

# РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРЕХОДУ ДО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА РІВНІ АДМІНІСТРАТИВНОГО РАЙОНУ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

*Одринський В. А.*

*ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»*

Дослідження системи охорони здоров'я 17 адміністративних районів Запорізької області дозволило встановити, що: адекватна забезпеченість населення лікарями є передумовою впровадження ПМСД на засадах СМ; зміцнення ПМСД і впровадження СМ дозволяють підвищити доступність медичної допомоги для населення і зменшити на 16–22% потреби населення в швидкій медичній допомозі та на 5–7% в стаціонарній. Аналіз показників смертності (загальної, малюкової, дитячої) і показників захворюваності (загальної та по нозологіях: ГХ, ІХС, ІМ, інсульт, ЦД) та непрацездатності не виявив відмінностей між районами, що впроваджують і не впроваджують СМ. Вплив системи ОЗ в цілому (і моделі ПМСД зокрема) на показники здоров'я населення потребує додаткового вивчення.

**Ключові слова:** первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина, реформування, район, сільська місцевість.

В Україні проблема реорганізації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини (СМ) (в першу чергу в сільській місцевості) визнана на державному рівні, що знайшло відображення у прийнятих законодавчих актах [1–3], а розробкою і обґрунтуванням шляхів такої реорганізації займався Український інститут громадського здоров'я [4–7], окремі наукові колективи а також групи фахівців міжнародних проектів [8–11].

Обґрунтуванню реорганізації ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини (ЗП/СМ) було також присвячено ряд дисертаційних праць та інших наукових робіт українських науковців, в яких крім загальних питань стратегії реформування ОЗ на регіональному рівні [12, 13] було розглянуто і окремі аспекти функціонування моделі ПМСД: реорганізація в умовах міста [14, 15] та сільської місцевості [16, 17], розподіл обсягів медичних послуг між рівнями допомоги [18], профілактична діяльність [19], використання стаціонарзамінних технологій в умовах сімейної медицини [20, 21], питання фінансування ПМСД [22, 23], а також питання її інформаційного забезпечення [24]. Аналогічні аспекти були предметом досліджень і російських науковців [25–35].

Однак в існуючих роботах не проводився аналіз впроваджених моделей ПМСД і насамперед ЗП/СМ за базовими характеристиками (загальність, комплексність, безперервність і тривалість, координація, співробітництво, орієнтація на сім'ю і громаду), розвиток яких і створює ті

переваги, заради яких і здійснюється реформування. Без оцінки цих базових характеристик неможливо визначити наскільки система охорони здоров'я зазнала змін і чи дійсно ці зміни здійснюються в правильному напрямку. Також недостатньо досліджено питання порівняння і відповідності впроваджених моделей сучасним світовим тенденціям розвитку ПМСД. Таке порівняння особливо важливе в контексті гармонізації української системи ОЗ з європейськими нормами, що є однією із стратегічних завдань галузі.

Реорганізація системи ПМСД в сільській місцевості передбачає в першу чергу зміни організаційної структури закладів від фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських дільничних лікарень і лікарських амбулаторій до амбулаторій сімейного лікаря (АСЛ). Такі зміни взаємопов'язані не тільки із суто медичними, але й з правовими, економічними та соціальними аспектами функціонування системи ПМСД, врахування яких є основою комплексного підходу до реформування мережі сільської ОЗ.

В умовах децентралізації управління районний адміністративний рівень із власними бюджетними повноваженнями є тією ланкою, на якій можливе ефективне функціонування інтегрованої ПМСД. Досвід окремих районів України свідчить про можливість комплексного підходу до реорганізації районної системи ОЗ. Однак дотепер не проведено достатньої кількості досліджень щодо вивчення такого досвіду, ефективності управлінських рішень, що покладені в

його основу, переваг і недоліків системи ПМСД на кожному етапі її реорганізації в реальних умовах функціонування системи ОЗ району, а також оцінки впливу різних чинників (ризиків) на процес реформування. Рекомендації, що створені за результатами таких досліджень практичної реалізації розробленої моделі ПМСД можуть допомогти прискорити впровадження сімейної медицини в практику охорони здоров'я, в першу чергу – сільській.

Таким чином, медико-соціальне обґрунтування реорганізації ПМСД на основі дослідження практичної реалізації комплексного підходу до реформування районної системи ОЗ в сільській місцевості з урахуванням медичних, соціальних, правових та економічних аспектів є актуальною проблемою на сучасному етапі перебудови галузі.

Метою дослідження стало визначення відмінностей між адміністративними районами, що проводили роботу із зміцнення ПМСД і впровадження СМ і ти-ми, що не проводили такої роботи для врахування в процесі реформування ОЗ.

**Матеріал і методи**

Об'єктом дослідження стала система ОЗ адміністративного району в сільській місцевості. Із 20 районів Запорізької області для дослідження було відібрано 17. Три райони (Василівський, Мелітопольський, Токмацький) були виключені за ознакою переважання в районі міського населення, компактного проживання сільського населення і його близькості до районного центру і послуг ЦРЛ. Також для двох з цих районів статистичні дані збиралися без поділу між міським і сільським населенням і тому значно відрізнялися від решти районів області.

Відібрані для дослідження райони були поділені на три групи за допомогою кластерного аналізу (рис. 1). За основу поділу були взяті показники розвитку ПМСД районів у 2010 році (кількість лікарів ЗП/СМ, кількість населення охопленого СМ, забезпеченість ПМСД автотранспортом). Ієрархічний кластерний аналіз виконувався за допомогою комп'ютерної програми Статистика 6.0. Першу групу склали чотири райони, де адміністрацією проводилася багаторічна робота із зміцнення первинної ланки ОЗ і де 80–100% населення обслуговується СЛ. До другої групи увійшли 7 районів, які зробили перші кроки для впровадження СМ і охоплення населення складало 15–60%. Третя група із 6 районів була представлена адміністративними одиницями, де або взагалі не організовано ні однієї дільниці СМ, або 1–2 на весь район (<10% населення).

