

В.І. Степаненко¹, В.В. Короленко²

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

² Департамент охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації

Проблеми координації та інтеграції діяльності ланок надання медичної допомоги в умовах реформування сфери охорони здоров'я України та їхнє значення у роботі дерматовенерологічної служби

Інтеграція та координація на сьогодні є надзвичайно важливими проблемами в організації охорони здоров'я. Проблеми поділу й розрізнення послуг, відсутності обміну інформацією і співробітництва між постачальниками охорони здоров'я тривалий час обговорювалися в країнах Європи. Актуальність питання зростає у зв'язку зі збільшенням захворюваності, поширенням і домінуванням хронічних захворювань, а також супутніх патологій, що стимулює зростання попиту на медичні послуги в цілому та складніші, міждисциплінарні медичні послуги зокрема. Пацієнти, яких лікує більше ніж один постачальник медичних послуг, стануть особливо беззахисними перед несприятливими наслідками неефективної координації й обміну інформацією.

Актуальність дієвої координації зростатиме і внаслідок можливості збільшення «повноважень пацієнтів» та індивідуалізації медичних послуг. Також у недалекому майбутньому ширше застосовуватиметься зміщення акцентів із системи охорони здоров'я, орієнтованої на обслуговування. Це означає, що в центрі організації надання медичних послуг будуть потреби пацієнтів, і максимальне задоволення їх потребуватиме певних координувальних дій. Спостерігається тенденція до зміни місця надання медичних послуг (інституціональні медичні послуги на амбулаторні), впровадження новітніх високих технологій, багато з яких можуть використовуватися в амбулаторних умовах. Це призводитиме до того, що й пацієнтів зі складнішими випадками можна буде лікувати вдома. Надзвичайно сприятиме цьому поширення електронної охорони здоров'я та телемедицини.

Наведені в роботі дані свідчать, що фрагментованість медичної допомоги та проблеми її координації і безперервності актуальні в багатьох державах незалежно від типу системи охорони здоров'я. У зв'язку з реформуванням сфери охорони здоров'я, що проводиться сьогодні в Україні, серед інших питань, що потребують першочергового вирішення, постають питання координації ланок надання медичної допомоги. Від адекватного вирішення цього питання залежить ефективність діяльності спеціалізованих служб, зокрема дерматовенерологічної, що потребує розроблення та видання відповідної нормативно-правової бази з урахуванням вітчизняного і світового досвіду, а також соціально-економічних і медико-соціальних реалій.

Ключові слова

Координація діяльності, інтеграція діяльності, дерматовенерологія, загальна практика — сімейна медицина, реформа охорони здоров'я.

Питання інтеграції і координації в охороні здоров'я не є новими. Тривалий час проблеми поділу й розрізнення послуг, а також відсутність обміну інформацією [9] і співробітництва між постачальниками охорони здоров'я обговорювали в багатьох європейських країнах. Останнім часом ця проблема стала особливо актуальною у зв'язку зі збільшенням захворюваності,

поширенням і домінуванням хронічних захворювань, а також супутніх патологій. Це стимулює зростання попиту на медичні послуги в цілому та складніші, міждисциплінарні медичні послуги зокрема. Потрібна більша кількість і медичних послуг широкого спектра. Пацієнти, яких лікує більше ніж один постачальник медичних послуг, стануть особливо беззахисними перед несприят-

ливими наслідками неефективної координації й обміну інформацією [14].

Інтеграція медичної допомоги є надзвичайно важливим елементом оцінки якості медичних послуг. Дослідження, проведене групою британських науковців [13], показало, що пацієнти й постачальники виділяють п'ять конкретних питань, пов'язаних із їхнім досвідом переходу з первинної ланки медичної допомоги до вторинної. Чотири ключових питання — це «вхід» (одержання доступу до належних медичних послуг), «приспосовання» (орієнтування медичних послуг на потреби пацієнтів), «розуміння, що відбувається» (надання відповідної за обсягом та доступністю інформації) і «безперервність» (наступність персоналу й координації та комунікації між професіоналами). П'яте питання — «проходження» (труднощі проходження системи надання медичних послуг); цей параметр описує можливі труднощі, з якими стикаються пацієнти під час вирішення перших чотирьох питань. На думку пацієнтів, поняття прогресу є центральним у розумінні медичних послуг і включає як проходження ланками системи охорони здоров'я, так і прогрес в одужанні або пристосованні до нового стану здоров'я (наприклад, при бронхіальній астмі, цукровому діабеті чи псоріазі) [14].

