

В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. І. Колесник

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я

ОЦІНКА РОЛІ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ У ВИРІШЕННІ ПОШИРЕНИХ МЕДИЧНИХ ПРОБЛЕМ ПАЦІЄНТІВ НА ПІДСТАВІ АНАЛІЗУ ПРОФІЛІВ ЛІКАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

При розбудові первинної допомоги стрімко зростає роль лікарів у вирішенні поширених медичних проблем пацієнтів, лікуванні та подальшому спостереженні за пацієнтами з хронічними неінфекційними захворюваннями – керованими патологіями.

Мета роботи. Оцінити зміни ролі лікарів первинної ланки у вирішенні поширених медичних проблем пацієнтів на підставі аналізу профілів лікарської діяльності.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося серед 170 лікарів первинної ланки у 2008–2009 рр. (1 група – 42,35%) до початку перетворень у галузі та у 2012–2013 рр. (2 група – 57,65%) після проведення першого етапу модернізації у пілотних регіонах за допомогою стандартизованої анкети (W.G.W. Voerma, D.M. Fleming, 2001).

Результати та обговорення. За перший період модернізації регіональної системи охорони здоров'я, первинна ланка зміцнила свою роль у якості зони першого контакту з вирішення поширених медичних проблем пацієнтів. Розширюється активність лікарів первинної ланки (частка лікарів з активною участю більше 90%) у лікуванні та подальшому нагляді за пацієнтами з хронічними неінфекційними захворюваннями; рутинне вимірювання кров'яного тиску здійснює 96,7% лікарів первинної ланки незалежно від первісної причини звернення.

Висновки. Доведено, що первинна ланка за останні роки стала міцнішою і більш профілактично спрямованою.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, лікар первинної ланки, лікар загальної практики / сімейної медицини, профіль діяльності.

У регіональній Європейській політиці Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я-2020» підкреслюється, що незважаючи на бурхливі політичні і соціальні зміни, забезпечення здоров'я для всіх і важлива роль первинної медико-санітарної допомоги у цьому, незмінно залишаються ключовими цінностями та принципами розвитку охорони здоров'я [6].

Процес розбудови первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в Україні повною мірою відповідає принципам, вимогам і критеріям, виробленим для ефективного функціонування первинної медичної допомоги у світі [1]. Існує багато наукових досліджень щодо модернізації ПМСД в Україні. Частина з них торкається питань розробки, оцінки та аналізу показників розвитку первинної допомоги, аналізу її ресурсного забезпечення, якості та обсягів діяльності лікарів первинної ланки [2, 5]. Однак досліджень, які б розглядали діяльність ПСМП через призму оцінки профілів діяльності лікарів первинної ланки в країні бракує.

Поняття профілювання передбачає збір, співставлення та аналіз показників, які дають можливість скласти уявлення про конкретні сфери

діяльності постачальників медичних послуг [7]. Вони розглядаються як інструмент порівняльного аналізу результативності та ефективності медичних послуг [11]; перспективний механізм управління якістю медичної допомоги та інструмент створення системи економічної мотивації персоналу [9]; індикатор подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я та первинної ланки, який реально відображає продуктивність провайдерів медичних послуг [4].

Мета роботи. Оцінити зміни ролі лікарів первинної ланки у вирішенні поширених медичних проблем пацієнтів на підставі аналізу профілів лікарської діяльності.

Матеріали та методи

Дослідження профілів проводилося серед 170 лікарів первинної ланки Дніпропетровського регіону у 2008–2009 рр. (1 група – 42,35%) до початку перетворень у галузі та у 2012–2013 рр. (2 група – 57,65%) після проведення першого етапу модернізації у пілотних регіонах за допомогою стандартизованої анкети, яка використовувалася під час європейського дослідження профілів за-

вданих лікарів загальної практики, що дозволило порівнювати отримані дані з його результатами (W.G.W. Voerma, D.M. Fleming, 2001) [3].

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) з використанням параметричних і непараметричних методів статистичного аналізу.