Для порівняння показників районів різних кластерів був використаний системний підхід для забезпечення якості в ОЗ – триада А. Донабедіана, що включає аналіз на рівні структури, процесу і результатів надання медичної допомоги [36]. В зазначеному порядку проводився порівняльний аналіз системи ОЗ між досліджуваними районами: показники кадрового забезпечення, показники звернення населення за медичною допомогою на різних рівнях її надання, показники смертності, захворюваності і непрацездатності.

Дані аналізувалися за період 2001–2010 рр. Враховуючи малу вибірку (n=17) були застосовані інструменти непараметричної статистики з використанням комп'ютерної програми Статистика 6.0. При порівнянні даних по кластерах використовувався дисперсійний аналіз Краскела-Уолліса і при встановленні наявності статистично значимих (p<0,05) відмінностей подальше попарне порівняння за допомогою U-критерію Манна-Уїтні.

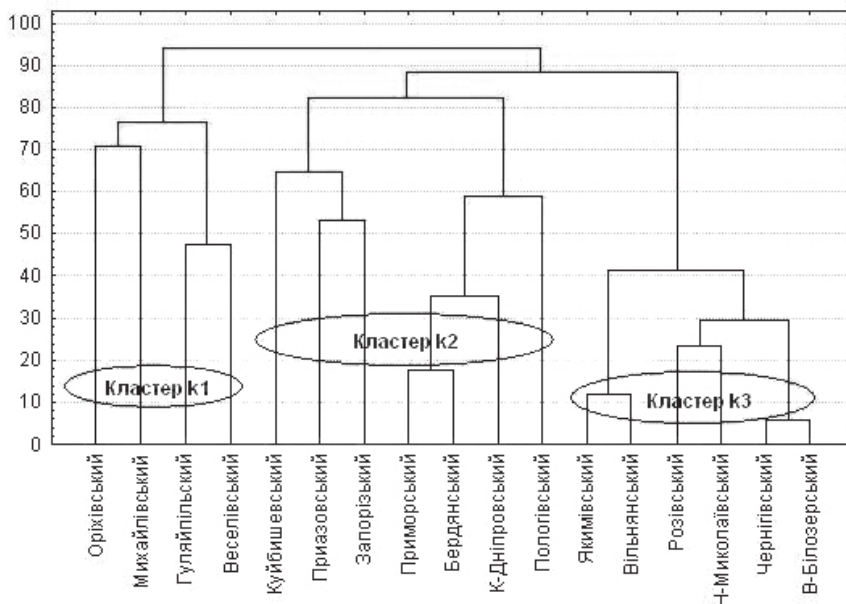


Рис. 1. Результати ієрархічного кластерного аналізу 17 районів Запорізької області за показниками розвитку ПМСД у 2010 р

Статистичний зв'язок між різними параметрами оцінювали за допомогою коефіцієнту рангової кореляції Спірмена ( $r_s$ ).

### Результати та їх обговорення

Важливою складовою реформування системи ОЗ району є розрахунок потреби в лікарях ЗП/СМ і відсоток вже підготовлених лікарів ЗП/СМ у загальній кількості лікарів. Наказом МОЗ України № 72 від 23 лютого 2001 року [37] передбачено, що введення посад лікарів ЗП/СМ проводиться з розрахунку 1 посада лікаря на 1100–1200 осіб дитячого і дорослого населення в сільській місцевості, 1400–1500 осіб – в міській місцевості. Однак на практиці в сільській місцевості кількість населення прикріпленого до сімейного лікаря також тяжіє до цифри 1500. Для середніх розрахунків потреби в лікарях ЗП/СМ району можна використовувати формулу  $RKCL = \text{кількість населення району} / 1500$ , де  $RKCL$  – розрахункова кількість сімейних лікарів.

Показники кадрового забезпечення лікарських посад в сільському районі є важливим індикатором, який з однієї сторони вказує на соціальне благополуччя адміністративної одиниці, з іншого на ефективність кадрової роботи керівників району. Підготовка СЛ потребує значних витрат часу і інших ресурсів. Крім того, на період навчання необхідно передбачити заміну відсутнім лікарям і забезпечити існуючий рівень доступності медичної допомоги, особливо в сільській місцевості. Головним джерелом СЛ для районів залишаються вже існуючі лікарські кадри, насамперед дільничні терапевти та педіатри.

При оцінці кадрового потенціалу ПМСД і потреби в лікарях загальної практики необхідно також враховувати вік працюючих на даний час лікарів, яких можна перенавчити у лікарів ЗП/СМ. Якщо серед працюючих є особи пенсійного або передпенсійного віку це буде суттєво впливати на кадрову стратегію розвитку системи ОЗ району, збільшуючи потребу у нових лікарях. Дефіцит лікарів ЗП/СМ необхідно вирішувати за рахунок перенавчання фахівців вторинної ланки та залучення нових лікарів (випускників ВНЗ та приїжджих, що потребує вирішення питань із їх проживанням та створенням інших мотивацій). Таким чином, аналіз загальної кількості лікарів в районі дозволяє зробити важливі висновки для розробки кадрової стратегії.

