

Стан первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні

О.П. Корнійчук

Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи, НАМН України, Київ

Проаналізовано стан функціонування первинної медико-санітарної допомоги в Україні на засадах сімейної медицини. Особливу увагу приділено визначенню окремих системних інституціональних проблем, зокрема фінансово-економічної складової розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, сімейний лікар, система охорони здоров'я, фінансово-економічна складова.

Вступ

Протягом останніх 100 років Україна займає одне з перших місць в Європі за рівнем смертності населення. При цьому 25% передчасних смертей можна було б запобігти за умов належного лікування. Правильно організоване лікування на етапі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) допомогло б уникнути 80% смертей серед працездатних чоловіків та 30% — серед працездатних жінок (Менон Р. та співавт., 2009).

Досвід розвинутих європейських країн стосовно комплексних реформ (насамперед системи охорони здоров'я), результатом яких стало збільшення тривалості життя та зниження смертності, свідчить про необхідність пріоритетного розвитку ПМСД. Макро- і мікропроцеси в системі охорони здоров'я та методи їх регулювання, у тому числі через організаційно-управлінські та фінансові механізми пріоритетного розвитку і впровадження ПМСД на засадах загальної лікарської практики (ЗЛП)/сімейної медицини (СМ), розглядалися у працях як вітчизняних вчених (Лехан В.М. та співавт., 1996; Лехан В.М., 2002; Князевич В.М. (ред.) 2010; Слабкий Г.О. (ред.), 2010; 2011;), так і спеціалістів із країн Європейського Союзу (White K.L., 1990; Hobbs F.R., 1995).

Слід зазначити, що у вітчизняних публікаціях системні дослідження окресленої проблеми представлені недостатньо. Нез'ясованість економічних закономірностей ефективності та вигідності для економіки громадян, домогосподарств, підприємств, регіонів і національного господарства в цілому впровадження ПМСД на засадах СМ залишається однією з важливих причин стримування реформування системи охорони здоров'я.

У 2006 р. 72,4% населення України не було охоплено послугами ПМСД на засадах ЗЛП/СМ. За наступні 5 років цей показник покращився, але й у 2010 р. 59,46% населення не отримувало зазначених послуг від сімейного лікаря. Очевидно, що такі темпи недостатні. При збереженні подібних тенденцій знадобиться

щонайменше 15 років, щоб надавати послуги ЗЛП/СМ всьому населенню України. У 10 областях — Вінницькій, Волинській, Житомирській, Закарпатській, Львівській, Полтавській, Тернопільській, Харківській, Черкаській, Чернівецькій — показник забезпечення населення сімейними лікарями перевищує загальноукраїнський на >10%. Для таких регіонів, як Луганська, Донецька, Дніпропетровська, Запорізька, Одеська області та місто Київ, необхідний для реформування термін може бути значно тривалішим (табл. 1) (Слабкий Г.О. (ред.), 2010; 2011).

За нашими розрахунками, одним сімейним лікарем обслуговується 2144 особи. Це значно перевищує норми обслуговування населення одним сімейним лікарем, які встановлені наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 23.02.2001 р. № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини»: 1400–1500 осіб у містах; 1000–1200 осіб — у сільській місцевості. Як результат сімейний лікар як у місті, так і в сільській місцевості, вимушений набагато менше часу приділяти кожному пацієнту.

Лише у 4 областях — Запорізькій, Миколаївській, Харківській, Черкаській — стан забезпечення сімейними лікарями перевищує загальноукраїнський. Найнижчі показники укомплектованості відзначають у Волинській, Київській, Дніпро-

петровській областях.

Таблиця 1

Частка населення, охопленого ПМСД на засадах ЗЛП/СМ, у 2006 і 2010 р.

