

В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, М.В. Шевченко  
(Дніпропетровськ, Київ)

# МОДЕРНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ В РУСЛІ СВІТОВИХ ТЕНДЕНЦІЙ

Дніпропетровська державна медична академія  
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

*Проаналізовано підходи, принципи та вимоги до організації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), ефективність застосування яких доведена в добре спланованих міжнародних дослідженнях. Проведено порівняльну характеристику організації ПМСД у різних країнах Європейського регіону. Доведено, що модель модернізації охорони здоров'я в Україні повною мірою відповідає принципам, вимогам і критеріям, виробленим для ефективного функціонування ПМСД у світі. Визначено з використанням фактичних даних та з урахуванням контексту комплекс заходів щодо реалізації моделі модернізації ПМСД в Україні.*

**Ключові слова:** первинна медична допомога, модель, компоненти, модернізація.

**П**ервинна медична (медико-санітарна) допомога (ПМСД) – це зона першого контакту пацієнта з системою охорони здоров'я.

Сьогодні науково доведено, що добре організована ПМСД впливає на здоров'я населення набагато краще за спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу. Результати міжнародних досліджень вказують на позитивний зв'язок між рівнем розвитку системи ПМСД у країні і здоров'ям населення, зокрема, рівнем загальної смертності та передчасної смертності, смертності від ішемічної хвороби серця і онкологічних причин, малюкової смертності та очікуваною тривалістю життя населення [12;13].

Доведено, що забезпечення більшої доступності ПМСД зменшує загальну нерівність в отриманні медичної допомоги. Водночас, у країнах, де в системах охорони здоров'я домінують спеціалісти, спостерігаються вищі показники загальної смертності та нижчий доступ насамперед вразливих груп населення до послуг охорони здоров'я. При цьому світова спільнота в цілому та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) зокрема вважають абсолютно неприйнятним, щоб ПМСД була синонімом низькотехнологічної непрофесійної допомоги, призначеної для сільських жителів і малозабезпечених верств населення, які не в змозі платити за більш якісну допомогу [1].

**Мета роботи** – оцінити відповідність підходів до реформування системи надання ПМСД в Україні міжнародним фактичним даним.

## Матеріали та методи

Проаналізовано підходи, принципи та вимоги до організації ПМСД, ефективність застосування яких доведена в добре спланованих міжнародних дослідженнях. Визначено з використанням фактичних даних та з урахуванням контексту комплекс заходів щодо реалізації моделі модернізації ПМСД в Україні.

## Результати дослідження та їх обговорення

У Концепції ПМСД, представленої в доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 2008 р. «Первинна медико-санітарна допомога. Сьогодні актуальніше, ніж будь-коли» [9], зазначено:

- заклад з надання ПМСД служить тим місцем, куди можуть прийти люди з широким колом проблем зі здоров'ям, а не тільки з обмеженим колом кількох «пріоритетних хвороб»;
- заклад ПМСД є центром, звідки у разі необхідності пацієнти направляються в різні служби системи охорони здоров'я;
- ПМСД полегшує встановлення постійних контактів між пацієнтами та практикуючими лікарями, в рамках яких пацієнти беруть участь у процесі прийняття рішень, що стосуються їх здоров'я та медичної допомоги; вона дає змогу «навести мости» між індивідуальним медичним обслугову-

ванням та сім'ями пацієнтів, а також громадами, до яких вони належать;

- ПМСД не обмежується тільки лікуванням найбільш поширених захворювань, а відкриває можливості для профілактики хвороб і пропаганди здорового способу життя, для ранньої діагностики захворювань;
- для надання ПМСД потрібні бригади медичних працівників: лікарів, медсестер і фахівців зі спеціальною та сучасною підготовкою у сфері соціальної роботи;
- ПМСД слід забезпечити належними ресурсами та інвестиціями, лише в такому разі вона може гарантувати краще співвідношення ціни і якості, ніж альтернативні підходи.

До основних принципів організації ефективної ПМСД на сучасному етапі належать [9]:

- постановка інтересів людей у центр уваги служб ПМСД;
- право на досягнення максимально можливого рівня здоров'я;
- забезпечення максимального рівня рівності та солідарності;
- чуйність до потреб людей.