В першу чергу звертає на себе увагу факт значного відставання забезпечення населення сільських районів лікарями від населення міст (27,7 штатних посад на 10 тис. населення в районах проти 39,6 в містах області, а по фізичних особах – 17,7 проти 29,2), що значно обмежує можливості підготовки сімейних лікарів на селі із наявних кадрів.

По-друге, встановлено що між районами різних кластерів є значні відмінності у забезпе-

ності лікарями населення (рис. 2, 3). В тих районах де кращий показник забезпеченості лікарями там і активно впроваджується сімейна медицина ( $r_s=0,88$ ,  $p<0,01$ ). Ця кореляція дійсна тільки для показника забезпеченості лікарями фізичними особами, для забезпеченості лікарськими штатними посадами такий зв'язок не встановлено ( $r_s=0,01$ ). Можна припустити, що забезпеченість лікарями фізичними особами менше 18 на 10 тисяч населення створює певні труднощі при реформуванні системи ОЗ району. Цей показник може слугувати індикатором відповідного ризику, виявлення якого дозволяє запланувати адекватні організаційні заходи.

По третє, дослідження встановило, що загальноукраїнська тенденція до зменшення показника укомплектованості штатних лікарських посад в сільських медичних закладах характерна для систем ОЗ районів всіх кластерів (рис. 4). Критичним значенням цього показника можна вважати 70%, як результат балансу між намаганням керівників заповнити вакантні посади (що само по собі є досить складною проблемою для сільських медичних закладів) та наданням можливості медичному персоналу розробляти незаповнені ставки, щоб таким чином збільшити заробітну плату і підвищити мотивацію працюючих.

Кількість звернень населення до ЛПЗ може слугувати індикатором доступності медичної допомоги. Кількість звернень на одного мешканця в районах першого кластеру була істотно ( $p<0,01$ ) вищою ніж в районах другого і третього кластерів, показники яких між собою істотно не відрізнялись ( $p=0,7$ ) (рис. 5). Також встановлено статистичний зв'язок між кількістю звернень і забезпеченістю населення лікарями фізичними особами ( $r_s=0,75$ ,  $p<0,01$ ). Слід зазначити, що кількість звернень не мала статистично значимої кореляції із укомплектованістю лікарських посад ( $r_s=0,33$ ,  $p>0,05$ ).

Про більшу доступність медичної допомоги на засадах сімейної медицини також свідчить і різниця у показниках звернень населення з причини захворюваності між системами ОЗ районів різних кластерів ( $r_s=0,71$ ,  $p<0,01$ ) і відвідувань хворих на дому ( $r_s=0,93$ ,  $p<0,01$ ) (рис. 6, 7). В статистичній залежності знаходяться показники відвідувань хворих на дому і кількість автомобілів у користуванні ПМСД ( $r_s=0,61$ ,  $p<0,01$ ).

Кількість і структура викликів швидкої медичної допомоги опосередковано може вказувати на дефекти в організації ПМСД – низьку якість або недоступність послуг лікарів первинної ланки. Підтвердженням цієї тези є факт зменшення навантаження на ПМД в процесі зміцнення ПМСД – зменшення викликів на 16,4% ( $p<0,01$ ) у порівнянні з районами другого і на 22,4% у порівнянні з районами третього кластеру ( $p<0,01$ ) (рис. 8). Дослідження також встановило зміну

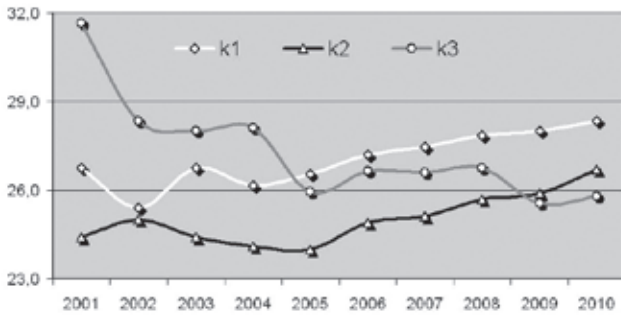


Рис. 2. Кількість штатних посад лікарів на 10 тис. населення по кластерах

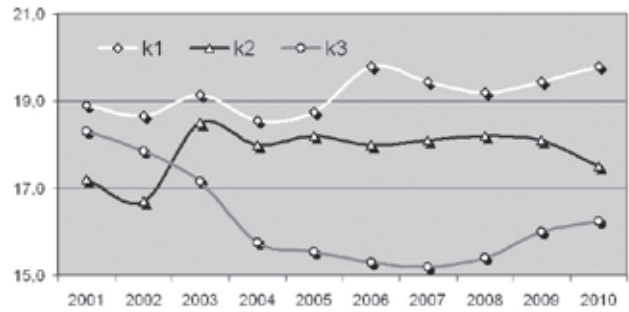


Рис. 3. Кількість фізичних осіб лікарів на 10 тис. населення по кластерах

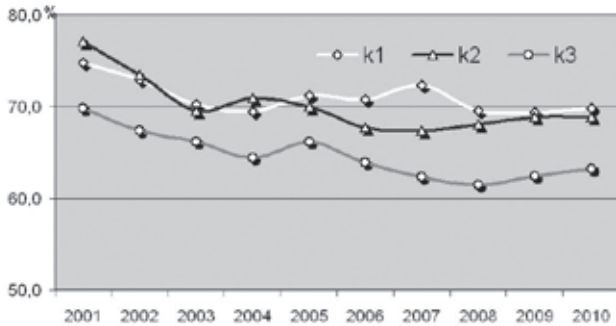


Рис. 4. Укомплектованість лікарських посад у районах різних кластерів

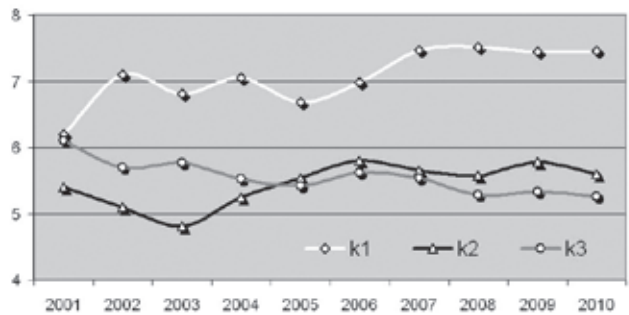


Рис. 5. Кількість звернень у медичні заклади на 1 мешканця у районах різних кластерів