Результати та обговорення

Середній вік усіх обстежених лікарів первинної ланки (ЛПЛ) коливався від 22 до 76 років та складав в середньому $49,06 \pm 1,11$ років ($M \pm m$). В європейських країнах медіанний вік лікарів загальної практики коливається у межах 40 і 50 років [10]. Однак в Україні простежується певна тенденція переважання у віковій структурі ЛПЛ старших вікових груп. Так, частка осіб старше 60-ти років у 1-й групі дослідження (2008–2009 рр.) склала 13,64%, а в другій (2012–2013 рр.) – 18,89%, що свідчить про негативну тенденцію небажання молодих спеціалістів працювати у первинній ланці, яка простежується попри усі зусилля щодо зміни даної тенденції.

Оцінка витрат робочого часу лікарів первинної ланки у 2008–2009 рр. та 2012–2013 рр. не виявила суттєвих розбіжностей. Майже кожен четвертий опитаний (18,18% та 18,03% відповідно) мають додаткову роботу. На основну роботу в місяць, за самооцінкою профілів діяльності, ЛПЛ витрачають в середньому $156,86 \pm 17,39$ годин (2008–2009 рр.) та $161,94 \pm 7,88$ годин (2012–2013 рр.). Високими темпами (на 60,62%) зросла кількість часу, що витрачається на підвищення професійного рівня. Час, що витрачається у Європі лікарями загальної практики на самоосвіту у місяць складає не менше 15 годин і досягає 37 годин у Туреччині, де усім лікарям після закінчення вищого навчального медичного закладу, перш ніж отримати підготовку з вузької спеціальності, потрібно відпрацювати у первинній ланці сільської охорони здоров'я [3].

У порівнювані періоди збільшилася кількість телефонних консультацій на 81,1% і досягла в середньому 5,65 на день, це позитивна тенденція оскільки зростання кількості як телефонних, так і телемедичних консультацій здатне оптимізувати навантаження на ЛПЛ. В європейських країнах цей показник коливається від 2 до 16 на день.

Потрібно відзначити, що за свідченням лікарів, за перший етап модернізації суттєво зросла ($p < 0,05$) їх забезпеченість обладнанням та інструментарієм: тонометрами та портативними електрокардіографами – у 1,5 рази; хірургічними наборами – у 1,7; отоофтальмоскопами та діагностичними системами сімейного лікаря – у 2,7; холестерометрами – у 6,1 рази. Однак частота використання комп'ютерного обладнання для по-

всякденної діяльності залишається низькою, тоді як у європейських країнах частка сімейних лікарів, що користуються комп'ютером для робочих цілей, включаючи ведення записів, сягає 75%, в нашій країні вона залишається майже незмінною і складає лише чверть з числа опитаних.

При вирішенні питання щодо залучення ЛПЛ у якості фахівців першого контакту з приводу широкого спектра медичних проблем зі здоров'ям, виключаючи адміністративні контакти, з'ясувалося що за шкалою від 0 балів – «ніколи» до 4 балів – «майже завжди», роль лікаря первинної ланки як вхідної точки охорони здоров'я несуттєво збільшилася з $2,13 \pm 0,11$ балів у 2008–2009 рр. до $2,68 \pm 0,11$ балів у 2012–2013 рр. Це кореспондується з європейськими країнами, де в середньому показник складає 2,9 балів і суттєво менше у порівнянні з країнами з розвинутою системою «воротаря» де його позначка сягає 3,5 балів [3].

За період спостереження відбулося збільшення частоти первинних контактів на рівні ЛПЛ з приводу проблем із здоров'ям у дітей (на 44,9%) та жінок (на 8,5%), невідкладних станів (на 22,2%). А от рівень первинних контактів з приводу психосоціальних проблем пацієнтів залишився практично незмінним. Причинами такої ситуації є те, що лікарі ПМСД, які за загальноприйнятими канонами повинні обслуговувати до 80% проблем пацієнтів, не в змозі стати першою ланкою в ланцюзі медичного обслуговування через вільний доступ пацієнтів на рівні вторинної та третинної медичної допомоги, низьку якість і доступність первинної допомоги, недостатнє ресурсне забезпечення, відсутність достатньої мотивації тощо. Це суттєво звужує можливості лікарів ПМСД щодо управління медичним маршрутом пацієнта.