Дотримання вказаних принципів потребує відповідності ПМСД погодженим міжнародним критеріям:

- орієнтованість на пацієнта (табл. 1, 2);
- всеохоплюючий характер (допомога кожній людині незалежно від віку, статі, соціальної, расової приналежності чи релігії; розгляд кожної скарги або медичної проблеми будь-якого характеру);
- доступність (вільний доступ до служб ПМСД з мінімальним терміном очікування);
- інтегрованість (діагностика, лікування, відновлення здоров'я, зміцнення здоров'я та профілактика захворювань);
- безперервний характер (допомога, не обмежена окремим випадком або будь-яким захворюванням);

забезпечення хворому індивідуальної медичної допомоги на довготривалій основі протягом тривалого періоду його життя);

- цілісність (розгляд медичних проблем людини, родини та громади в плані фізичних, психологічних і соціальних перспектив);
- персональний характер (орієнтованість на особистість, а вже потім на захворювання; опора на взаємини між пацієнтом і лікарем);
- орієнтованість на сім'ю (вивчення проблем у контексті сім'ї та соціальних контактів людини);
- орієнтованість на контингент, що обслуговується, (розгляд проблем пацієнта в контексті його життя в місцевих умовах);
- скоординованість (направлення пацієнтів, медичні проблеми яких виходять за межі ПМСД, до лікарів спеціалістів або в стаціонари, та отримання інформації про результати проведених консультацій або втручань);
- довірчий характер (дотримання конфіденційності інформації про здоров'я пацієнта);
- адвокатська функція (лікар первинної ланки виступає адвокатом пацієнта у всіх питаннях, пов'язаних з його здоров'ям, перед іншими поставачальниками медичної допомоги).

Для досягнення основної мети, що стоїть перед ПМСД – забезпечення прийняттого рівня здоров'я, необхідні такі системи охорони здоров'я, які «ставлять інтереси людей у центр уваги служб медико-санітарної допомоги».

Особливе значення має «орієнтованість на пацієнта», що сприяє істотному підвищенню якості медичної допомоги, успішності лікування і якості життя споживачів такої допомоги (табл. 1, 2). Однак, за визначенням ВООЗ, системи охорони здоров'я не виправдано багато уваги приділяють вузьконаправленому наданню спеціалізованої медичної допомоги. Водночас, справ-

Таблиця 1

Особливості, що відрізняють традиційну медичну допомогу від первинної, орієнтованої на пацієнта [9]

| Традиційна амбулаторна допомога в поліклініках або поліклінічних відділеннях           | Первинна допомога, орієнтована на пацієнта  |
|--|---|
| Першочергова увага приділяється хворобі та її лікуванню                                | Першочергова увага приділяється потребам пацієнта у сфері охорони здоров'я та медичної допомоги   |
| Взаємодія обмежується моментом консультації  | Тривалі особисті відносини  |
| Епізодична медична допомога  | Всеосяжна безперервна допомога, орієнтована на пацієнта   |
| Відповідальність обмежується дієвою та безпечною порадою пацієнту під час консультації | Відповідальність за стан здоров'я всіх членів громади протягом усього життєвого циклу; відповідальність за боротьбу з факторами, що негативно впливають на здоров'я |
| Люди є споживачами послуг  | Люди є партнерами, беруть участь у вирішенні питань власного здоров'я і здоров'я громади  |

Таблиця 2

## Орієнтованість на пацієнта: підвищення якості та результативності допомоги [9]

|   |
|---|
| Підвищення інтенсивності лікування та поліпшення якості життя                               |
| Більш глибоке розуміння психологічних аспектів проблем пацієнта                             |
| Більш висока задоволеність результатами спілкування   |
| Високий рівень довіри пацієнта в тому, що стосується питань не здоров'я                     |
| Більш високий рівень довіри і готовності дотримуватися режиму лікування                     |
| Більш широке введення аспектів профілактики та пропаганди здорового способу життя в терапію |