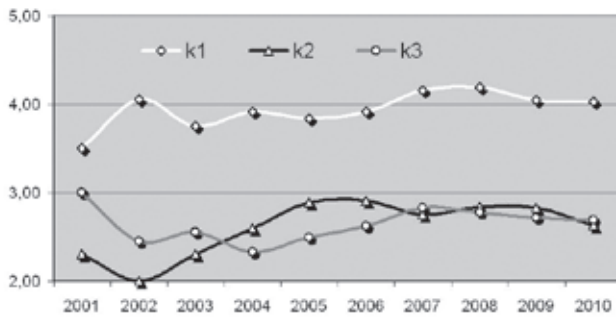


Рис. 6. Кількість звернень з приводу захворюваності на 1 мешканця у районах різних кластерів

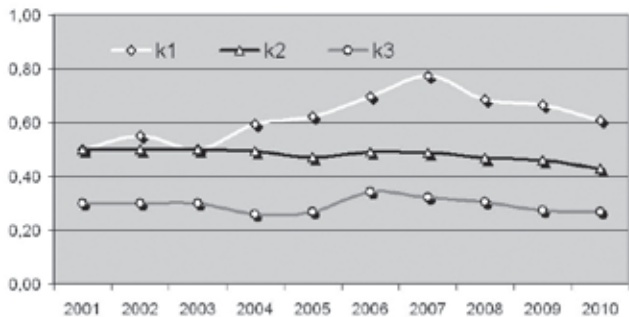


Рис. 7. Кількість звернень на дому на 1 мешканця у районах різних кластерів

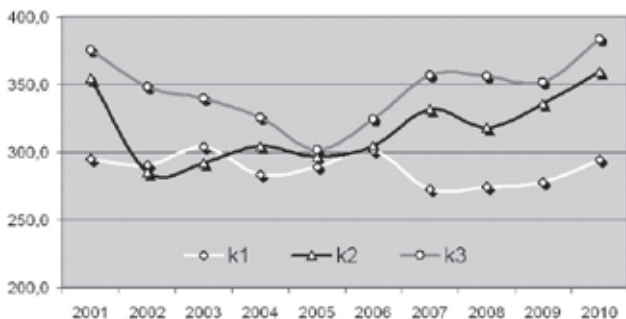


Рис. 8. Кількість викликів ШМД на 1 тис. населення у районах різних кластерів

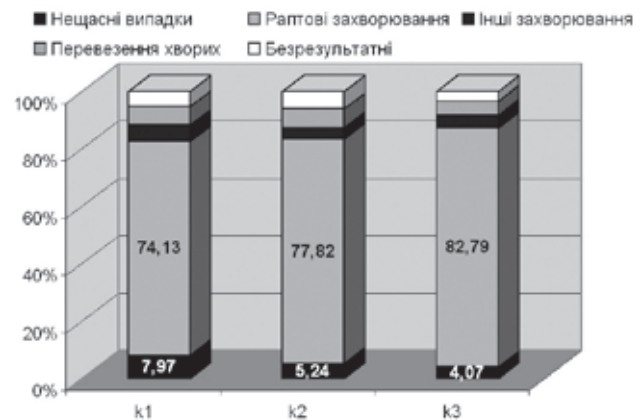


Рис. 9. Структура викликів ШМД у районах різних кластерів

структури викликів ШМД. Так для районів першого кластеру збільшилася частка викликів, що пов'язані із нещасними випадками 7,97% проти 5,24% у районах другого та 4,07% третього кластерів і зменшилася частка викликів, що пов'язані із раптовими захворюваннями 74,13%, 77,82% та 82,79% відповідно (рис. 9). Така динаміка свідчить що районах першого кластеру структури ПМСД та ШМД є більш оптимальними.

Показники надання стаціонарної допомоги між районами різних кластерів мали свої відмінності. Так показник госпіталізації на 100 мешканців в районах де активно впроваджують сімейну медицину був в середньому на 7,3% меншим у порівнянні з районами другого і на 4,8% – третього кластерів (рис. 10).

Однак відмінності були статистично значимі тільки між показниками районів 1-го та 2-го кластерів ( $p=0,019$ ) (рис. 11).

Аналіз наведених даних по районах дозволив встановити прямий кореляційний зв'язок між кількістю госпіталізацій та забезпеченістю населення району стаціонарними ліжками ( $r_s=0,46$ ,  $p<0,01$ ) і зворотній між кількістю госпіталізацій і кількістю звернень до закладів ПМСД ( $r_s=-0,46$ ,  $p<0,05$ ). Даний факт пояснюється існуючою системою планування стаціонарної медичної допомоги, в основу якої покладено аналіз роботи ліжка за попередній період і відповідне планування навантаження на майбутнє. Виконання плану навантаження на ліжку призводить не тільки до необгрунтованих госпіталізацій [38], але й до функціонального розмежування з ПМСД. Більше того, при недостатній кількості пацієнтів стаціонарних відділень існує певна мотивація у лікарів-спеціалістів (які до того ж часто є керівниками і головними спеціалістами органів управління) в здійсненні тиску на лікарів первинної ланки і пошуку дефектів у їх роботі. Це створює значні перепони для розвитку співробітництва між різними рівнями охорони здоров'я і можливості координації лікарями первинної ланки надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнту.