Аналізуючи ситуацію окремо за різними медичними проблемами (табл. 1), з'ясувалося, що роль лікарів первинної ланки, як першої точки контакту, суттєво зросла ($p < 0,05$) у випадку обслуговування дітей з енурезом (% лікарів які завжди обслуговують подібні випадки збільшилася з 1,96% до 10,61%); дітей з проблемами слуху (з 0 до 12,12%); жінок з підозрою на пухлину грудей (з 0 до 24,24%); пацієнтів з гострими симптомами паралічу/парезу (з 7,84 % до 37,88 %); пацієнтів з поліурією (з 1,96% до 33,33%); пацієнтів з деякими проблемами пам'яті (з 17,65% до 50,0%); пацієнтів з розтягуванням зв'язок гомілковостопного суглоба (з 5,88% до 21,21%); пацієнтів з болем в нижній частині спини (з 9,8% до 42,42%); пацієнтів з першими судомами (з 5,88% до 22,73%); пацієнтів з панічними атаками (з 0 до 9,09%); пацієнтів з алкогольною залежністю (з 1,96 % до 9,09%).

Не змінилася тактика обслуговування по відношенню до дітей з висипом та кашлем (третина лікарів завжди залучені до первинного контакту

**Зміна ролі лікарів первинної ланки як зони першого контакту з пацієнтами,
що мають певні проблеми зі здоров'ям за даними самооцінки профілів діяльності
(% лікарів які завжди обслуговують подібні випадки)**

Проблеми зі здоров'ям	Кількість лікарів які завжди обслуговують подібні випадки у (%)	
	2008–2009 рр.	2012–2013 рр.
Діти з висипом	33,33	30,30
Діти з вираженим кашлем	37,25	37,88
Діти з енурезом	1,96	10,61*
Діти з проблемами слуху	0	12,12*
Жінки з приводу контрацепції	1,96	1,92
Жінки з приводу вагітності	3,92	3,52
Жінки з приводу порушення менструального циклу	3,92	6,06
Жінки з підозрою на пухлину грудей	0	24,24*
Пацієнти з болем у шлунку	15,69	50,00
Пацієнти з болем у грудях	23,53	59,09
Пацієнти з опіками	17,65	15,15
Пацієнти з гострими симптомами паралічу/парезу	7,84	37,88*
Пацієнти з погіршенням зору	3,92	9,09
Пацієнти з поліурією	1,96	33,33*
Пацієнти з болем у суглобах	21,57	53,03
Пацієнти з деякими проблемами пам'яті	17,65	50,0*
Пацієнти з розтягуванням зв'язок гомілковостопного суглоба	5,88	21,21*
Пацієнти з болем в нижній частині спини	9,80	42,42*
Пацієнти з першими судомами	5,88	22,73*
Пацієнти з панічними атаками	0	9,09*
Пацієнти з суїцидальними нахилами	0	0
Пацієнти з сексуальними проблемами	0	1,52
Пацієнти з алкогольною залежністю	1,96	9,09*

Примітка: * – $p < 0,05$

з такими пацієнтами), жінок з приводу контрацепції та вагітності (відсоток лікарів, що беруть на себе таку функцію не перевищує 5%), лікування опіків, пацієнтів з суїцидальними нахилами та сексуальними проблемами.

Частота залучення лікарів первинної ланки до проведення хірургічних маніпуляцій (резекція врослого нігтя; видалення бородавок, плям рогової оболонки, підшкірної кісти з волосистою частиною голови тощо) залишається невисокою і складала у 2008–2009 рр. 1,33%, у 2012–2013 рр. – 3,89%. Проведення внутрішньовенних інфузій в умовах денного стаціонару суттєво не змінилося і є рутинною практикою у 74,33% опитаних лікарів.

При розбудові ПМСД зростає участь лікарів в лікуванні та подальшому спостереженні за пацієнтами з хронічними неінфекційними захворюваннями (керованими патологіями) [8]. Участь лікарів первинної медико-санітарної допомоги у лікуванні окремих захворювань наведена у таблиці 2. Як видно з таблиці, середній бал за-

лученості ЛПЛ до лікування та подальшого нагляду за пацієнтами з окремими захворюваннями у 2008–2009 рр. коливався в межах 0,64÷3,53 балів, а у 2012–2013 рр. – 1,52÷3,97 балів за 4-бальною шкалою. В середньому за всіма патологіями середні бали вищі у другий період спостереження, що вказує на більш високий рівень участі ЛПЛ у випадку медичного обслуговування зазначених захворювань.