лятися з проблемами здоров'я набагато важче, оскільки пацієнта слід розуміти цілісно, враховуючи його фізичний, емоційний та соціальний стан, минуле і майбутнє, а також реалії світу, в якому він живе. Ігнорування конкретного сімейного та суспільного контексту, в якому живе і діє індивід, призводить до того, що упускаються з виду важливі складові стану його здоров'я, які не обов'язково кореспондуються з будь-якою категорією захворювання. Наприклад, служби охорони здоров'я, які працюють у досить тісній взаємодії з громадами, і медпрацівники, які добре знають місцеве населення, мають змогу виявити, запобігти або пом'якшити наслідки станів, які можуть згодом перерости у важкі захворювання. Люди мають бути впевненими, що лікар розуміє їхні страждання та труднощі. Однак у багатьох медичних закладах чуйність і орієнтованість на пацієнта розглядаються як предмети розкоші, доступні не багатьом обраним. За численними даними, орієнтованість на пацієнта важлива не тільки з точки зору полегшення тривоги пацієнта або підвищення задоволеності медичних працівників своєю працею, а вирішення медичної проблеми буде більш ефективним, якщо постачальник медичних послуг бачить цю проблему у всіх її аспектах.

Для більшості країн ПМСД залишається орієнтиром при формулюванні політики в галузі охорони здоров'я саме тому, що рух на її підтримку пропонує раціональні, наукові та випереджаючі рішення проблеми задоволення потреб людей у сфері охорони здоров'я та їх соціальних очікувань. Як показує досвід найбільш успішних, з точки зору організації медичного обслуговування, країн (табл. 3), ПМСД повинна:

- бути відокремленою від вторинної допомоги;
- бути наближеною до місця проживання, що забезпечується розгалуженою мережею амбулаторій чи приватних практик (переважно якщо така практика є груповою, тобто в ній працюють кілька лікарів первинної допомоги); при цьому управлінські функції можуть покладатися на центри (трасти) ПМСД;

- носити децентралізований характер, що зменшує черги та ймовірність зараження інфекційними захворюваннями безпосередньо в закладі;
- бути зручною для отримання медичної допомоги (графік роботи / прийому має формуватися на підставі вивчення попиту в різні години дня і дні тижня);
- надаватися лікарями загальної практики / сімейними лікарями, а при їх нестачі – терапевтами і педіатрами;
- виконувати контрольно-пропускну функцію (в не «гострих» станах давати направлення до спеціалістів і в стаціонари) для формування правильного маршруту пацієнта, зниження ймовірності виконання зайвих втручань, які можуть супроводжуватися негативними наслідками для здоров'я;
- забезпечувати участь пацієнтів у процесі надання медичної допомоги через механізм вільного вибору пацієнтом лікаря первинної ланки;
- мотивувати медичний персонал до інтенсивної та якісної роботи шляхом використання відповідних механізмів фінансування ПМСД (за подушним принципом).

В Україні дотепер діяла модель ПМСД, яка склалася ще в 20–30-ті роки ХХ ст. під тиском об'єктивних обставин того часу – економічної розрухи в країні на тлі епідемії інфекційних захворювань (тифу, туберкульозу, трахоми, сифілісу тощо). Для вирішення першочергових проблем медичного обслуговування (боротьби з інфекційними захворюваннями, надання допомоги окремим контингентам населення – дітям, жінкам, робочим) створювалися спеціальні медичні структури (дитячі та жіночі консультації, диспансери, медико-санітарні частини). Решта населення отримувала допомогу за залишковим принципом. У ті роки, мабуть, тільки таким способом можна було зосередити вкрай обмежені ресурси на головних завданнях. Згодом економічна і епідеміологічна ситуація змінилися, однак створені структури залишилися. Унаслідок у національній моделі ПМСД існує низка негативних характеристик:

Таблиця 3

Порівняльна характеристика організації первинної медичної допомоги в різних країнах