Регіон	Населення, тис. осіб		Прикріплено населення до закладів ЗЛП/СМ, тис. осіб		Частка населення, охопленого ПМСД на засадах ЗЛП/СМ, %	
	2006	2010	2006	2010	2006	2010
Автономна Республіка Крим	1980,5	1954,8	436,002	743,948	22,01	38,06
Вінницька область	1694	1634,1	611,078	1045,595	36,07	63,99
Волинська область	1039,2	1034,4	434,327	581,953	41,79	56,26
Дніпропетровська область	3435	3333,2	249,834	670,610	7,27	20,12
Донецька область	4601,7	4420,1	479,647	922,185	10,42	20,86
Житомирська область	1323,6	1279,8	748,856	981,293	56,58	76,68
Закарпатська область	1244,6	1244,5	858,592	104,4295	68,99	83,91
Запорізька область	1854	1800,5	246,708	426,803	13,31	23,70
Івано-Франківська область	1387,2	1377	465,603	548,091	33,56	39,80
Київська область	1757,4	1711,9	372,287	626,647	21,18	36,61
Кіровоградська область	1060,1	1003,6	361,952	391,021	34,14	38,96
Луганська область	2395,5	2286,7	190,437	400,838	7,95	17,53
Львівська область	2572,8	2526,4	727,554	1286,827	28,28	50,94
Миколаївська область	1215,7	1182,6	340,586	449,540	28,02	38,01
Одеська область	2398,9	2377,6	557,955	652,157	23,26	27,43
Полтавська область	1547,7	1479,9	875,233	1188,102	56,55	80,28
Рівненська область	1155,4	1151,5	292,658	498,072	25,33	43,25
Сумська область	1218,9	1159,3	430,909	530,589	35,35	45,77
Тернопільська область	1108,8	1080,9	721,008	860,139	65,03	79,58
Харківська область	2820,6	2739,4	1462,546	2185,400	51,85	79,78
Херсонська область	1121,8	1086,8	280,066	420,442	24,97	38,69
Хмельницька область	1367,4	1323,8	414,427	510,494	30,31	38,56
Черкаська область	1334,7	1281,8	364,232	770,940	27,29	60,15
Чернівецька область	907,2	901,2	350,053	571,309	38,59	63,39
Чернігівська область	1160,2	1089,7	401,681	537,408	34,62	49,32
Київ	2705,7	2757,9	144,798	270,097	5,35	9,79
Севастополь	379,2	378,8	906,58	140,566	23,91	37,11
Україна	46 787,8	45 598,2	12 909,687	18 484,473	27,59	40,54

петровській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Херсонській, Сумській, Чернігівській, Черкаській областях (табл. 2).

Аналогічна тенденція сформувалася щодо забезпечення сімейними медичними сестрами. Згідно із вимогами вищезазначеного наказу МОЗ України, співвідношення медсестер і сімейних лікарів має становити 2:1, тобто, медсестер 2010 р. мало бути не менше ніж 17 242 особи. Реально ж для них виділено 14 074,5 штатної одиниці, причому вони недоукомплектовані (працювали

13 058 осіб). Таким чином, реальний дефіцит медичних сестер становив 4 184 особи. Середньоукраїнський показник укомплектованості сімейними медичними сестрами перевищено в 11 областях: Вінницькій, Волинській, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій, Чернігівській. Найгірше укомплектовані сімейними медичними сестрами міста Київ і Севастополь, Дніпропетровськ, Донецьк, Запоріжжя, а також Київська, Луганська та Одеська області (табл. 3).

Таким чином, у 2010 р. у системі ПМСД на засадах ЗЛП/СМ в Україні був зайнятий 8621 лікар (у 2006 р. — 6263) та 13 058 сімейних медичних сестер (у 2006 р. — 9250), з них у сільській місцевості ≈61% (5250 осіб) і 68% (8917 осіб) відповідно. Доля лікарів СМ у 2010 р. становила 4,7% загальної кількості лікарів у системі МОЗ України (185,3 тис. осіб). (Князевич В.М., 2010). Кількість штатних посад сімейних лікарів становила у 2010 р. 11 008,25 одиниці (у 2006 р. — 7729 одиниць), з них у сільській місцевості —

Таблиця 2

Стан забезпечення населення сімейними лікарями у 2006 і 2010 р.

Регіон	Штатні посади, одиниць				Фактична наявність, осіб				укомплектованість, %
	2006		2010		2006		2010		
	усього	на 10 тис. населення	усього	на 10 тис. населення	усього	на 10 тис. населення	усього	на 10 тис. населення	
Автономна Республіка Крим	267,25	1,35	463,0	6,22	234	1,18	356	4,79	76,89
Вінницька область	384,25	2,27	659,25	6,31	315	1,86	527	5,04	79,94
Волинська область	227,0	2,18	299,75	5,15	166	1,60	227	3,90	75,73
Дніпропетровська область	155,25	0,45	390,0	5,82	121	0,35	278	4,15	71,28
Донецька область	284,75	0,62	588,75	6,38	217	0,47	407	4,41	69,13
Житомирська область	453,5	3,43	603,5	6,15	359	2,71	483	4,92	80,03
Закарпатська область	514,0	4,13	677,5	6,49	435	3,50	579	5,54	85,46
Запорізька область	161,0	0,87	275,75	6,46	121	0,65	214	5,01	77,61
Івано-Франківська область	326,75	2,36	364,75	6,65	231	1,67	274	5,00	75,12
Київська область	184,75	1,05	341,0	5,44	149	0,85	256	4,09	75,07
Кіровоградська область	207,25	1,96	163,0	4,17	143	1,35	108	2,76	66,26
Луганська область	120,5	0,50	249,5	6,22	100	0,42	186	4,64	74,55
Львівська область	438,5	1,70	752,25	5,85	414	1,61	714	5,55	94,92
Миколаївська область	245,5	2,02	302,0	6,72	196	1,61	212	4,72	70,20
Одеська область	325,0	1,35	392,75	6,02	250	1,04	291	4,46	74,09
Полтавська область	480,75	3,11	674,25	5,68	427	2,76	515	4,33	76,38
Рівненська область	140,75	1,22	233,75	4,69	117	1,01	191	3,83	81,71
Сумська область	241,0	1,98	304,0	5,73	199	1,63	229	4,32	75,33
Тернопільська область	435,75	3,93	518,0	6,02	339	3,06	441	5,13	85,14
Харківська область	982,25	3,48	960,5	6,79	767	2,72	700	4,95	72,88
Херсонська область	137,0	1,22	205,0	4,88	117	1,04	156	3,71	76,10
Хмельницька область	257,5	1,88	314,5	6,16	217	1,59	272	5,33	86,49
Черкаська область	198,5	1,49	434,0	5,63	159	1,19	329	4,27	75,81
Чернівецька область	203,25	2,24	345,75	6,05	165	1,82	276	4,83	79,83
Чернігівська область	210,25	1,81	250,0	4,65	194	1,67	198	3,68	79,20
Київ	93,75	0,35	159,0	5,89	69	0,26	130	4,81	81,76
Севастополь	53,25	1,40	86,75	6,17	42	1,11	72	5,12	83,00
Україна	7729,25	1,65	11 008,25	5,96	6263	1,34	8621	4,66	78,31