Найменша кількість балів, а отже найменша активність у медичному обслуговуванні виявлена при сальпінгіті, найбільша при хронічному бронхіті в обох періодах спостереження. Треба зазначити, що відмічається зростання ступеню залучення до лікування та подальшого нагляду при усіх досліджуваних захворюваннях, в найбільшому ступені при сальпінгіті (в 2,4 рази), пептичній виразці (на 43,98%), неускладненому діабеті II типу (на 42,86%), інфаркті міокарда (на 29,68%), ревматоїдному артриті (на 29,48%).

Лікарі первинної ланки беруть активну участь у лікуванні та подальшому нагляді за пацієн-

Таблиця 2

Участь лікарів первинної ланки у лікуванні та подальшому нагляді за пацієнтами при окремих захворюваннях

Захворювання	2008–2009 рр.			2012–2013 рр.		
	M±m*	% ЛПЛ з активною участю ^а	% ЛПЛ без активної участі ^б	M±m*	% ЛПЛ з активною участю ^а	% ЛПЛ без активної участі ^б
Гіпертиреозидизм	1,97±0,18	20,69	79,31	2,41±0,28 [#]	48,28	34,48
Хронічний бронхіт	3,53±0,14	85,00	15,00	3,97±0,03 [#]	100,00	0,0
Ячмінь (Hordeolum)	1,90±0,16	13,79	82,76	2,17±0,19 [#]	38,89	61,11
Пептична виразка	2,41±0,20	43,24	56,76	3,47±0,30 [#]	83,33	13,33
Випинання грижі міжхребцевого диска	1,79±0,16	20,83	79,17	2,00±0,21	27,59	65,52
Гострий цереброваскулярний крововилив	2,60±0,21	55,17	41,38	3,14±0,21 [#]	68,97	27,59
Застійна серцева недостатність	3,29±0,19	79,41	20,59	3,93±0,07 [#]	96,67	3,33
Пневмонія	3,48±0,15	83,72	13,95	3,83±0,10 [#]	93,33	6,67
Перітонзілярний абсцес	1,94±0,16	25,71	74,29	2,13±0,32	36,67	43,33
Виразковий коліт	2,18±0,20	35,29	64,71	2,66±0,29	65,52	20,69
Сальпінгіт	0,64±0,19	7,14	28,57	1,52±0,19 [#]	14,29	85,71
Струс мозку	1,97±0,16	22,58	77,42	2,00±0,24	31,03	51,72
Хвороба Паркінсона	2,09±0,21	34,78	65,22	2,63±0,21 [#]	50,00	50,00
Неускладнений діабет II типу	2,59±0,19	55,88	44,12	3,70±0,14 [#]	90,00	10,00
Ревматоїдний артрит	2,68±0,20	56,41	41,03	3,47±0,19 [#]	83,33	13,33
Депресія	1,97±0,16	25,00	75,00	2,14±0,21	34,48	58,62
Інфаркт міокарда	2,83±0,21	66,67	30,30	3,67±0,15 [#]	93,33	6,67

Примітка: * – за 4-бальною шкалою, де: 4 бали – завжди (майже завжди); 3 бали – зазвичай; 2 бали – від випадку до випадку; 1 бал – рідко; 0 балів – ніколи;
^а – % за кількістю відповідей «завжди (майже завжди)» та «зазвичай»;
^б – % за кількістю відповідей «від випадку до випадку» та «рідко»;
[#] – $p < 0,05$

тами з такими захворюваннями, як хронічний бронхіт (3,97±0,03 балів та 100% лікарів з активною участю у лікуванні), застійна серцева недостатність (3,93±0,07 балів та 96,67% лікарів), пневмонія (3,83±0,10 балів та 93,33% лікарів), неускладнений діабет II типу (3,70±0,14 балів та 90% лікарів), інфаркт міокарда (3,67±0,15 балів та 93,33% лікарів), ревматоїдний артрит (3,47±0,19 балів та 83,33% лікарів).