| Країна                 | Фахівці, які надають ПМСД  | Структури ПМСД  | Доступ до спеціалістів та в стаціонари   | Оплата структур ПМСД  | Обслуговування матерів та дітей  | Порядок формування контингенту, що обслуговується лікарями первинної ланки |
|------------------------|--|---|--|---|--|--|
| Польща [8]             | Лікарі загальної практики / сімейні лікарі; при їх нестачі – терапевти та педіатри | Приватні практики (домінуюча структура); клініки, амбулаторії   | За направленням лікаря первинної ланки (принцип воротаря)  | За подушним принципом   |  | Вільний вибір пацієнтом лікаря на довготривалій основі                     |
| Республіка Молдова [7] | Лікарі загальної практики / сімейні лікарі   | Центри сімейної медицини, створені на базі районних поліклінік, що обслуговують понад 50 тис. осіб; центри здоров'я, створені на базі сільських медпунктів; кабінети сімейного лікаря | За направленням лікаря первинної ланки (принцип воротаря); за окремим переліком захворювань (80 діагнозів) пацієнти можуть звертатися без направлення                        | За подушним принципом за схемою фінансування на основі договорів з національною компанією медичного страхування | Лікарі загальної практики / сімейні лікарі здійснюють нагляд за станом здоров'я вагітних до 12 тиж. вагітності, за станом здоров'я дітей, у т.ч. віком до 1 року | Вільний вибір пацієнтом лікаря на довготривалій основі                     |
| Франція [5]            | Лікарі загальної практики / сімейні лікарі   | Самозайняті (приватно-практикуючі) лікарі   | За направленням лікаря первинної ланки (принцип воротаря); можливий самостійний доступ пацієнтів до лікарів-спеціалістів з оплатою за власні кошти 40% вартості таких послуг |   |  | Вільний вибір пацієнтом лікаря на довготривалій основі                     |
| Канада [6]             | Лікарі загальної практики / сімейні лікарі   | 1. Самозайняті (приватно-практикуючі) лікарі;<br>2. В останні роки поширення отримали муніципальні структури первинної допомоги   | За направленням лікаря первинної ланки (принцип воротаря)  | Оплата за послуги   | На первинному рівні <i>здоров'я матері та дитини звичайно не розглядається окремо від інших медичних послуг</i>  | Вільний вибір пацієнтом лікаря на довготривалій основі                     |

|                      |   |   |  |  |   |  |
|----------------------|---|---|--|--|---|--|
| Данія [4]            | Лікарі загальної практики / сімейні лікарі  | 1. Групова практика самозайнятих (приватно-практикуючих) лікарів;<br>2. Індивідуальна практика становить близько третини структур ПМСД                      | За направленням лікаря первинної ланки (принцип воротаря)  | Змішана: подушна+оплата за послуги                                       | На первинному рівні <i>здоров'я матері та дитини звичайно не розглядається окремо від інших медичних послуг</i> | Вільний вибір пацієнтом лікаря на довготривалій основі |
| Ізраїль [10]         | Лікарі загальної практики / сімейні лікарі; терапевти, педіатри   | 60% первинної допомоги надають установи первинної допомоги; 40% – приватно-практикуючі лікарі   | За направленням лікаря первинної ланки (принцип воротаря); вільний доступ до спеціалістів у шести областях: ЛОР, дерматологія, ортопедія, офтальмологія, гінекологія, хірургія | За подушним принципом  | На первинному рівні про здоров'я дітей частіше турбуються педіатри  | Вільний вибір пацієнтом лікаря на довготривалій основі |
| Велика Британія [11] | Лікарі загальної практики / сімейні лікарі; стоматологи; оптики; фармацевти                                     | 1. Трасти (центри) первинної допомоги (151), з якими більшість (71%) лікарів загальної практики знаходяться в договірних відносинах;<br>2. Групові практики | За направленням лікаря первинної ланки (принцип воротаря)  | За подушним принципом  | На первинному рівні <i>здоров'я матері та дитини звичайно не розглядається окремо від інших медичних послуг</i> | Вільний вибір пацієнтом лікаря на довготривалій основі |
| Німеччина [3]        | Лікарі загальної практики / сімейні лікарі; терапевти і педіатри, які обрали роботу в області сімейної медицини | Приватна практика (індивідуальні або групова)   | Доступ до спеціалістів не регулюється; пацієнти можуть вільно звертатися до лікаря будь-якої спеціальності; впроваджується доступ через лікаря загальної практики              | За послугу; проводяться заходи, пов'язані з переходом до подушної оплати |   | Вільний вибір пацієнтом лікаря на довготривалій основі |

*Примітка.* Особливості організації ПМСД у Німеччині порівняно з іншими країнами є результатом впливу історичних чинників розвитку системи охорони здоров'я в країні.