Також встановлено, що система направлень на госпіталізацію через ПМСД фактично відсутня у всіх районах, оскільки не існує відповідних регламентуючих документів, а у пацієнтів є законодавчо забезпечене право самостійного звернення до будь-якого лікувального закладу. Враховуючи також кількість первинних звернень населення до вузьких спеціалістів поліклініки і значний відсоток направлень на стаціонарне лікування саме від них можна констатувати, що заклади ПМСД районів не є «точкою першого контакту» і не виконують функцію «воротаря» (gatekeeper).

Важливим аспектом дослідження була також оцінка різниці у показниках стану здоров'я населення районів різних кластерів. Ні показник за-

гальної смертності, ні показники дитячої і малюкової смертності не мали статистично значимих відмінностей ( $p=0,83$ ; 0,31 та 0,24 відповідно). Загальна захворюваність населення у всіх районах мала тенденцію до зростання (рис. 12), однак не було статистично встановлено відмінностей між різними районами ( $p=0,43$ ). На фоні зростання загальної захворюваності населення звертає увагу факт зменшення показника тимчасової непрацездатності (рис. 13) у всіх районах без відмінностей між кластерами ( $p=0,7$ ). Таку невідповідність можна пояснити наступними причинами: зростання захворюваності спричинено віковою диспропорцією, коли молодь виїжджає з сіл і відповідно збільшується частка людей похилого віку; зменшення показника непрацездатності обумовлено зменшенням легального сектору праці в сільській місцевості, високою конкуренцією за робочі місця і страхом втратити роботу. Таким чином, зниження показника непрацездатності на фоні зростання захворюваності може слугувати індикатором соціального неблагополуччя (старіння населення і погіршення умов праці) територіальної громади.

При аналізі захворюваності на найбільш поширені серцево-судинні захворювання було встановлено, що захворюваність на гіпертонічну хворобу (ГХ) (рис. 14) та ішемічну хворобу серця (ІХС) (рис. 15) при загальній тенденції до зростання не мала статистично значимих відмінностей ( $p=0,93$  та 0,54 відповідно) між районами, що впроваджують і не впроваджують сімейну медицину. Дослідження захворюваності на окремі критичні нозології, що мають вплив на показники смертності – гострий інфаркт міокарда (рис. 16) і інсульт (рис. 17), також не виявили статистичних розбіжностей ( $p=0,07$  та 0,14 відповідно) між районами різних кластерів. Аналіз захворюваності на цукровий діабет (ЦД) (рис. 18) також не виявив статистично значимої різниці між районами ( $p=0,62$ ).

## Висновки

1. Дослідження встановило, що адекватна забезпеченість населення лікарями є передумовою впровадження ПМСД на засадах СМ. Критичними індикаторами, що вказують на ризики реформування ПМСД є кількість лікарів (фізичних осіб) в районі менше 18 на 10 тисяч населення і укомплектованість шатних посад лікарів менше 70%. Адміністрації районів з такими показниками необхідно коригувати плани реформування для врахування вказаних ризиків і передбачити відповідні заходи та ресурси для вирішення кадрових проблем.

2. Зміцнення ПМСД і впровадження СМ дозволяють підвищити доступність медичної допомоги для населення і зменшити на 16–22% потреби населення в швидкій медичній допомозі та

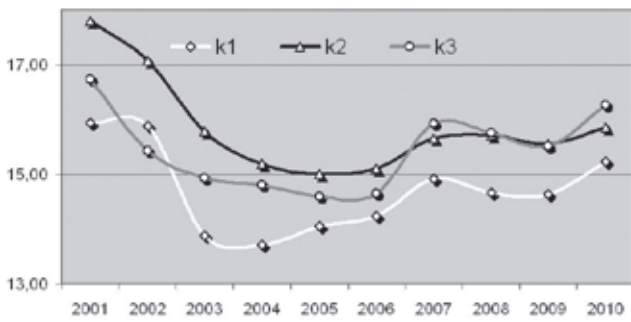


Рис. 10. Показник госпіталізації на 100 мешканців у районах різних кластерів

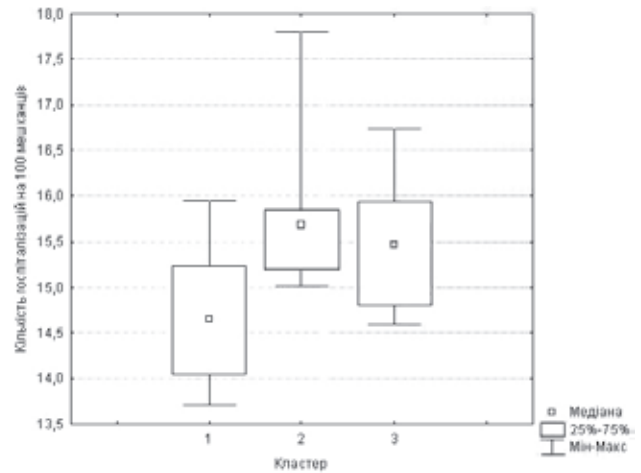


Рис. 11. Діаграма розмаху даних «Кількість госпіталізації на 100 мешканців» по кластерах за 2001-2010 рр.