Актуальність дієвої координації зростатиме і внаслідок можливості збільшення «повноважень пацієнтів» та індивідуалізації медичних послуг [14]. Також у недалекому майбутньому ширше застосовуватиметься зміщення акцентів із системи охорони здоров'я, орієнтованої на обслуговування («тип наявних медичних послуг визначає вид наданого медичного лікування»), на систему охорони здоров'я, сфокусовану на пацієнтові («реальні потреби пацієнта визначають вид наданого медичного лікування»). Це означає, що в центрі організації надання медичних послуг будуть потреби пацієнтів, і максимальне задоволення їх потребуватиме певних координувальних дій. Спостерігається тенденція до зміни місця надання медичних послуг (інституціональні медичні послуги на амбулаторні), впровадження новітніх високих технологій, багато з яких можуть використовуватися в амбулаторних умовах. Це призводитиме до того, що й пацієнтів зі складнішими випадками можна буде лікувати на дому. Надзвичайно сприятиме цьому поширення електронної охорони здоров'я та телемедицини.

Таким чином, необхідність посиленої координації та інтеграції охорони здоров'я стає дедалі важливішою проблемою організації охорони здоров'я у всьому світі. Одним з критеріїв, які можуть охарактеризувати кожну націо-

нальну систему охорони здоров'я, є розгляд питання про сильну центральну позицію загальної практики — сімейної медицини, тому що ця організаційна особливість має велике значення для координації ланок надання медичної допомоги [14].

Проблеми координації та інтеграції в охороні здоров'я країн із системою «воротарства»

У таких країнах, як Данія, Нідерланди та Великобританія, лікарі загальної практики посідають центральне положення в системі охорони здоров'я, що здебільшого ґрунтується на їхній ролі «воротарів». Усі громадяни зареєстровані в так званій системі індивідуалізованого списку загальної практики. Пацієнти звертаються спочатку до лікаря загальної практики, який вирішує, які медичні послуги потрібно надати. Більшість медичних препаратів можна придбати тільки за рецептом лікаря. До того ж інші постачальники медичних послуг консультують лише за наявності направлення лікаря загальної практики. Лікарі-«воротарі» прагнуть, по можливості, самостійно лікувати пацієнтів, направляючи їх до фахівців-медиків лише тоді, коли це необхідно. Такі лікарі є «гідами» пацієнтів у системі охорони здоров'я, гарантуючи, що останні отримують належне спостереження. Ця роль лікарів покликана забезпечити орієнтування пацієнтів та збільшення швидкості реагування системи на загрози здоров'ю. Їхнє центральне положення також дає змогу вести медичну документацію пацієнтів, забезпечуючи, таким чином, безперервність спостереження за станом хворого.

Контроль з боку лікарів загальної практики за звертанням до фахівців у лікарні або за іншими високовартісними медичними послугами дає змогу скоротити або обмежити витрати системи охорони здоров'я. Завдяки координувальній ролі вони поліпшують або підтримують якість медичних послуг. Таким чином, лікарів загальної практики розглядають як координаторів комплексних пакетів послуг, які одержують пацієнти, що поліпшує безперервність спостереження. Водночас «воротарство» є механізмом для обмеження доступу до вигіднішого лікування та скорочення витрат охорони здоров'я за рахунок пацієнта.

Деякі дослідження доводять ефективність «воротарства» [6, 7, 8, 15, 16]. Однак, наприклад, Е.А. Halm і співавт. (1997) показали, що питання збалансованого досягнення подвійної мети — скорочення витрат і поліпшення якості охорони здоров'я — під час застосування цієї моделі насправді не доведено [10].

У державній системі охорони здоров'я Великобританії головну увагу сконцентровано на проблемах координації первинної та вторинної госпітальної медичної допомоги, особливо на недостатньому обміні інформацією через професійну конкуренцію між госпітальними лікарями та лікарями загальної практики.

