрограмма), долгосрочной целевой программы «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2013-2020 годы» и государственной программы «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014-2020 годы» (рис. 1).



Рис. 1. Трёхэтапная организация первого уровня первой медико-санитарной помощи
 Источник: разработано автором

В настоящее время в пилотных районах идёт её реализация. Приоритетным направлением Подпрограммы является её профилактическая направленность, повышение значимости ведущей роли в этом участкового врача (ВОП), которые должны вести к значительному улучшению не только структурной эффективности муниципального здравоохранения, повышению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов, но самое главное – формированию приоритета здоровья в системе ценностей общества, создание у населения мотивации быть здоровым, обеспечение правовых, экономических, организационных инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни и укреплению здоровья прикрепленного населения.

В этой связи первым в оказании ПМСП является профилактический этап. На этом этапе из профилактических мероприятий приоритетными направлениями являются: активное проведение профилактики и формирование у населения здорового образа жизни; проведение иммунопрофилактики; консультации по пробле-

мам здоровья; школы здоровья; проведение скрининговых исследований по выявлению факторов риска; выявление заболеваний на ранних стадиях развития; диспансерное наблюдение здоровых, беременных, детей, лиц декретированных групп; лиц из групп риска, наблюдение хронических больных и профилактика у них обострений (осложнений) хронических заболеваний, проведение рациональной маршрутизации больных (рис. 2).

Эти мероприятия выполняются на всех этапах первичного звена здравоохранения (ФАП, врачебная амбулатория, участковая и районная больницы, центр общей врачебной практики, кабинет ВОП, отделение (кабинет) медицинской профилактики поликлиники, участвуют и постоянные медицинские и мобильные бригады), врачами, фельдшерами, акушерками, патронажными медицинскими сёстрами и др. средними медицинскими этого звена. Учитывая, что эта работа межведомственная, в её проведении участвуют: работодатели, центры профилактики и здоровья, СМИ, специалисты народного образования, культуры, церковнослужители, общественные организации и др.