Таблиця 3

Стан забезпечення населення сімейними медичними сестрами у 2006 і 2010 р.

Регіон	Штатні посади, одиниць				Фактична наявність, осіб				укомплектованість, %
	2006		2010		2006		2010		
	усього	на 10 тис. населення	усього	на 10 тис. населення	усього	на 10 тис. населення	усього	на 10 тис. населення	
Автономна Республіка Крим	286,5	1,45	487,5	6,55	254	1,28	450	6,05	92,31
Вінницька область	473,5	2,80	908,25	8,69	502	2,96	919	8,79	101,18
Волинська область	221,5	2,13	285,5	4,91	224	2,16	286	4,91	100,18
Дніпропетровська область	180,75	0,53	450,75	6,72	162	0,47	361	5,38	80,09
Донецька область	441,75	0,96	777,25	8,43	374	0,81	663	7,19	85,30
Житомирська область	480,0	3,63	680,5	6,93	473	3,57	648	6,6	95,22
Закарпатська область	664,0	5,34	934,25	8,95	716	5,75	981	9,39	105,00
Запорізька область	264,75	1,43	414,25	9,71	241	1,30	374	8,76	90,28
Івано-Франківська область	429,0	3,09	500,5	9,13	430	3,10	506	9,23	101,10
Київська область	180,0	1,02	434,0	6,93	139	0,79	322	5,14	74,19
Кіровоградська область	254,0	2,40	211,5	5,41	228	2,15	184	4,71	87,00
Луганська область	196,5	0,82	367,5	9,17	170	0,71	309	7,71	84,08
Львівська область	563,0	2,19	879,75	6,84	505	1,96	864	6,71	98,21
Миколаївська область	449,75	3,70	552,25	12,28	399	3,28	496	11,03	89,81
Одеська область	443,0	1,85	568,0	8,59	379	1,58	486	7,37	85,56
Полтавська область	566,75	3,66	844,0	7,1	511	3,30	743	6,25	88,03
Рівненська область	219,5	1,90	271,5	5,45	212	1,83	268	5,38	98,71
Сумська область	320,25	2,63	429,75	8,1	300	2,46	398	7,5	92,61
Тернопільська область	465,5	4,20	587,75	6,83	450	4,06	553	6,43	94,09
Харківська область	1683,75	5,97	1673,0	11,83	1570	5,57	1547	10,94	92,47
Херсонська область	99,0	0,88	215,5	5,13	96	0,86	198	4,71	91,88
Хмельницька область	247,25	1,81	303,5	5,95	247	1,81	317	6,2	104,45
Черкаська область	203,75	1,53	399,25	5,18	160	1,20	358	4,64	89,67
Чернівецька область	296,25	3,27	455,75	7,98	213	2,35	436	7,63	95,67
Чернігівська область	209,25	1,80	262,75	4,89	190	1,64	263	4,89	100,10
Київ	102,5	0,38	129,5	4,79	68	0,25	87	3,22	67,18
Севастополь	48,75	1,29	50,5	3,59	37	0,98	41	2,92	81,19
Україна	9990,5	2,14	14 074,5	7,61	9250	1,98	13058	7,06	92,78

7121 одиниця. Штатних посад сімейних медичних сестер у 2010 р. передбачалося 14 074,5 одиниці (у 2006 р. — 9462,5 одиниці), з них у сільській місцевості — 9990,5 одиниці. Збільшення кількості сімейних лікарів та сімейних медичних сестер за 5-річний період становило 37,7 і 41,2% відповідно. Кількість штатних посад сімейних лікарів та сімейних медичних сестер також зросла на 42,4 та 48,7% відповідно.