Проблеми обміну інформацією між постачальниками медичних послуг поширені також у Нідерландах. Вони призводять до проблем в інформуванні пацієнтів (які одержують різну інформацію від різних постачальників), розриву безперервності (необхідність очікування обслуговування й відсутність «плавного потоку» пацієнтів через систему охорони здоров'я), менш ефективного використання ресурсів охорони здоров'я (постачальники медичних послуг не знають, які діагностичні процедури або яке лікування вже призначали попередні лікарі, і тому дублюють їх). Ще одна проблема — значна кількість обов'язків, покладених на лікарів загальної практики [12], зокрема профілактичні заходи, невідкладна медична допомога, спостереження пацієнтів із хронічними захворюваннями та іноді екстрена медична допомога (поза офісом). Координувати ці завдання доволі складно, враховуючи, що в середньому список включає 2250 пацієнтів. Дослідження, проведене в Нідерландах, показало, що робоче навантаження лікарів загальної практики впливає на медичні послуги, які вони надають щодня [11]. Завантажені лікарі загальної практики проводять коротші консультації з окремими пацієнтами, виконують менше технічних медичних втручань (ін'єкції, малі хірургічні втручання), частіше пропонують медикаментозне лікування та частіше направляють пацієнтів до інших постачальників первинної медичної допомоги (головним чином до фізіотерапевтів), ніж менш зайняті лікарі загальної практики. Крім того, координування вимагає часу, який не завжди є через велику кількість пацієнтів, більшу кількість адміністративних завдань, необхідність підвищувати медичну кваліфікацію.

Проблеми координації та інтеграції в охороні здоров'я країн без системи «воротарства»

У системах охорони здоров'я інших європейських країн загальна практика — сімейна медицина не мала центрального положення. Наприклад, у французькій системі охорони здоров'я пацієнти могли самі обирати постачальника медичних послуг. У разі необхідності амбулаторного лікування вони можуть звернутися до лікаря загальної практики або лікаря-фахівця, зокрема

дерматовенеролога, без направлення іншого лікаря або будь-яких інших обмежень. Вони також можуть вибирати між приватними медичними практиками та амбулаторними відділеннями в лікарнях. Хоча обов'язкова реєстрація в одного лікаря загальної практики не потрібна, пацієнти зазвичай надають перевагу одному лікареві. Лише зрідка трапляються випадки пошуків іншого лікаря загальної практики. Існують відмінності бажаних консультацій, які ґрунтуються на соціальному статусі пацієнтів. Так, пацієнти верхніх соціальних прошарків надавали перевагу спостереженню у лікарів-фахівців, а люди фізичної праці консультувалися у лікарів загальної практики [14].

З 1 січня 2005 року у Франції набрав чинності закон про обов'язкове «воротарство». Базову медичну допомогу (сімейна медицина) надають приватні лікарі загального профілю, вони ж виконують функцію «воріт» у систему. Пацієнт може не декларувати вибору певного лікаря, але якщо він цього не зробив або звернувся до лікаря-фахівця без направлення сімейного лікаря, то фонд обов'язкового страхування рефінансує тільки 30 % вартості консультації [5, 14].

У Німеччині відповідно до законодавства фонди державного обов'язкового страхування повинні надавати оплату амбулаторного, стаціонарного та стоматологічного лікування. Пацієнти мають право самостійно обирати лікаря загальної практики, за бажанням змінювати його або ж звернутися безпосередньо до фахівця. Проте з 2004 року за кожну консультацію лікаря широкого профілю чи фахівця хворі платять 10 євро, що є лише формальністю, оскільки медичні послуги державі обходяться в кілька десятків разів дорожче [2, 5].

В Італії послуги громадської охорони здоров'я надають локальні медичні підприємства (ЛМП), що працюють у сфері профілактики захворювань та формування здорового способу життя, безпеки продуктів харчування, запобігання професійним захворюванням і виробничим травмам, а також у сфері ветеринарії.