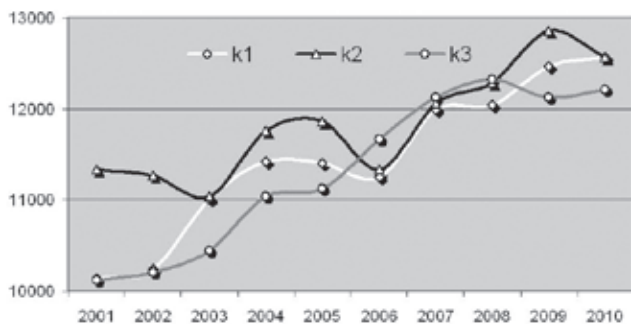


Рис. 12. Кількість випадків захворювань на 10 тис. населення у районах різних кластерів

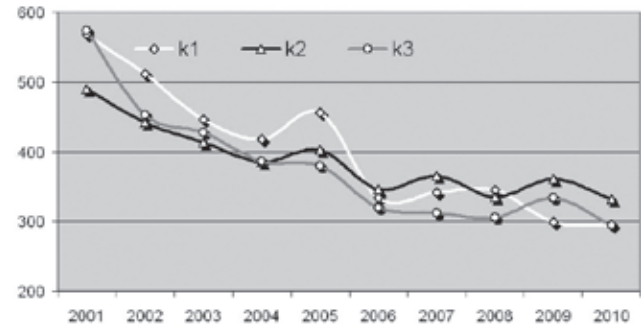


Рис. 13. Кількість днів непрацездатності на 100 працюючих у районах різних кластерів

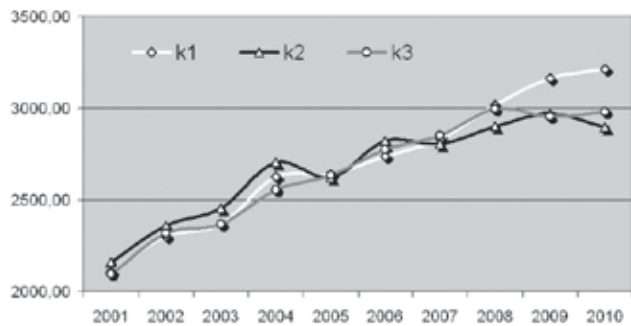


Рис. 14. Захворюваність на ГХ на 10 тис. дорослого населення у районах різних кластерів.

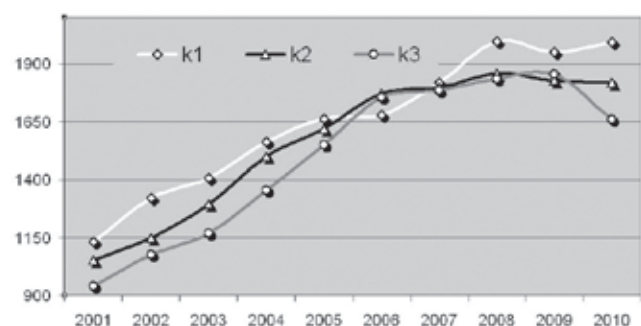


Рис. 15. Захворюваність на ІХС на 10 тис. дорослого населення у районах різних кластерів

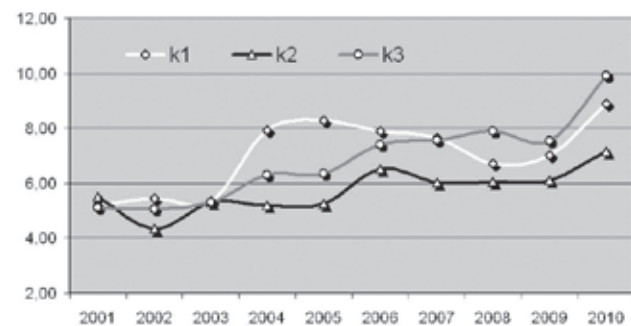


Рис. 16. Захворюваність на ГІМ на 10 тис. дорослого населення у районах різних кластерів

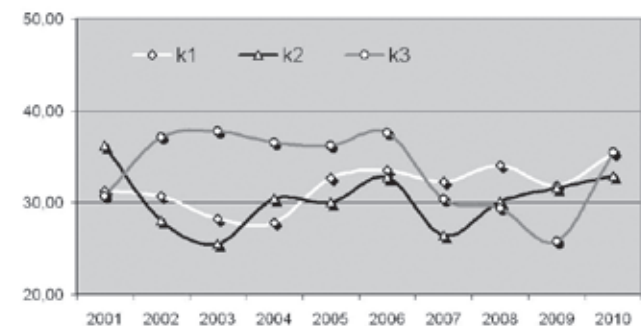


Рис. 17. Захворюваність на інсульт на 10 тис. дорослого населення у районах різних кластерів

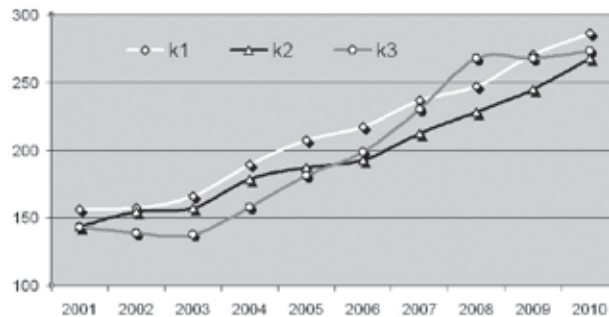


Рис. 18. Захворюваність на ЦД на 10 тис. дорослого населення у районах різних кластерів

на 5–7% в стаціонарній.