Але незважаючи на це, інститут сімейного лікаря досі недоукомплектований. Загальний дефіцит кадрів становить 3403 особи, із них 2387 сімейних лікарів (тобто приблизно ¼ від потрібної кількості) та 1016 сімейних медичних сестер. Практично кожен четвертий заклад ЗЛП/СМ не укомплектований основним працівником. Близько 26% працівників у цій підгалузі — це особи пенсійного віку, а плінність кадрів сягає 5% щорічно. Заслуговує уваги той факт, що у 2009 р. лише 1/5 частина випускників медичних вищих навчальних закладів була направлена у сільську місцевість на посади сімейних лікарів.

Взагалі у 2010 р. нараховувався 4581 заклад ПМСД на засадах ЗЛП/СМ, з них у сільській місцевості — 3984 (87%). На їх базі розміщено 27 404 ліжка денного стаціонару. У зазначених закладах створено 10 453 дільниці. Порівняно з 2006 р. кількість закладів ПМСД у цілому зросла на 28%. У 2010 р. здійснено 54 155 128 візитів пацієнтів до сімейних лікарів, із них з приводу захворювань — 38 361 909 (30 850 655 — дорослих пацієнтів, 7 511 254 — дітей віком до 17 років), тобто 70,8%. На рівні закладів ЗЛП/СМ закінчили лікування 53,4% пацієнтів (20 493 964 особи), 5,86% (2 249 141 особа) було направлено до вузькопрофільних спеціалістів, а 2,6% (999 522 особи) — госпіталізовано до лікарень вторинного та третинного рівня. Звернень із профілактичною метою нараховувалося 15 713 687, що становить 29% їх загальної кількості.

На ПМСД припадає до 10% фінансових витрат на систему охорони здоров'я (Слабкий Г.О. (ред.), 2011). Але, за нашими оцінками, цей показник реально дорівнює 4–5% у зв'язку з необхідністю взаєморозрахунків із вторинним і третинним рівнем надання медичної допомоги. На підставі практичного досвіду окремих обласних управлінь охорони здоров'я, можна зробити припущення, що 1% із зазначених 4–5% виділяється на ЗЛП/СМ. Показовим є той факт, що реальні витрати на ПМСД в Україні становлять 4–5%, а на спеціалізовану допомогу — 85% (Лехан В.М., 2002). Слід ураховувати також, що нині в Україні фактичні витрати на систему охорони здоров'я у 2 рази перевищують суми державного та місцевих бюджетів за рахунок приватних платежів пацієнтів (до 3% ВВП) (Менон Р. та співавт., 2009).

Заслуговує на увагу той факт, що в Україні 60% випадків перших відвідувань лікаря припадає не на сімейного лікаря, а на вузькопрофільного спеціаліста, і у 50% випадків пацієнт потрапляє не до того лікаря, який йому потрібен, а 75% пацієнтів

при цьому залишаються без належної медичної допомоги (Менон Р. та співавт., 2009). При зверненні пацієнта до сімейного лікаря потреба у стаціонарній та швидкій допомозі загалом знижується на 30%, а у спеціалізованих амбулаторіях — на 40%. Так, за оцінками фахівців, реальна щомісячна потреба громадян у ПМСД становить близько 300 пацієнтів на 1 тис. мешканців. Послуги вторинного і третинного рівня потребують відповідно 10 і 2 особи (White K.L., 1990).

Передові країни світу, в яких із 70-х років ХХ ст. спостерігається збільшення тривалості життя, запровадили ПМСД як основу розвитку системи охорони здоров'я. У країнах Західної Європи близько 25% бюджету системи охорони здоров'я використовується у ПМСД, причому заклади ПМСД надають 90% послуг населенню, вартість яких у 10 разів нижча, ніж на вторинному і третинному рівні, а частка сімейних лікарів сягає 50% усієї чисельності лікарів системи охорони здоров'я (Слабкий Г.О. (ред.), 2011). Державою — аналогом України за територію і населенням можна вважати Францію. В ній лікарі ЗЛП/СМ становлять 54% загальної кількості. У США цей показник дорівнює 39,2% (Hobbs F.R., 1995). У розвинених країнах 90% пацієнтів починають і закінчують лікування на рівні лікаря ЗЛП, і лише у 10% випадків направляються до лікарень.

В Україні ж у закладах первинної ланки реально починають і закінчують лікування 30% пацієнтів у містах та до 50% — у сільській місцевості. При цьому дії пацієнта і системи охорони здоров'я абсолютно не синхронізовані. Хаотичність звернення населення до вторинного рівня надання медичної допомоги у 2 рази збільшує кількість відвідувань лікарів взагалі і у 6 разів — кількість відвідувань лікарів вторинного і третинного рівня, переважно без будь-яких направлень. Проблема посилюється ще й тим, що вартість обслуговування одного випадку надання допомоги на вторинному рівні у 7–8 разів вища, ніж на первинному (Лехан В.М., 2002). Тобто відсутність координуючої ролі ПМСД на засадах СМ не дає змоги раціоналізувати витрати на систему охорони здоров'я і провокує владу на утримання медичних закладів. Це руйнує принципи наступності і безперервності лікувального процесу (Лехан В.М. та співавт., 1996).