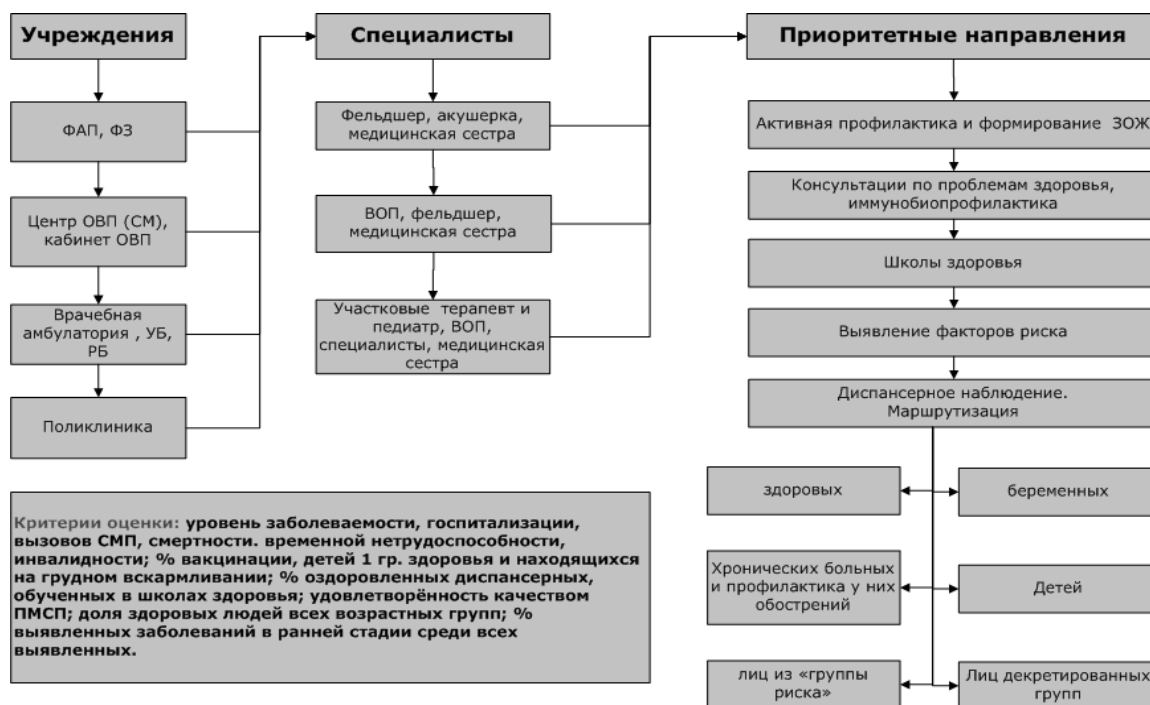


Рис. 2. Схема первого этапа «Профилактический»

Источник: разработано автором

По мнению автора, идеологией пропаганды здорового образа жизни среди жителей должно стать развитие участковыми врачами, ВОП и их медицинскими сёстрами положительной мотивации на здоровый образ жизни, привитие навыков сохранения и укрепления своего здоровья, обучение самоконтролю за своим состоянием. Для широкомасштабного проведения профилактики проводится доукомплектование отделений (кабинетов) профилактики в медицинских организациях квалифицированными специалистами и оснащение их в соответствии со стандартами. Разрабатываются и внедряются стандарты на все профилактические мероприятия, и производится их оплата за счёт средств обязательного медицинского страхования. Мотивация медицинских работников производится по качественным показателям эффективности профилактических мероприятий, главным критерием которых – улучшение здоровья прикрепленного населения. С целью повышения социально-экономической эффективности ПМСП профилактическую работу в области автор предлагает сосредоточить на патологии, вызывающей наибольшие социально-экономические потери. К ним были отнесены сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклеротическая болезнь сердца, острые нарушения мозгового кровообращения), диабет II типа, онкологические

болезни, дегенеративные заболевания позвоночника и крупных суставов. Таким образом, на первом этапе осуществляется профилактическое обслуживание преимущественно здоровых людей, а также лиц с хроническими заболеваниями вне стадии обострения, вследствие этого основной работой участкового врача становится профилактическая, которая должна занимать не менее 60% его рабочего времени.

Второй этап – лечебно-патронажный (парагоспитальный). На этом этапе приоритетными направлениями являются: кратковременный и регулярный патронаж, коррекция факторов риска, лечение заболеваний на ранних стадиях развития, долечивание больных в «стационаре на дому» и дневном стационаре при амбулаторно-поликлиническом учреждении; оказание неотложной и паллиативной помощи на дому и в поликлинике; медицинская помощь впервые заболевшим и лечение больных с обострениями хронических заболеваний в амбулаторных условиях. Эти мероприятия выполняются медицинскими работниками участковой службы на всех этапах, в т.ч. мобильными и постоянно действующими медицинскими бригадами, а в поликлиниках – с привлечением врачей-специалистов (рис. 3).

При приёмных отделениях ЦРБ и городских многопрофильных больниц организуются отделения (центры) диагностики и

кратковременного интенсивного лечения с целью обеспечения следующих приоритетных мероприятий: комплекса диагностических мероприятий; кратковременного интенсивного лечения больных с неотложными

состояниями с целью их коррекции; определение обоснованности госпитализации или проведение маршрутизации больных, после успешной коррекции неотложных состояний.



Рис. 3. Схема второго этапа «Лечебно-патронажный»

Источник: разработано автором

На этапы оказания менее затратной, но не менее квалифицированной и интенсивной медицинской помощи (отделение или центр восстановительного лечения и реабилитации, стационар замещающие виды, наблюдение участковой службы, кабинет паллиативного лечения или хоспис) и обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи.