Відмічено захворювання, коли лікарі первинної ланки не приймали достатньо активної участі у медичному обслуговуванні пацієнтів: ячмінь (61,11% з неактивною участю), випинання грижі міжхребцевого диска (65,52%), сальпінгіт (85,71%), струс мозку (51,72%), хвороба Паркінсона (50%), депресія (58,62%), перітонзілярний абсцес (43,33%).

Аналіз розподілу лікарів за ступенем залученості до певних видів медичної допомоги (рис. 1) показав, що більшість ЛПЛ залучені повністю

або частково до обслуговування вагітних, імунопрофілактики дітей, лікарського нагляду за дітьми до 4-х років, планування сім'ї, в тому числі з призначенням контрацептивів, призначення гомеопатичних засобів (від 56,67% при імунопрофілактиці до 76,67% при контрацепції). В даному випадку залучення до обслуговування вагітних в антенатальному періоді можна розглядати як участь у профілактичних заходах, оскільки лікарі загальної практики/сімейні лікарі по суті виконують роль фільтра до більш спеціалізованих видів медичної допомоги. Подібна ситуація характерна в цілому для європейського регіону, де антенатальна та родопомічна допомога надається переважно фахівцями в галузі акушерства.

За роки спостереження зменшилася частка лікарів первинної ланки, не задіяних у обслуговуванні вагітних в антенатальному періоді, лікарському нагляді за дітьми до 4-х років, плануванні

сім'ї з призначенням контрацептивних засобів. Залишається високим відсоток ЛПЛ, що не залучені до імунопрофілактики дітей (43,33%) та планування сім'ї (36,67%). Дивує високий відсоток лікарів серед залучених до гомеопатії, який тривалий час суттєво не змінюється і складає 66,67% у 2012–2013 рр., що можна пояснити прихильністю самих пацієнтів до цього методу лікування і активною маркетинговою позицією фірм, які займаються розповсюдженням гомеопатичних засобів та різноманітних біоактивних добавок. Це не є хорошою практикою, оскільки не існує доказів щодо ефективності подібних засобів.

У багатьох країнах світу лікарі первинної ланки надають профілактичні послуги. Стимулюються і активізуються рання виявляемість захворювань, ідентифікація факторів ризику та пропаганда здорового способу життя. У європейській політиці «Здоров'я-2020» підкреслюється важливість комплексного проведення профілактичних програм та всебічного охоплення профілактикою усіх верств населення [6].

Тим не менш, незважаючи на зростаюче усвідомлення важливої ролі, яку лікарі первинної ланки повинні відігравати у профілактичних заходах, все ще залишається чимало перешкод на шляху їх практичного впровадження. Показники в Україні по залученості ЛПЛ до надання профілактичних послуг (рутинне визначення кров'яного тиску, рівня холестерину тощо) ще нижче середнього показника європейських країн, однак протягом першого етапу модернізації ПМСД досягнуто певних успіхів у даному напрямку (табл. 3).

Розподіл відповідей лікарів первинної ланки стосовно приводу для проведення профілактичного дослідження показав, що вимірювання артеріального тиску проводиться переважно під час звичайних контактів з пацієнтами (частота визначення цієї причини 96,7%), що на 59,05% вище показника 2008–2009 рр. Вимірювання рівня холестерину крові проводиться переважно у зв'язку з відповідними клінічними симптомами (83,3%) і більше за даним приводом на 28,7% показника минулих років. Взяття мазку шийки матки на предмет скринінгу раку матки та мануальне обстеження в метю виявлення новоутворення молочної залози проводиться переважно під час спеціальних оглядів і частота їх проведення збільшилася.

На питання щодо навчання населення здоровому способу життя (боротьбі з тютюнопалінням, вживанням міцних напоїв, пропагандою здорового харчування) більшість лікарів первинної ланки (73,3% проти 54,9% у минулі роки) відмітили, що вони проводяться під час регулярних контактів з пацієнтами. На роботу у спеціальних групах навчання та програмах зі здорового способу життя вказала третина обстежених (31,4%),

що майже вдвічі вище показника 2008–2009 рр.

Задоволеність (не задоволеність) лікарів первинної ланки роботою вимірювалася за відповідями на низку запитань, які вимірювалися за 5-ти бальною шкалою від повної згоди – 5 балів до повної незгоди – 1 бал.