Ще однією суттєвою проблемою ПМСД в Україні є її роздробленість, при цьому вона фінансово і функціонально поєднана зі спеціалізованою амбулаторною допомогою.

Крім того, як уже згадувалося, ЗЛП/СМ недоукомплектована кадрами, причому як лікарями, так і медичними сестрами. Крім того, не оснащені належним обладнанням 65% сільських лікарських амбулаторій, районних і дільничних лікарень. Офтальмологічне обладнання мають лише 8%, а ЛОР-обладнання — 5% закладів. Заклади ПМСД на <50% укомплектовані санітарним транспортом (3497 наявних при потребі 7716 одиниць), не всі заклади мають навіть електрокар-

діографи, а дефібрилятори наявні лише у 5,6% закладів. Тільки кожен третій заклад має комп'ютерну техніку. Абсолютно не укомплектовані медичними та немедичними засобами всі 8 закладів ПМСД у місті Севастополь, також дуже низький рівень забезпечення медичними засобами в Луганській області та місті Києві.

Серед сільських лікарських амбулаторій 47% розташовані на відстані понад 20 км, а 86% — на відстані понад 10 км від центральної районної лікарні, абсолютна більшість (97%) фельдшерсько-акушерських пунктів віддалені від закладів, де у штаті є лікар, на ≥ 2 км. У ¼ сільських лікарських амбулаторій термін експлуатації становить понад 50 років, багато з них потребує реконструкції, ще необхідно збудувати 1500 амбулаторій та 1000 фельдшерсько-акушерських пунктів.

Як позитивне явище, слід зазначити створення за останні роки 159 нових закладів ПМСД на засадах ЗЛП/СМ, з них 114 — у сільській та 45 — у міській місцевості.

Об'єкт і методи дослідження

Згідно із загально визначеними оцінками, ПМСД є ядром національної системи охорони здоров'я і одночасно важливим компонентом загального соціального та економічного розвитку суспільства (Всемирная организация здравоохранения, 1978).

Об'єкт дослідження — процес розвитку ПМСД на засадах ЗЛП/СМ. Для оцінювання результатів нами використано методи аналізу та синтезу, порівняльного аналізу та логічного узагальнення. Система взаємних зобов'язань лікаря, місцевої влади і населення є рушійною силою впровадження здорового способу життя через розвиток ПМСД на засадах ЗЛП/СМ. У зв'язку з цим актуальним є дослідження розвитку ПМСД на засадах ЗЛП/СМ у місті Комсомольську Полтавської області з 1998 р. Спільно з фахівцями Головного управління охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації, Управлінням охорони здоров'я виконавчого комітету міської ради та практикуючими лікарями ЗЛП/СМ міста Комсомольська проведено фінансово-економічний аналіз діяльності інституцій, які беруть участь у реалізації програми «Сімейна медицина».

Результати та їх обговорення

ПМСД у місті надається відповідно до закріплених дільниць та з урахуванням побажань громадян міста згідно з поданими заявами. Фактично для отримання послуг ПМСД мешканці міста Комсомольська, у тому числі працівники Полтавського гірично-збагачувального комбінату (ГЗК), на власний розсуд звертаються до будь-якого із 7 закладів у системі охорони здоров'я міста. У медичних закладах міста працюють 1029 осіб, з них — 207 лікарів, 397 — середній медичний персонал, 158 — молодший медичний персонал.

Результати дослідження стану ПМСД на засадах СМ у місті Комсомольську свідчать про певні тенденції. Лікарі становлять приблизно 20% загальної кількості персоналу закладів ПМСД; 7,7% із них системно, послідовно і професійно надають ПМСД на засадах СМ. Характерно, що 25% бюджетних коштів витрачається на немедичний персонал, частка якого дорівнює 25,9% (267 осіб) загальної кількості працюючих у галузі. За даними Державного комітету статистики України, у місті Комсомольську в 2010 р. проживали 52 079 осіб. На цей час 9 приватних сімейних лікарів, або 4,4% загальної кількості лікарів, надають ПМСД 36% мешканців міста. Навантаження на 1 приватного лікаря таким чином становить ≈ 2100 осіб (з яких 300 — працівники Полтавського ГЗК). Це перевищує норму, затверджену МОЗ України, згідно з якою навантаження на 1 сімейного лікаря у містах має становити 1400–1500 осіб. Ще 26% населення міста Комсомольська отримують ПМСД від 6 сімейних лікарів поліклініки та 1 сімейного лікаря Дмитрівської амбулаторії. Таким чином, вірогідно, $\approx 38\%$ мешканців міста системно не охоплені обслуговуванням інституту ЗЛП/СМ. За матеріалами форм статистичної звітності 071-1/0; 071-3/0; 071/0; 31; 12; 001-0; 101/0 із залученням приватних сімейних лікарів та спеціалістів поліклініки міста Комсомольська отримано дані щодо деяких показників діяльності лікарів ЗЛП/СМ та міської поліклініки (табл. 4 А–Д).