3. Існує зворотній кореляційний зв'язок між кількістю госпіталізацій і кількістю звернень до закладів ПМСД ( $rs=-0,46$ ,  $p<0,05$ ) і прямий між кількістю госпіталізацій та забезпеченістю населення району стаціонарними ліжками ( $rs=0,46$ ,  $p<0,01$ ), що додатково вказує на необхідність розмежування на рівні району первинної і вторинної ланок медичної допомоги.

4. Аналіз показників смертності (загальної,

малюкової, дитячої) і показників захворюваності (загальної та по нозологіях: ГХ, ІХС, ІМ, інсульт, ЦД) та непрацездатності не виявив відмінностей між районами, що впроваджують і не впроваджують СМ. Вплив системи ОЗ в цілому (і моделі ПМСД зокрема) на показники здоров'я населення потребує додаткового вивчення. Організаторам ОЗ та політикам не слід використовувати показники здоров'я населення у якості індикаторів при розробці і прийнятті програм реформування ПМСД.

## Література

1. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. № 815. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=815-2007-%EF>
2. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року [Електронний ресурс]: Закон України від 22.01.2010 № 1841-VI. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1841-vi>
3. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]: Комітет з економічних реформ при Президентові України – Режим доступу: [http://www.president.gov.ua/docs/Programa\\_reform\\_FINAL\\_1.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf)
4. Пономаренко В. М. Наукове обґрунтування реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Пономаренко В. М., Ціборовський О. М. // Матеріали I Українського з'їзду сімейних лікарів, м. Львів, 7–9 листопада 2001 р. – Львів, 2001. – С. 14–16
5. Пономаренко В. М. Організаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко, В. С. Гуменний. – Київ–Луганськ: ВАТ «ЛОД», 2003. – 83 с.
6. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина: [монографія] / В. М. Князевич, З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Крижина, Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, М. В. Шевченко, О. С. Коваленко, В. Г. Слабкий; Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2010. – 401 с.
7. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях: метод, рекомендації / уклад.: Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда, О. К. Толстанов, Н. П. Крижина, К. О. Надутий, О. О. Дудіна, С. Г. Лесовська, О. В. Маяцька, В. В. Горачук, Т. В. Святенко, О. Є. Коваленко, Ю. Б. Яценко, О. М. Устеленцев, Л. Г. Крикливець, О. О. Загладь, В. Г. Слабкий, О. К. Надута-Скринник, О. М. Ліщишина, В. А. Одринський. – К., 2011. – 43 с.
8. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В. М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
9. Вороненко Ю. В. Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: Сучасний стан та нормативно-правові документи, що регламентують роботу сімейних лікарів / Вороненко Ю. В., Висоцька О. І., Гойда Н. Г. – К., 2001. – 112 с.
10. Матеріали проекту ЄС «Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей» [Електронний ресурс]: офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/interact/projects/?docID=177>
11. «Первинна медична допомога та запровадження оплати з розрахунку на душу населення» Посібник № 6. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні». Під загальною редакцією А. Малагардіса, В. Рудого Посібники 1–12, Київ 2006.
12. Хунов Ю. А. Наукове обґрунтування стратегічних напрямів реформ охорони здоров'я на регіональному рівні: Автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / Ю. А. Хунов; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2003. – 46 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2003/03huzrgr.zip>
13. Москаленко В. Ф. Основні напрямки розвитку охорони здоров'я в сільській місцевості / Москаленко В. Ф., Грузева Т. С. // Охорона здоров'я України. – 2005. –