Послуги первинної медико-санітарної допомоги надають лікарі загальної практики, педіатри та незалежні лікарі, які працюють самостійно за державним контрактом (самозайняті). Пацієнти можуть отримати допомогу фахівця вузької спеціалізації, зокрема дерматолога, за направленням лікаря загальної практики, в окремих випадках громадяни можуть звернутися до спеціаліста безпосередньо, скориставшись центральною електронною системою запису (centro unico di prenotazione (CUP) [4].

Проблеми реорганізації процесів координації та інтеграції в українській системі охорони здоров'я

У процесі реформування вітчизняної охорони здоров'я відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» відбуватиметься зміщення акцентів на первинну ланку медичної допомоги, що неминуче матиме наслідком зміни процесів координації та інтеграції між ланками, що склалися до цього часу. Під час вирішення питання оптимізації дерматовенерологічної служби у процесі реформування доцільно вирішити, яку частину повноважень дерматовенерологів можна передати на первинну ланку медичної допомоги без погіршення здоров'я населення та відповідного підвищення рівнів медико-соціальних ризиків для національної безпеки України. Адже дерматовенерологія є соціальною дисципліною, оскільки від самого започаткування розв'язує не лише медичні, а й соціально-економічні проблеми. Механізм та обсяг надання медичної допомоги лікарем загальної практики — сімейним лікарем і механізм скерування пацієнта лікарем загальної практики — сімейним лікарем для отримання спеціалізованої медичної допомоги при різних клінічних станах та захворюваннях, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2011 № 646, передбачає: «Пацієнти з будь-якою проблемою, крім гострих станів, що потребують виклику швидкої допомоги або невідкладної допомоги в позаробочий для лікарської амбулаторії час, повинні звернутися спочатку до свого сімейного лікаря, який має визначитися з подальшим веденням пацієнта після проведення консультування», тобто визначає роль лікаря загальної практики як «воротаря» [3]. Самостійне лікування чи ведення пацієнта після уточнення діагнозу в дерматовенеролога пропонується при атопічному дерматиті та кропив'янці у дітей, при дерматитах (до яких зараховано під застарілою назвою герпетиформний дерматоз Дюринга з групи бульозних дерматозів, лікування якого віднесено до компетенції вторинної ланки), токсикодерміях, екземі, вузловій еритемі, себорей, вітиліго, вульгарних вуграх, грибкових інфекціях шкіри (хоча цей же документ в іншій частині вимагає направлення для лікування при мікозах шкіри — синонім грибкових інфекцій шкіри — до спеціаліста). Також самостійно сімейний лікар має вести пацієнтів з піодерміями і чомусь окремо виділеними фоліку-

літом, стрепто- і стафілодерміями (хоча вони найчастіші з груп піодермій). Водночас піодермії як загальне поняття цей наказ Міністерства охорони здоров'я рекомендує лікувати повністю самостійно, а стафіло- та стрептодермії — після уточнення діагнозу в лікаря вторинної ланки. Сімейному лікарю пропонується також лікувати бородавки, гострокінцеві кондиломи, оперізувальний лишай і тропічні виразки, трихомоноз, герпетичну інфекцію, педикульоз, коросту. Крім того, сімейний лікар повинен лікувати після консультації дерматолога низку пухлин шкіри — папілому, кератому, епітеліому та базаліому. На жаль, абсолютно незрозуміло, як має чинити сімейний лікар у разі підозри в дорослих пацієнтів більшості інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також низки тяжких і доволі частих дерматозів, зокрема псоріазу та акантолітичної пухирчатки. Вказівки направити пацієнта до дерматолога в разі невстановленого сімейним лікарем діагнозу дерматозу в наказі № 646 також немає, що робить цю частину обов'язків сімейного лікаря юридично неврегульованою, спонукаючи його чинити на власний розсуд, що може призвести до необґрунтованої втрати діагностичного часу. Безперечно, цей наказ потребує ґрунтовного доопрацювання і уточнення за безпосередньою участю фахових асоціацій лікарів усіх спеціальностей [1, 3]. Доцільною є розроблення за участю заінтересованої громадськості акта Кабінету Міністрів України, який унормував би принципи координування діяльності ланок медичної допомоги і визначення «маршруту» пацієнта вітчизняною системою охорони здоров'я.