Викликів швидкої допомоги на 1 тис. населення приватними лікарями ЗЛП/СМ було зроблено менше, ніж в цілому по місту, у 2,8 раза (86,2 і 245 відповідно) (див. табл. 4Д). За рахунок цього економія коштів становила майже 1 млн грн. (або до 30% витрат на цю послугу у 2009 р.). Загальний рівень госпіталізації (в розрахунку на 1 тис. населення) у приватних сімейних лікарів на 30% нижчий порівняно із загальним показником по місту (13,3 і 17,4% відповідно) (див. табл. 4Г). Індекс здоров'я дітей першого року життя (відношення дітей віком ≤ 1 рік, які не зверталися до лікаря з приводу захворювання, до загальної кількості дітей, які досягли 1 року, помно-

жене на 100), які обслуговувалися у 2010 р. у сімейних лікарів, на 36% перевищував відповідний показник в цілому по місту (30 і 22 відповідно) (див. табл. 4В).

Співвідношення фінансування первинного і вторинного рівнів у місті становить 1:3. Для Полтавської області взагалі цей показник становить приблизно 1:8. Реальна кількість коштів на ПМСД ще зменшується у 2 рази внаслідок відрахувань на послуги вторинного і третинного рівня. Витрати на ПМСД у місті Комсомольську становлять 25,5% бюджету, але на думку приватних сімейних лікарів, зазначеного зростання витрат, яке перевищує показники фінансування у Полтавській області, вони не відчули: це ніяк не вплинуло на покращання мотивації їхньої праці, закупівля обладнання і ремонт приміщень амбулаторії не проводилися.

За підсумками 2010 р. витрати для бюджету міста в розрахунку на 1 мешканця у приватних лікарів були на 40% меншими, ніж у поліклініці (50 і 70 грн. відповідно). За нашими розрахунками, загальні витрати з бюджету для оплати послуг 9 сімейних лікарів (50 грн. на 1 мешканця міста, 15 грн. — на 1 працівника ГЗК), становили 868,5 тис. грн. Водночас для оплати 6 дільничних терапевтів, кожний з яких обслуговує 2591 особу, в тому числі 300 працівників ГЗК (70 грн. на 1 мешканця міста, 15 грн. — на 1 працівника ГЗК), знадобилося 989,22 тис. грн. За інформацією Управління здоров'я м. Комсомольська, у 2010 р. в поліклініці «МЦ» працювали 6 комунальних сімейних лікарів, кожний з яких обслуговує 1800 осіб, включаючи 300 працівників ГЗК. Таким чином, для оплати послуг 6 комунальних сімейних лікарів було витрачено 699 тис. грн. Тобто витрати на утримання 9 приватних сімейних лікарів у 2010 р. були на 14% меншими, ніж фінансування 6 дільничних терапевтів поліклініки. Загалом витрати на 15 сімейних лікарів (9 приватних + 6 комунальних) у 2010 р. становили 1567,5 тис. грн., або 4,9% загального бюджету на систему охорони здоров'я і 19,3% — витрат на ПМСД.

За попередніми розрахунками, проведеними спільно з фахівцями Управління охорони здоров'я міста Комсомольська,

у разі своєчасного діагностування та контролю за перебігом захворювання, наприклад цукрового діабету, через інститут сімейного лікаря вартість його лікування зменшиться в 2 рази. Для бюджету міста економія в цьому разі становитиме майже 200 тис. грн./рік. Зазначене стосується і решти хвороб, які призводять до інвалідизації. Загалом за умови подальшого впровадження ЗЛП/СМ вірогідне зниження захворюваності та скорочення бюджетних витрат на лікування.

Виходячи із практичного досвіду приватного сімейного лікаря у м. Комсомольську, який обслуговує 2140 осіб, за 2010 р. 40 осіб ($\approx 2\%$ усіх його пацієнтів) були направлені на лікування до лікарні, а 140 осіб (6,5%) проходили лікування без направлення від лікаря (що збільшило вартість лікування для бюджету міста практично в кілька десятків разів). За попередніми оцінками, проведеними з практикуючими сімейними лікарями, щомісячна оплата приватному сімейному лікарю за надання послуг денного стаціонару для 8 пацієнтів та стаціонару удома для 10 пацієнтів має становити 860 грн., але зараз ця послуга приватних сімейних лікарів зовсім не оплачується. Тим часом лікування 18 осіб протягом 9 днів у стаціонарі коштуватиме 27 646 грн. Таким чином, можлива економія для бюджету міста, у разі оплати 860 грн. приватному сімейному лікарю, становила б майже 27 тис. грн.