- структурна роздробленість ПМСД, представлена численними установами (дорослими та дитячими поліклініками, жіночими консультаціями, тощо), які функціонують ізольовано один від одного, механізми їх взаємодії не відпрацьовані, що призводить до порушення найважливіших принципів медичного обслуговування – безперервності та комплексності лікувального процесу;
- надмірна участь у наданні ПМСД лікарів-спеціалістів, що призводить до деперсоніфікації медичної допомоги, дискваліфікації медичного персоналу та неефективних витрат обмежених ресурсів;
- відсутність дієвих механізмів відповідальності (економічної, моральної, правової) за долю пацієнта, стан його здоров'я.

За минулі два десятиліття всі країни, у т.ч. ті, що мали більш досконалі системи ПМСД, провели реформи систем охорони здоров'я, виходячи з необхідності забезпечити їх більшу відповідність насущним потребам населення в охороні здоров'я і посилити їх вплив на здоров'я населення. Україна — одна з небагатьох країн, в якій система ПМСД практично не змінилася, незважаючи на радикальні зміни ситуації, включаючи й соціально-економічну формацію. Як наслідок, одні з найгірших показників здоров'я населення в Європі (висока смертність, низька тривалість життя), вкрай недостатній вплив системи охорони здоров'я на ці показники. За даними Світового банку, 80% смертей серед чоловіків працездатного віку і 30% смертей серед жінок працездатного віку можна було б запобігти за допомогою належного лікування на рівні ПМСД [2]. Лише з 2010 р. після прийняття Президентом України Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Багате суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» в системі охорони здоров'я розпочалися перетворення.

Модель модернізації охорони здоров'я в Україні повною мірою відповідає принципам, вимогам і критеріям, виробленим для ефективного функціонування ПМСД у світі та включає низку компонентів:

- юридичне та структурне розмежування ПМСД і вторинної медичної допомоги;
- формування розгалуженої та відповідно оснащеної інфраструктури ПМСД;
- запровадження системи надання ПМСД за сімейним принципом;
- запровадження контрольно-пропускної системи (принцип «воротаря») для формування оптимального маршруту пацієнта;
- запровадження вільного вибору пацієнтом лікаря первинної ланки;
- фінансування закладів ПМСД з міських і районних бюджетів за подушним принципом;
- оплата праці медичного персоналу первинної ланки, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.

Сьогодні здійснюється комплекс заходів з її реалізації, насамперед у пілотних регіонах:

- проведено юридичне розмежування ПМСД та вторинної допомоги, що не дозволить відволікати ресурси, призначені для зміцнення ПМСД, на інші види послуг;
- проводиться робота з формування інфраструктури — мережі амбулаторій, максимально наближених до місця проживання пацієнтів; в умовах обмеженості ресурсів, що не дають змоги (насамперед у містах) створити мережу самостійних амбулаторій, планується їх децентралізувати: забезпечити окремим входом, реєстратурою, лабораторією або приміщенням для забору біологічного матеріалу (крові, сечі) з доставкою медичним персоналом амбулаторії в лабораторію закладу, що надає спеціалізовану допомогу;

- визначаються режим роботи амбулаторій та графіки роботи лікарів, що забезпечує максимально зручний час для прийому пацієнтів (в ранкові, вечірні часи, вихідні дні тощо) і мінімальне перехрещення потоків особливих контингентів пацієнтів (виділення днів і годин прийому для дітей, вагітних жінок, диспансерної групи хворих тощо);
- здійснюється комплектація амбулаторій сімейними лікарями, а при їх нестачі — терапевтами, педіатрами, акушерами-гінекологами;
- виділяються кошти для планомірного дооснащення амбулаторій та центрів ПМСД відповідно до покладених на них функцій;
- формується (на основі перепису реального населення) реєстр населення, яке обслуговується кожним центром ПМСД;
- створюється система мотивації закладів і медичного персоналу до інтенсивної та якісної роботи: обсяг фінансування закладів первинної допомоги, починаючи з 2013 р., буде залежати від чисельності прикріпленого населення, а зарплата медичного персоналу — від чисельності населення, що обслуговується, і досягнення запланованих показників якості роботи;
- планується перехід з 1 січня 2013 р. до обслуговування пацієнтів лікарями первинної ланки, обраними самими пацієнтами (прикріплення до лікарів заплановано в період 1–30 вересня 2012 р.), що сприятиме формуванню, з одного боку, партнерських взаємин між лікарем і пацієнтом, а з іншого — конкуренції між лікарями в боротьбі за пацієнта;
- відновлюється система формування раціональних маршрутів пацієнтів шляхом використання направлень пацієнтів лікарем первинної ланки при необхідності отримання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (слід зазначити, що при зверненнях в екстрених випадках до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, при хронічних захворюваннях, коли хворі перебувають на диспансерному обліку, спеціалізована медична допомога може надаватись без направлення).