Для повышения доступности и качества ПМСП сельскому населению, организуется при поликлинике ЦРБ мобильная медицинская бригада. Приоритетными направлениями работы бригады являются: оказание помощи участковой службе в сельской местности в предоставлении ПМСП населению, проведение осмотров и диспансеризации сельского населения в отдалённых сёлах и хуторах. В целях повышения доступности и качества ПМСП городскому населению создаются в помощь участковой службе постоянно действующие медицинские бригады. Задачи этих бригад: оказание неотложной помощи больным на дому, в том числе в выходные и праздничные дни, а при необходимости – ПМСП в «стационаре на дому».

В городских поликлиниках и ЦРБ организуется оказание паллиативной медицинской помощи неизлечимо больных. Эта помощь также оказывается на дому с участием мобильных бригад выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи хосписов.

Организована предварительная запись (по телефону, интернету, а в поликлинике – с помощью «Инфомата») и система планирования встречи пациента с врачом. Всё это уменьшает уровень госпитализации и стоимость ПМСП, повышает её качество и доступность.

Третий этап – восстановительного лечения и реабилитации. Данный вид помощи оказывается на базе существующих в поликлиниках физиотерапевтических кабинетов, отделений (в крупных городских поликлиниках – центров) восстановительного лечения и реабилитации. Эти подразделения доукомплектуются необходимыми квалифицированными специалистами (физиотерапевт, врач (инструктор) ЛФК, психолог, социальный работник), оснащаются эффективным оборудованием и в необходимом количестве средствами лекарственной и немедикаментозной терапии (рис. 4).



3-й этап «ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ»



Критерии оценки реабилитационной работы (степени восстановления функций: статодинамической, психической, сенсорной, жизнедеятельности и систем организма) предлагаем по общепринятой 4-х бальной шкале.

Рис. 3. Схема третьего этапа «Восстановительного лечения и реабилитации»
 Источник: разработано автором

Это позволяет увеличить доступность и качество восстановительной и реабилитационной помощи населению (в первую очередь – сельскому), в том числе с использованием комплексного применения природных лечебных факторов (минеральная вода, соляная комната, воздух хвойного леса, бальнеологическое и грязелечение), лекарственной и немедикаментозной терапии (физиотерапия, ЛФК, массаж, мануальная, иглорефлексотерапия и др.). Реабилитация проводится комплексная: функциональная, трудовая, социальная и психологическая. По степени улучшения функций организма пациента производится оценка работы службы.

С целью определения потребности в количестве мобильных и постоянно действующих медицинских бригад и их оснащении; состава и оснащённости отделений (центров) диагностики и кратковременного интенсивного лечения; объёма дооснащения и доукомплектования физиотерапевтических кабинетов, отработки схем маршрутизации больных по предложению автора в подпрограмму включена и реализуется апробация данной модели оказания ПМСП помощи на базе Алексеевского, Красненского и Красногвардейского районов с последующим тиражированием в области. Разработанные, с участием автора, Примерные критерии (индикаторы) качества медицинской помощи утверждены приказом начальником департамента здравоохранения от 19.01.2007г. №36. Для амбулаторно-поликлинической службы было утверждено 14 критериев, в том числе 5, характеризующих конечные результаты труда врача первичного звена. Это: уровень первичного выхода на инвалидность

лиц трудоспособного возраста (11-30 человек); число лиц, умерших на дому от сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в последний год жизни (от 0 до 1 и более); смертность детей на дому, в том числе до 1 года жизни (от 0 до 1 и более); материнская смертность (от 0 до 1 и более); перинатальная смертность (от 0 до 1 и более). Главные врачи ЦРБ утвердили адаптированные критерии для своих медицинских организации района и их структурных подразделений. Коэффициент качества рассчитывается как отношение фактического числа баллов к их максимальному значению. К примеру, на участке ВОП прикреплено население 1 615 человек, уровень госпитализации – 114,0 на 1000 населения – 100 баллов, охват диспансерным наблюдением от подлежащих – 100% – 100 баллов, число обучающихся в школах здоровья – 5 – 0 баллов, охват профилактическими прививками – 99% – 100 баллов, удельный вес беременных, взятых под наблюдение врача до 12 недель – 81% – 80 баллов, материнская смертность – нет – 0 баллов, выявлено больных с социально-значимыми заболеваниями в запущенных стадиях – нет – 20 баллов, жалобы – 0 – 20 баллов, несоблюдение этапов оказания медицинской помощи – 0 – 4 балла. Итого 424 баллов, что соответствует коэффициенту качества 0,6. Доплата врачу и средним медицинским работникам участка начислялась в течение квартала с учётом коэффициента качества 0,6 и рассчитывалась к базовой ставке с учётом коэффициентов специфики и в зависимости от полученного дохода. Эта методика начала применяться с 2013 году с последующим её совершенство-