№ 3–4. – С. 54–58

14. Джафарова Д. М. Управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні (на прикладі м. Львова): Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 [Електронний ресурс] / Д. М. Джафарова; Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президенті України. – Л., 2004. – 20 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2004/04ddmrpl.zip>
15. Черномаз В. Ц. Механізми державного управління системою первинної медико-санітарної допомоги міському населенню: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 [Електронний ресурс] / Віктор Цезарович Черномаз; Національна академія держ. управління при Президенті України; Одеський регіональний ін-т держ. управління. – О., 2005. – 20 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2005/05cvcdmn.zip>
16. Станіславчук В. А. Розробка та наукове обґрунтування основних шляхів розвитку первинної медико-санітарної допомоги на рівні первинної ланки медичних закладів сільської охорони здоров'я: Дис... канд. мед. наук: 14.02.03 / Станіславчук В. А.; Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. – К., 2002. – 184 арк
17. Парій В. Д. Медико-соціальні та профілактичні засади сучасної перебудови первинної медико-санітарної допомоги на селі: Дис... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Парій В. Д.; Національний медичний ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2004. – 383 арк.
18. Крячкова Л. В. Наукове обґрунтування шляхів оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / Л. В. Крячкова; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2004. – 20 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2004/04klvrmd.zip>
19. Марчук Н. В. Обґрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики/сімейної медицини: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / Н. В. Марчук; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2008. – 24 с – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2008/08mnpvpsm.zip>
20. Пономаренко В. М. Організація роботи денних стаціонарів загального профілю в умовах переходу до сімейної медицини: Наук.-метод. рек. / Пономаренко В. М., Ціборовський О. М., Галієнко Л. І., Хунів Ю. А. // Український ін-т громадського здоров'я – К.; Луганськ : ВАТ «ЛЮД», 2003. – 235 с.
21. Галієнко Л. І. Наукове обґрунтування діяльності денних стаціонарів загального профілю в умовах переходу до сімейної медицини: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / Л. І. Галієнко; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2004. – 20 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2004/04glipsm.zip>
22. Чурпій К. Л. Економічні підходи до надання медичної допомоги сільському населенню / Чурпій К.Л., Чурпій І.К. // Лікувальна справа. – 2005. – № 5–6. – С. 83–85.
23. Шевченко М. В. Наукове обґрунтування удосконалення фінансування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / М. В. Шевченко; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2007. – 22 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2007/07smvpsm.zip>
24. Бодак В. М. Оптимізація системи інформаційного забезпечення управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / В. М. Бодак; Київ. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2004. – 20 с. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2004/04bvmdsn.zip>
25. Лакунин К. Ю. Обеспечение медицинской помощи населению сельских муниципальных образований и подходы к планированию ее в новых социально-экономических условиях: автореферат дис. . доктора медицинских наук: 14.00.33 / Лакунин Константин Юрьевич; Науч.-исслед. ин-т соц. гигиены, эко-номики и упр. им. Н. А. Семашко РАМН. – Москва, 2001 – 47 с.
26. Рогожников В. А. Социально-демографические и методические основы организации медицинской помощи сельскому населению в современных экономических условиях: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. д.м.н. : Спец. 14.00.33 / Рогожников Вячеслав Александрович; Центр. науч.-исслед. ин-т орг. и информатизации здравоохранения МЗ РФ. – М., 2003. – 48 с.
27. Ганина А. В. Совершенствование первичной медицинской помощи сельскому населению: автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.м.н. : спец. 14.00.33 / Ганина Алла Владимировна; Науч. центр клинич. и эксперим. медицины СО РАМН. – Новосибирск, 2004. – 22 с.
28. Скулаков Д. А. Современные тенденции здоровья сельского населения и пути совершенствования организации медицинского обслуживания : автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н. : специальность 14.00.33 / Скулаков Дмитрий Алексеевич; ГОУ ВПО «С.–Петербург. гос. пед. мед. акад.». – СПб, 2004. – 18 с.
29. Павлова О. В. Клинико-экономическое обоснование системы управления первичной медико-санитарной помощью на основе общих врачебных практик : автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.м.н. : спец. 14.00.33 / Павлова Ольга Вячеславовна; Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова. – М. : Б.и., 2004. – 22 с.
30. Чуднов В. П. Организация первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне в современных условиях: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : специальность 14.00.33 / Чуднов Виктор Петрович; Центр. НИИ орг. и информатизации здравоохранения. – М., 2005. – 27 с.
31. Пономарева Г. А. Проблемы внедрения общей врачебной практики на сельском врачебном участке / Пономарева Г. А. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2005. – № 2. – С. 135–137.
32. Ахмедов М. А. К вопросу оптимизации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению / Ахмедов М. А. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2005. – Вып. 1. – С. 143–147.
33. Степанов В. В. Первичная медико-санитарная помощь сельским жителям в современных условиях / Степанов В. В., Калиниченко А. В., Финченко Е. А. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2006. – № 3. – С. 122–123.
34. Гусев М. В. Разработка и обоснование структурно-организационной модели внебольничной медицинской помощи сельскому населению на территориальном уровне : (на примере Новосибирской области) :



- автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : специальность 14.00.33 / Гусев Михаил Витальевич; ИЦ клинич. и эксперим. медицины СО РАМН. – Новосибирск, 2006. – 22 с.
35. Латыпов Р. М. Инновационные организационные, экономические и медицинские технологии в первичной медико-санитарной помощи : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : специальность 14.00.33 / Латыпов Равиль Максutowич; Казан. гос. мед. ун-т. – Казань, 2008. – 22 с.
36. Donabedian, Avedis. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press, 2002.
37. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини [Електронний ресурс]: наказ МОЗ України № 72 від 23 лютого 2001– Режим доступу: [http://zakon.nau.ua/doc/?doc\\_id=258003](http://zakon.nau.ua/doc/?doc_id=258003)
38. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення / за редакцією З. М. Митника. – Київ, 2010. – 107 с.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕХОДА К ОКАЗАНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИНЦИПАХ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ НА УРОВНЕ АДМИНИСТРАТИВНОГО РАЙОНА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

*Одринский В. А.*

*ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»*

Исследование системы здравоохранения 17 административных районов За-порожской области позволило установить, что: адекватная обеспеченность населения врачами является предпосылкой внедрения ПМСП на принципах СМ; укрепление ПМСП и внедрение СМ позволяют повысить доступность медицинской помощи для населения и уменьшить на 16–22% потребности населения в скорой медицинской помощи и на 5–7% в стационарной. Анализ показателей смертности (общей, младенческой, детской), показателей заболеваемости (общей и по нозологиям: ГБ, ИБС, ИМ, инсульт, сахарный диабет) и нетрудоспособности не обнаружил различий между районами, которые внедряют и не внедряют СМ. Влияние системы здравоохранения в целом (и модели ПМСП в частности) на показатели здоровья населения требует дополнительного изучения.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина, реформирование, район, сельская местность.

## RESULTS FOR TRANSITION PRIMARY HEALTH CARE (ON FAMILY MEDICINE BASIC) ON ADMINISTRATIVE DISTRICT LEVEL IN RURAL AREAS

*Odrinskiy V. A.*

*DZ «Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine»*

Survey of 17 administrative districts Health Systems revealed that: adequate number of doctors is a prerequisite for the implementation of PHC based on CM; strengthening PHC and implementation of CM leads to improve access for the population to medical care and reduce of demand by 16–22% of the acute care and there are 5–7% of the inpatient care. Analysis of mortality (total, infant, child) and morbidity (general and on nosology: hypertension, ischemic heart disease, myocardial infarction, stroke, diabetes) and temporary disability did not show differences between districts. The influence of health (and PHC models in particular) on health indicators need to additional study.

**Keywords:** primary health care, family medicine, reform, district, rural.