Зараз 9 приватних сімейних лікарів надають ПМСД 36% мешканців міста. За оцінками фахівців Управління охорони здоров'я м. Комсомольська, для охоплення зазначеними послугами 100% мешканців міста необхідно 25 приватних сімейних лікарів, тобто є потреба у підготовці ще 16 сімейних лікарів (можливо, за рахунок перепідготовки наявних 6 дільничних терапевтів, 6 комунальних сімейних лікарів та інших лікарів) та укладанні додаткових договорів із 16 фізичними особами — приватними сімейними лікарями як платниками єдиного податку. Передумовою цього має стати підвищення престижності роботи сімейного лікаря. Перш за все це стосується підвищення рівня заробітної плати в комунальній сфері до 3500 грн. Крім цього, доцільно створити умови для отримання прибутку приватним сімейним лікарем у розмірі 3500 грн. щомісячно.

Як наслідок для бюджету міста річні витрати на 25 сімейних лікарів становитимуть 2 402 778 грн. Утримання 9 приватних лікарів обходиться бюджету у 865 тис. грн., тобто додаткові витрати становитимуть 1 537 778 грн. Якщо в цілому у 2010 р. витрати з бюджету міста на оплату послуг приватних, комунальних і сімейних лікарів та дільничних терапевтів становили 2 556 700 грн. (30,7% загальної суми витрат на ПМСД), то при додатковому укладанні договорів із 16 приватними сімейними лікарями економія бюджетних коштів протягом року становитиме 1 539 222 грн.

Слід звернути увагу на те, що громадськість Комсомольська, так само як і інших населених пунктів України, є не суб'єктом, а об'єктом у системі охорони здоров'я.

Таблиця 4

Порівняльні показники діяльності приватних сімейних лікарів та лікарів у поліклініці міста Комсомольська

	2006	2007	2008	2009	2010
А. Показники загальної смертності (на 100 тис. населення)					
Приватні сімейні лікарі ЗЛП/СМ	9,5	10,1	8,8	8,4	9,4
Поліклініка «Медичний Центр» («МЦ») ПМСД	12,8	11,1	11,2	10,7	12
Місто	12,2	11,1	10,9	10,5	10,9
Б. Показники смертності у працездатному віці (на 100 тис. населення)					
Приватні сімейні лікарі ЗЛП/СМ	3,8	4,4	3,6	3,4	3,2
Поліклініка «МЦ» ПМСД	4,7	4,5	5	3,2	3,6
Місто	4,5	4,7	4,5	3,5	3,7
В. Індекс здоров'я дітей першого року життя					
Приватні сімейні лікарі ЗЛП/СМ	33	36	27	43	30
Поліклініка «МЦ» ПМСД	26	22	22	26	17
Місто	25	25	20	31	22
Г. Загальний рівень госпіталізації (на 1 тис. населення)					
Приватні сімейні лікарі ЗЛП/СМ	12,7	11,7	12,6	12,7	13,3
Поліклініка «МЦ» ПМСД	17,3	13,5	17,5	18,1	14,2
Місто	15,8	15,3	15,4	17,5	17,4
Д. Виклики швидкої допомоги (на 1 тис. населення)					
Приватні сімейні лікарі ЗЛП/СМ	98,4	94,6	79,4	88,4	86,2
Місто	258,6	256,5	242,8	233,2	245

Будь-якого реального впливу на оптимізацію структури і пріоритетність надання ПМСД на засадах ЗЛП/СМ вона не має.

Пріоритетність розвитку ПМСД на засадах ЗЛП/СМ визнана ще у 1978 р. на Алма-Атинській міжнародній конференції (Всемирная организация здравоохранения, 1978). Її вдале впровадження у країнах Західної, Центральної та Східної Європи сприяло суттєвому збільшенню тривалості життя громадян унаслідок забезпечення якості й доступності ПМСД.

У Законі України від 07.07.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» не визначена пріоритетність розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря, не передбачено обґрунтування розрахунку обсягу ПМСД, залучення громадян до укладання угод з надавачами медичних послуг при дієвому контролі з боку розпорядника бюджетних коштів.

Висновки

Ключовою проблемою розвитку ПМСД на засадах ЗЛП/СМ є супротив діючої вертикалі управління системи охорони здоров'я від центрального до районного рівнів процесу надання ПМСД на засадах ЗЛП/СМ статусу основи розвитку системи охорони здоров'я.

В Україні у системі охорони здоров'я діє модель Семашка, яка передбачає централізоване фінансування установ та мінімальну офіційну оплату праці медичного персоналу. В її основі лежить мотивація лікарів до розширення спеціалізації медичної допомоги як головного засобу її поліпшення. Це призвело до розмивання сутності сімейного лікаря, розпорошення його функцій серед педіатрів, дільничних терапевтів, акушерів-гінекологів, підліткових та цехових лікарів. При такій кількості лікарів отримати ефективну допомогу пацієнту стає все більш проблематично.