ванием по ходу реализации подпрограммы. Для организации развития ПМСП, мониторинга реализации подпрограммы и внедрения перспективной трёхэтапной организации 1-го уровня создан в медицинском информационно-аналитическом центре и функционирует под руководством автора, отдел развития ПМСП. По итогам мониторинга производится расчёт показателей, анализ результатов реализации и вносятся соответствующие предложения по корректировке подпрограммы. Так же автором разработаны и внедрены учётно-отчётные формы, методические рекомендации по их заполнению. Обработка данных производится с использованием программы, разработанной с участием автора. Анализ полученных данных реализации перспективных форм организации ПМСП, её финансирования и оплаты труда медработников первичного звена, показал положительные результаты, о чём автор поделится в следующей статье.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Таким образом, предложенная автором перспективная трёхуровневая система оказания первичной медико-санитарной помощи и трёхэтапная организация её первого уровня, в сочетании с одной из предложенных новых моделей её финансирования, учета и оплаты труда медицинских работников (на основе их оценки коллективного и личного вклада), которые ориентированы на профилактику заболеваний, улучшение не только качества, доступности и экономичности медицинской помощи, укрепление здоровья населения, эффективное использование ресурсов, повышение структурной эффективности муниципального здравоохранения, но самое главное – изменение ориентации населения на здоровый образ жизни.

Литература

1. Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011. - № 48. – 6724 с.
2. Указ Президента РФ от 07.05.2012 г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» // Собрание законодательства РФ. 07.05.2012. - № 19. – 2335 с.
3. Приказ Минздравсоцразвития, РФ от 15.05.2012 г. № 543 н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» // garant.ru ИПО Прайм 543Н.

4. Документационный центр ВОЗ. Первичная медико-санитарная помощь сегодня, актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире: Женева, 2008. – С. 1-125.

5. Егорышева И.В. Медицинские общества в России в конце XVIII – первой половине XIX века // Здравоохранение Рос. Федерации. 2008. №5. – С. 49-51.

6. Жирнова Г.М. Реформирование амбулаторно-поликлинической службы в новых экономических условиях (на примере промышленного города Чувашской Республики): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казан. гос. мед. ун-т. Казань, 2004. 21 с.

7. Иванов М.В. Научное обоснование совершенствования первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011. 48 с.

8. Модель реформирования первичной медицинской помощи / Калининская А.А., Сон И.М., Гусева С.Л., Стукалов А.Ф. // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. № 5. С. 6-10.

9. Комаров Ю.М. Первичная медико-санитарная помощь: какой она должна быть? // Здравоохранение. 2008. № 5. – С. 19-28.

10. Коротков Ю.А. Научные основы реформирования первичного звена здравоохранения на принципах общей врачебной/семейной практики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1999. – 43 с.

11. Пинкус Т.М. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения области // Проблемы экономики и управления. Белгород, 2009. – № 4. – С. 181-183.

References

1. Federal Law of November 21, 2011 N 323-FZ "On the basis of health protection in the Russian Federation." // "Collection of Laws of the Russian Federation", 28.11.2011. N 48. 6724 a.
2. Presidential Decree of 07.05.2012, № 598 "On improvement of public health policy." // "Collection of Laws of the Russian Federation." 07.05.2012. Number 19. With 2335.
3. Order of the Health Ministry, the Russian Federation of 15.05.2012 № 543 n "On Approval of the Regulation on the organization of primary health care to the adult population." // Garant.ru IPO Prime 543N.
4. WHO Documentation Centre. Primary health care now, more than ever. Report on World Health 2008. Geneva 2008. Pp. 1-125.