Висновки

Наведені дані свідчать, що фрагментованість медичної допомоги та проблеми координації і безперервності медичної допомоги є актуальними у багатьох державах незалежно від типу системи охорони здоров'я. У зв'язку із реформуванням сфери охорони здоров'я, що проводиться сьогодні в Україні, серед інших питань, які потребують першочергового вирішення, постають питання координації діяльності ланок надання медичної допомоги. Від адекватного вирішення цього питання залежить ефективність діяльності спеціалізованих служб, зокрема дерматовенерологічної, що потребує розроблення та видання відповідної нормативно-правової бази з урахуванням вітчизняного і світового досвіду, а також соціально-економічних і медико-соціальних реалій.

Список літератури

1. Короленко В.В., Степаненко В.І., Хара О.І. та ін. Проблеми державного управління дерматовенерологічною службою в ході реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2013.— № 1 (48).— С. 9—24.
2. Нагребецкий А. Реформирование системы здравоохранения Германии— от хорошего к лучшему // Здоров'я України.— 2007.— № 5.— С. 16—17.
3. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111005_646.html.
4. Системы здравоохранения: время перемен / Италия. [Електронний ресурс].— 2010.— Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/155553/E93666sumR.pdf.
5. Степаненко В.І., Короленко В.В. Структура організації надання дерматологічної та венерологічної допомоги у провідних країнах світу в аспекті перспектив реформування дерматовенерологічної служби в Україні // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2012.— № 1 (44).— С. 10—18.
6. Delnoij D.M.J., Van Merode G., Paulus A., Groenewegen P.P. Does general practitioner curb health care expenditure? // J. of Health Services Research and Policy.— 2000.— N 1.— P. 2—26.
7. Gervas J., Perez-Fernandez M., Starfield B.H. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe // Family Practice.— 1994.— N 11 (3).— P. 307—317.
8. Gross R., Tabenkin H., Brammli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper? Patients' views of the rote of the primary care physician // Family Practice.— 2000.— Vol. 17.— P. 222—229.
9. Grundmeyer H.G.L.M. General practitioner and specialist why do they communicate so badly? // Eur. J. of General Practice.— 1996.— N 2.— P. 53—54.
10. Halm E.A., Causino N., Blumenthal D. Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes // J. of the Am. Med. Ass.— 1997.— Vol. 26.— P. 1677—1681.
11. Hutten J.B.F. Workload and provision of care in general practice. An empirical study of the relation between the workload of Dutch general practitioners and the content and quality of their care // Utrecht: NIVEL (thesis, University of Utrecht).— 1998.— 243 p.
12. Moll van Charante E.P., Delnoij D.M.J., Ijzermans C.J., Klazinga N.S. Van spelverdeler tot speelbaP De veranderde rol en positie van de Nederlandse huisarts // Huisarts en Wetenschap.— 2002.— Vol. 45 (2).— P. 70—75.
13. Preston O., Cheater F., Baker R., Heamshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface // Quality in Health Care.— 1999.— Vol. 8 (1).— P. 16—21.
14. Rico A., Wienke G., Woerma W. Первичную медицинскую помощь — на место водителя? Вторая часть: изменение институциональных мер. Глава 5. Трудность координирования: роль специалистов первичной медицинской помощи в объединении // Главный врач.— 2007.— № 3.— С. 31—43.
15. Shi L., Starfield B., Kennedy B., Kawachi I. Income inequality, primary care and health indicators // J. of Family Practice.— 1999.— Vol. 48 (4).— P. 275—284.
16. Starfield B. Primary care and health // J. of the Am. Med. Ass.— 1991.— Vol. 266 (16).— P. 2268—2271.

В.І. Степаненко¹, В.В. Короленко²

¹Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, Київ

²Департамент здравоохранения Киевской областной государственной администрации

Проблемы координации и интеграции деятельности звеньев предоставления медицинской помощи в условиях реформирования сферы здравоохранения Украины и их значение в работе дерматовенерологической службы

Интеграция и координация являются в настоящее время чрезвычайно важными проблемами в организации здравоохранения. Проблемы деления и разделения услуг, отсутствия обмена информацией и сотрудничества между поставщиками здравоохранения продолжительное время обсуждались в странах Европы. Актуальность вопроса возрастает в связи с увеличением заболеваемости, распространением и доминированием хронических заболеваний, а также сопутствующих патологий, которые стимулирует возрастание спроса на медицинские услуги в целом и более сложные, междисциплинарные медицинские услуги в частности. Пациенты, которых лечит более одного поставщика медицинских услуг, станут особенно беззащитными перед неблагоприятными последствиями неэффективной координации и обмена информацией.