Можна припустити, що в сучасній Україні склалася ситуація, коли за рахунок державного бюджету фінансується виживання лікарів і медсестер та інфраструктури. Так, діюча типова структура бюджету міської поліклініки передбачає 76% витрат на зарплату та нарахування на неї, 9% — на комунальні платежі, 15% — на надання інших послуг та придбання товарів. Приватні платежі пацієнтів стають винагородою за реальну працю лікарів.

Тим часом частка сімейних лікарів становить 4,4% загальної кількості лікарів. Їх фінансування, за нашими оцінками, фактично складає 1% витрат на систему охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я України, на наш погляд, на всіх рівнях є вкрай неефективною у зв'язку з монополічним наданням медичних послуг. Будь-яка конкуренція на первинному і вторинному рівні відсутня. Ці процеси проходять на фоні високої міри втручання держави. Виходячи

із зазначеного, за оцінками фахівців, у людини, перш за все у сільській місцевості, практично немає вибору при отриманні ПМСД. Отже, ПМСД фактично переведена у статус залишкової функції у сфері надання медичних послуг та медичної допомоги в Україні.

Правила гри на ринку медичної допомоги та медичних послуг, який є недосконалим і нерозвиненим, фактично встановлюють монополісти. Будь-який суттєвий вплив уряду як регулятора відсутній. Така інституція, як сімейний лікар, перш за все приватний, перебуває на початковому етапі розвитку і не є конкурентом монополістам-поліклінікам у наданні ПМСД. Це призводить до суттєвого підвищення вартості медичних послуг і витрат на систему охорони здоров'я.

Як наслідок, у >50% випадків пацієнти звертаються не до належного лікаря, що у 75% випадків не дає результату. Таким чином, існуюча система є достатньо витратною для громадянина. Вона вимагає практично у 2 рази більше часу для отримання послуг у системі охорони здоров'я.

У зв'язку із зазначеним, при перегляді в I кварталі 2012 р. бюджету системи охорони здоров'я на поточний рік необхідно передбачити реальне фінансування пріоритетного розвитку ПМСД. При цьому, крім урахування вимог Постанови Кабінету Міністрів України від 31.12.2004 р. № 1782 щодо виділення з бюджету 23% витрат на ПМСД, необхідно також передбачити кошти на перепідготовку лікарів та медичного персоналу для заміщення вакантних посад, проведення наукових досліджень у цій сфері.

Висловлення вдячності

Автор висловлює вдячність за критичні та слушні зауваження до матеріалів статті заступнику міністра охорони здоров'я України у 2008–2010 рр., кандидату економічних наук І.В. Яковенку.

Особлива подяка міністру охорони здоров'я України у 2007–2010 рр., доктору медичних наук В.М. Князевичу; академіку-секретарю відділення економіки НАН України, директору Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАМН України Е.М. Лібановій за сприяння в організації дослідження; начальнику Головного управління охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації В.П. Лисаку; начальнику управління охорони здоров'я міста Комсомольська Ю.В. Ковпаку; сімейним лікарям міста Комсомольська, перш за все Л.Б. Дяченко, за надання необхідних фінансово-економічних та організаційно-управлінських матеріалів.

Список використаної літератури

Всемирная организация здравоохранения (1978) Первичная медико-санитарная помощь: отчет о Международной конференции

по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г. Женева, 106 с.

Князевич В.М. (ред.) (2010) Первичная медико-санитарная помощь/Семейная медицина. Київ, 404 с.

Лехан В.М. (2002) Нові підходи до організації первинної медико-санитарної допомоги. Главный врач, 1(9): 33–41.

Лехан В.М., Іпатов А.В., Духовенко К.К. (1996) Напрямки реформи первинної медико-санитарної допомоги в Україні. Медичні перспективи, 1: 68–71.

Менон Р. та ін. (2009) Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи (звіт). Київ, Версо-04, 72 с.

Слабкий Г.О. (ред.) (2010) Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні протягом 2006–2009 рр. Київ, 32 с.

Слабкий Г.О. (ред.) (2011) Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік. Київ, 28 с.

Hobbs F.R. (1995) Emerging challenges for European general practice. Eur. J. Gen., 1(4): 172–175.

White K.L. (1990) The general physician: past and future. J. Gen. Intern. Med., 5(6): 516–521.

Состояние первичной медико-санитарной помощи по принципам семейной медицины в Украине

А.П. Корнийчук

Резюме. Проанализировано состояние системы первичной медико-санитарной помощи в Украине на принципах семейной медицины. Особенное внимание уделено определению отдельных институциональных проблем системы, в том числе финансово-экономической составляющей развития первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, семейный врач, система здравоохранения.

The state of primary health care system based on family medicine in Ukraine

O.P. Korniychuk

Summary. In this article the state of based on family medicine primary health care system functioning is analysed. Special attention is paid to the system institutional problems, including financial and economic component and development of the primary health care based on family medicine.

Key words: primary health care, family doctor, health care system.

Адреса для листування:

Корнийчук Олександр Петрович
01032, Київ, бульв. Тараса Шевченка, 60
Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи,
НАМН України, відділ соціальної інфраструктури