Відповіді «повністю згоден» та «більш-менш згоден» були об'єднані для того, щоб визначити індекс задоволеності роботою (рис. 2).

Більшість лікарів первинної ланки відзначили постійний інтерес до своєї роботи і одержуване від неї задоволення (66,22% у 2008–2009 рр. та 62,96% у 2012–2013 рр.), однак якби оплата і умови праці були аналогічними, вважали б за краще немедичну роботу 41,67% опитаних другої групи, що майже вдвічі вище за подібний показник першого етапу дослідження (21,19%).

Сімдесят відсотків лікарів вважали, що вони перевантажені адміністративною роботою у 2008–2009 рр., 88% – у 2012–2013 рр. і приблизно стільки ж вважали, що деякі аспекти їх роботи позбавлені сенсу. Потрібно відзначити, що аналогічні результати були отримані і у європейському дослідженні профілів лікарів загальної практики [3, 10].

Задоволення відповідністю оплати праці прикладеним зусиллям не було високим як в європейському так і в нашому дослідженні, грошова винагорода розглядається лікарями як справедлива лише у третині випадків.

Фахівці стверджують, що не варто очікувати швидкого впливу реформ на зміну профілів діяльності лікарів первинної ланки [10]. Однак за результатами проведеного дослідження ми можемо стверджувати, що відбулася певна зміна профілів діяльності ЛПЛ у напрямку збільшення обсягів втручань профілактичного та лікувального характеру, що в свою чергу призвело до підвищення структурної ефективності системи охорони здоров'я. Проте повної реалізації обраної моделі [1] не відбулося, оскільки ПМСД України знаходиться у форматі перехідного періоду.

Висновки

За перший період модернізації регіональної системи охорони здоров'я, первинна ланка Дніпропетровської області зміцнила свою роль у якості зони першого контакту з вирішення поширених медичних проблем пацієнтів: проблем зі слухом та зором, хронічних захворювань, гострих станів, новоутворень (за даними самооцінки профілів діяльності частка лікарів, які завжди обслуговують жінок з підозрою на пухлину грудей, зросла з 0 до 24,24%). Розширюється активність лікарів первинної ланки у лікуванні та подальшому нагляді за пацієнтами з хронічними неінфекційними захворюваннями: хронічним бронхітом, застійною серцевою недостатністю, пневмонією, неускладненим

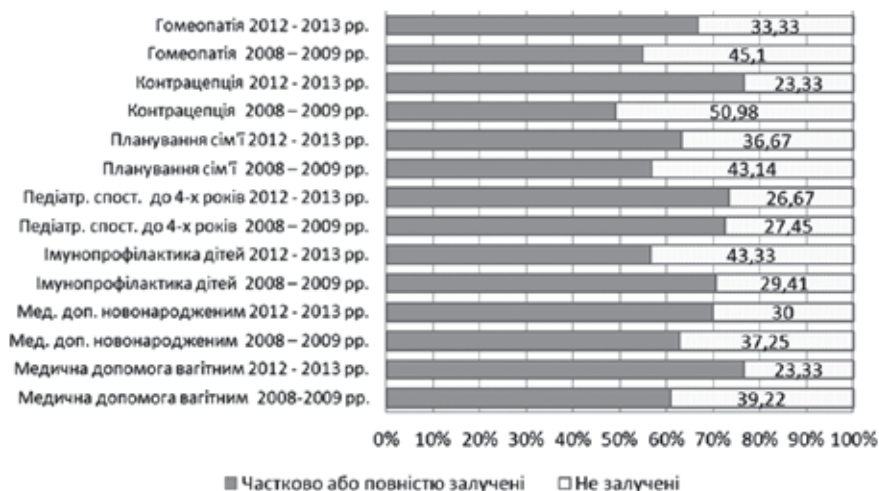


Рис. 1. Розподіл лікарів за ступенем залученості до певних видів медичної допомоги (у % до числа опитаних)

Таблиця 3

Розподіл відповідей лікарів первинної ланки на запитання стосовно проведення профілактичних заходів (частота відповіді, у %)