Актуальность действенной координации будет возрастать и вследствие возможности увеличения «полномочий пациентов» и индивидуализации медицинских услуг. Также в недалеком будущем шире будет применяться смещение акцентов из системы здравоохранения, ориентированного на обслуживание. Это означает, что в центре организации предоставления медицинских услуг будут нужды пациентов, и максимальное удовлетворение их будет нуждаться в определенных координирующих действиях. Наблюдается тенденция к изменению места предоставления медицинских услуг (институциональные медицинские услуги на амбулаторные), внедрению новейших высоких технологий, многие из которых могут использоваться в амбулаторных условиях. Это будет приводить к тому, что и пациентов с более сложными случаями можно будет лечить дома. Чрезвычайно будет содействовать этому распространение электронного здравоохранения и телемедицины.

Приведенные в работе данные свидетельствуют, что фрагментированность медицинской помощи и проблемы ее координации и непрерывности актуальны во многих государствах независимо от типа системы здравоохранения. В связи с реформированием сферы здравоохранения, проводимым сейчас в Украине, среди других вопросов, которые нуждаются в первоочередном решении, стоит вопрос координации звеньев предоставления медицинской помощи.

От адекватного решения этого вопроса зависит эффективность деятельности специализированных служб, в частности дерматовенерологической, что требует разработки и принятия соответствующей нормативно-правовой базы с учетом отечественного и мирового опыта, а также социально-экономических и медико-социальных реалий.

Ключевые слова: координация деятельности, интеграция деятельности, дерматовенерология, общая практика-семейная медицина, реформа здравоохранения.

V.I. Stepanenko¹, V.V. Korolenko²

¹*Bogomolets National Medical University, Kyiv*

²*Department of Health of Kyiv Regional State Administration*

Problems of coordination and integration of health care providers during reform in health care field of Ukraine and their significance in the dermatovenereologic service

The issues of integration and coordination are of great importance in health care today.

For a long time the problems of division and lack of coordination of services as well as lack of information sharing and collaboration among health care providers were discussed in many European countries. Recently, this problem has become particularly pressing due to the increased incidence, distribution and dominance of chronic diseases as well as related disorders. It stimulates the growth of demand for health services in general and more complex, interdisciplinary health services in particular. A larger number and variety of health care services is required. Patients treated by more than one health care provider will be particularly vulnerable to the adverse effects of inadequate coordination and information sharing.

The relevance of effective coordination also grows due to the possibility of increasing the «authority of patients» and individualization of health care. Also in the near future, there will be a wider shift in emphasis from the health service-orientation («type of available medical services determines the type of medical treatment»), to the patient orientation («the real needs of the patient determine the type of medical treatment provided»). It means that the organization of medical services will be focused on the needs of patients and meeting these needs will require some coordination actions. There is a tendency to changing the place of provision of health services (institutional medical services are substituted for outpatient ones), the introduction of new high technologies, many of which can be used in an outpatient setting. More complex cases will be treated at home. Spread of e-health and telemedicine contributes a lot to this process.

These data indicate that the problems of lack of coordination and continuity of health care are relevant in many countries, regardless of the type of health care system. Questions of coordination of health care units arise among other issues requiring urgent solutions in connection with the reform of health care system in Ukraine. An adequate solution of this question determines the effectiveness of specialized services, such as dermatovenereologic, which requires the development and publication of an appropriate regulatory framework taking into account the domestic and international experience as well as the existing socio-economic and medical-social realities.

Key words: coordination of activities, integration of activities, skin and venereal diseases, general practice – family medicine, health care reform.

Дані про авторів:

Степаненко Віктор Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Королєнко Володимир Васильович, к. мед. н., начальник управління лікувально-профілактичної допомоги Департаменту охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації
04053, м. Київ, вул. Артема, 45. E-mail: info@estetmed.org