5. Egorisheva I. Medical societies in Russia at the end of XVIII - early XIX / Healthcare / Ros. Federation. 2008. № 5. Pp. 49-51.

6. Zhirnova G. Reform of outpatient services in the new economic conditions (for example, an industrial city of the Chuvash Republic): Author. dis. ... Cand. honey. Sciences. Kasane. Reg. honey. Univ. Kazan, 2004. 21.

7. Ivanov M. Scientific substantiation of improving primary health care at the regional level: Author. dis. ... Dr. med. Sciences. M., 2011. 48.

8. Reform model of primary care / A. Kalinin, Son I., Gusev S., A. Stukalov // Health of the Russian Federation. 2008. № 5. Pp. 6-10.

9. Komarov Y. Primary health care: what it should be? // Health Care. 2008. № 5. Pp. 19-28.

10. Korotkov Y. Scientific bases of primary health care reform on the principles of general medical / family practice: Author. dis. ... Dr. med. Sciences. M., 1999. 43.

11. Pincus T. Improving the structural efficiency of the health system region // Problems of Economics and Management. Belgrade, 2009. № 4. Pp. 181-183.

Степчук М. А.

Організація трирівневої системи надання первинної медико-санітарної допомоги

У зв'язку з триваючими проблемами в роботі первинної ланки охорони здоров'я необхідність створення ефективної системи організації первинної медико-санітарної допомоги набула останнім часом ще більшої актуальності. Запропонована оптимальна трирівнева система надання первинної медико-санітарної допомоги та трьохетапну організація її першого рівня, з пріоритетом профілактики, яка в поєднанні з новими формами фінансування та оплати праці лікарів первинної ланки дозволила в пілотних районах домогтися позитивних результатів. У зв'язку з цим її можна застосовувати не тільки в області, а й в інших регіонах. Зроблено висновок про те, що в умовах дефіциту фінансування використання ефективних форм організації та фінансування первинної медико-санітарної допомоги, дозволяє мотивувати первинну ланку в підвищенні якості та доступності ПМСД населенню, збереженні здоров'я прикріпленого населення на первинному етапі, відповідно, зменшення обсягів допомоги на вторинному і третинному етапах, що веде до підвищення її ефективності та охорони здоров'я в цілому.

Ключові слова: первинна допомога; профілактика; патронаж; реабілітація; доступність і якість.

Stepchuk M.

Organization three-tier system of primary health care and a three-stage

Due to the ongoing problems in the primary health care need for an effective system of organization of primary health care has recently become even more relevant. The proposed optimal three-tier system of primary health care and the organization of its three-stage first-level priority of prevention, which, combined with new forms of financing and pay primary care physicians allowed in the pilot areas to achieve positive results. In this regard, it can be used not only in the field but also in other regions. It is concluded that the shortage of financing the use of effective forms of organization and financing of primary health care, lets motivate primary care to improve the quality and accessibility of primary health care to the population, maintaining the health of the population of attachments on the primary stage, respectively, a decrease in aid in the secondary and tertiary stages, which leads to increase its efficiency and health in general.

Keywords: primary care; prevention; patronage; rehabilitation; availability and quality.

Рецензент: Павлов К. В. – доктор экономических наук, профессор, проректор по научной работе Ижевского института управления, заведующий кафедрой «Экономика» Камского института гуманитарных и инженерных технологий, г. Ижевск, Российская Федерация.

Reviewer: Pavlov K. – Professor, Ph.D. of Economics, vice-rector of sciences Izhevsk of institute of management, head of Economy Department Kamsky institute of humanitarian and engineering technologies, Izhevsk, Russian Federation.

e-mail: kvp_ruk@mail.ru

*Статья подана
12.08.2014 г.*