Профілактичні заходи	Приводи до проведення профілактичних заходів									
	У зв'язку з симптомами		За проханням		Під час відвідування		У дорослих		Під час спец. огляду	
	2008-2009	2012-2013	2008-2009	2012-2013	2008-2009	2012-2013	2008-2009	2012-2013	2008-2009	2012-2013
Вимірювання артеріального тиску	35,3	30,0	29,4	33,3	60,8	96,7*	9,8	30*	17,6	26,7
Вимірювання рівня холестерину крові	64,7	83,3	11,7	26,7	0	13,3*	3,9	30*	7,8	33,3*
Взяття мазку шийки матки на предмет скринінгу раку матки	10	17,6	0	10*	27,5	30	5,9	20*	47,1	56,7
Мануальне обстеження в метю виявлення новоутворення молочної залози	45,1	66,7	13,3	21,6	45,1	66,7	15,7	33,7	11,7	68,7*

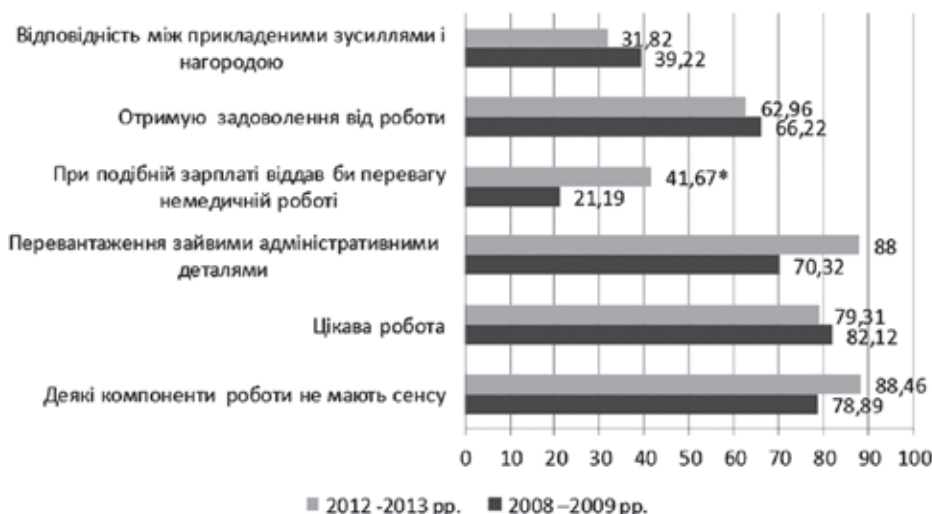
Примітка: * – $p < 0,05$ 

Рис. 2. Задоволеність/не задоволеність лікарів первинної ланки певними аспектами роботи (% згодних та практично згодних з наведеними твердженнями)

Примітка: * – $p < 0,05$

діабетом II типу, інфарктом міокарду (частка ЛПЛ з активною участю зросла відповідно до 100%, 96,67%, 93,33%, 90%, 93,33%). Збільшилися обсяги профілактичних заходів, що проводяться на первинному рівні у ході повсякденної практики консультування пацієнтів, так рутинне вимірювання кров'яного тиску здій-

снює 96,7% лікарів первинної ланки незалежно від первісної причини звернення. Серед причин розширення спектру та кількості профілактичних заходів зростання забезпеченості обладнанням та інструментарієм на рівні ПМСД та проведення спеціальних тренінгів, що відмітила переважна більшість лікарів.

Список літератури

1. Лехан В. М. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформ системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Е. В. Борвінко // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4 (61). – С. 99–105.
2. Надута-Скринник О. К. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої інноваційної моделі первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / О. К. Надута-Скринник; Нац. мед. акад. післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2012. – 24 с.
3. Воерма W. G. W. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи / W. G. W. Boerma, D. M. Fleming. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001. – 182 с.
4. Eijkenaer F. Performance profiling in primary care : does the choice of statistical model matter? / F. Eijkenaer, R. C. Vliet // Med. Decis Making. – 2014. – № 34 (2). – P. 192–205.
5. Evaluation of structure and provision of primary care in Ukraine. A survey-based project in the regions of Kiev and Vinnitsa / W. G. W. Boerma, D. S. Kringos, T. A. Wiegers [et al.]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2010. – 124 p.
6. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century / [World Health Organization]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. – 181 p.
7. Kongstvedt P. R. Managed Care : What It Is And How It Works / P. R. Kongstvedt. – Canada: Jones & Bartlett Publishers, 2009. – 275 p.
8. Primary care in a post-communist country 10 years later Comparison of service profiles of Lithuanian primary care physicians in 1994 and GPs in 2004 / I. Liseckiene, W. G. Boerma, Z. Milasauskiene [et al.] // Health Policy. – 2007. – Sep 83(1). – P. 105–113.
9. Ryan A. M. Profiling provider outcome quality for pay-for-performance in the presence of missing data : A simulation approach / A. M. Ryan, Y. Bao // Health Serv. Res. – 2013. – № 48 (202). – P. 810–825.
10. Saltman R. B. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care // R. B. Saltman, A. Rico, W. G. W. Boerma. – European Observatory on Health Systems and Policies Series: Open University Press, 2006. – 286 p.
11. Schaufeli W. Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept / W. Schaufeli, A. Bakker // Work Engagement: A Handbook of Essential theory and Research. – New York: Psychology Press, 2010. – P. 10–24.

Стаття надійшла до редакції 13.10.2015.

В. Н. Лехан, Л. В. Крячкова, В. И. Колесник

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины»

Кафедра социальной медицины, организации и управления здравоохранением

ОЦЕНКА РОЛИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В РЕШЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ПРОФИЛЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В процессе развития первичной помощи стремительно возрастает роль врачей в решении распространенных медицинских проблем пациентов, лечении и дальнейшем наблюдении за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями – управляемыми патологиями.

Цель работы. Оценить изменения роли врачей первичного звена в решении распространенных медицинских проблем пациентов на основании анализа профилей врачебной деятельности.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди 170 врачей первичного звена в 2008–2009 гг. (1 группа – 42,35%) до начала преобразований в отрасли и в 2012–2013 гг. (2 группа – 57,65%) после проведения первого этапа модернизации в пилотных регионах с помощью стандартизированной анкеты (W.G.W. Boerma, D.M. Fleming, 2001).

Результаты и обсуждение. За первый период модернизации региональной системы здравоохранения первичное звено укрепило свою роль в качестве зоны первого контакта по решению распространенных медицинских проблем пациентов. Расширяется активность врачей первичного звена (доля

врачей с активным участием более 90%) в лечении и дальнейшем наблюдении за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями; рутинное измерения кровяного давления осуществляет 96,7% врачей первичного звена независимо от первоначальной причины обращения.

Выводы. Доказано, что первичное звено за последние годы укрепило свои позиции и стало в работе более профилактически направленным.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, врач первичного звена, врач общей практики/семейной медицины, профиль деятельности.

V. M. Lekhan, L. V. Kryachkova, V. I. Kolesnyk

State establishment «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»

Department of social medicine and health management

EVALUATION OF THE ROLE OF PRIMARY CARE PHYSICIANS IN THE SOLVING COMMON HEALTH ISSUES OF PATIENTS BY ANALYZING DOCTOR'S ACTIVITY PROFILES

The role of physicians in the solving common health issues, treatment and follow-up of patients with chronic non-infectious diseases (managed pathologies) are rapidly growing with the development of primary care.

Objective of research is to evaluate changes of the role of primary care physicians in the solving common health issues of patients on the basis of doctor's activity.

Materials and methods. The research was conducted among 170 primary care physicians before the beginning of transformation in the health field in 2008–2009 (Group 1 – 42,35%) and after the first stage of modernization in the pilot regions in 2012 – 2013 (group 2 – 57,65%) with the using of standardized questionnaires (Boerma, Fleming, 2001)

Results and discussion. During the first period of modernization of regional health systems primary link has strengthened its role as the first contact area of solving common health issues of patients. The activity of primary care physicians expands (doctors' share with the active participation is more than 90%) in the treatment and follow-up of patients with chronic non-infectious diseases; 96,7% of primary care physicians carry out routine measurement of blood pressure irrespective the original treatment cause.

Conclusions. It is proved that in recent years the primary care level became stronger and more preventative.

Keywords: primary health care, primary care physicians, general practitioner / family doctor, activity profile.