## Висновки

Отже, розпочата модернізація ПМСД не може негайно поліпшити показники здоров'я населення. Однак вона закладає надійний фундамент для його зміцнення і створює основу для формування принципово нових взаємовідносин між лікарями та пацієнтами, коли лікарі будуть зацікавлені в задоволенні потреб населення в медичній допомозі, а пацієнти стануть довіряти своїм лікарям найдорожче, що у них є, — здоров'я.

**Перспективи досліджень** пов'язані з подальшим вивченням питань модернізації ПМСД населенню України з урахуванням міжнародного досвіду.

## Список літератури

1. *Атун Р.* Каковы преимущества и недостатки реструктуризации системы здравоохранения в целях большей ее ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? : доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья / Р. Атун – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/document/e82997R.pdf>. – Название с экрана.
2. *Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи.* – К. : ВЕР СО-04, 2009. – 72 с.
3. *Busse R.* Health care systems in transition: Germany / R. Busse, A. Riesberg. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – P. 1–159.
4. *Denmark: Health system review* / M. Olejaz, A. Juul Nielsen, A. Rudkjøbing [et al.] // Health Systems in Transition. – 2012. – Vol. 14 (2). – P. 1–192.
5. *France: Health system review* / K. Chevrel, I. Durand-Zaleski, S. Bahrami [et al.] // Health Systems in Transition. – 2010. – Vol. 12 (6). – P. 1–291.
6. *Marchildon G. P.* Health Systems in Transition: Canada / G. P. Marchildon. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. – P. 1–201.
7. *Moldova: Health system review* / R. Atun, E. Richardson, S. Shishkin [et al.] // Health Systems in Transition. – 2008. – Vol. 10 (5). – P. 1–138.
8. *Poland: Health system review* / A. Sagan, D. Panteli, W. Borkowski [et al.] // Health Systems in Transition. – 2011. – Vol. 13 (8). – P. 1–193.
9. *Primary Health Care now more than ever : the world health report.* – Geneva : WHO, 2008. – 125 p.
10. *Rosen B.* Israel: Health system review / B. Rosen, S. Merkur // Health Systems in Transition. – 2009. – Vol. 11 (2). – P. 1–226.
11. *Segn B.* United Kingdom (England): Health system review / B. Segn // Health Systems in Transition. – 2011. – Vol. 13 (1). – P. 1–486.
12. *Shi L.* The relationship between primary care and life chances / L. Shi // Journal of health care for the poor and underserved. – 1992. – Vol. 3. – P. 321–335.
13. *Starfield B.* Primary care: balancing health needs, services and technology / B. Starfield. – New York : Oxford University Press, 1998.

*Дата надходження рукопису до редакції: 21.02.2012 р.*

## Модернизация первичной медицинской помощи населению Украины в русле мировых тенденций

*В.Н. Лехан, Г.А. Слабкий, В.Г. Гинзбург,  
Л.В. Крячкова, М.В. Шевченко (Днепропетровск, Киев)*

Проанализированы подходы, принципы и требования к организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), эффективность применения которых доказана в хорошо спланированных исследованиях. Проведена сравнительная характеристика организации ПМСП в различных странах Европейского региона. Доказано, что модель модернизации здравоохранения в Украине в полной мере соответствует принципам, требованиям и критериям, выработанным для эффективного функционирования ПМСП в мире. Определен с использованием фактических данных и с учетом контекста комплекс мероприятий по реализации модели модернизации ПМСП в Украине.

**Ключевые слова:** первичная медицинская помощь, модель, компоненты, модернизация.

## Modernization of the primary medical care in Ukraine in a view of global tendencies

*V.M. Lekhan, G.O. Slabkiy, V.G. Ginzburg,  
L.V. Kryachkova, M.V. Shevchenko (Dnipropetrovsk, Kyiv)*

Approaches, principles and requirement to organization of the primary medical care (implementation of which is proved to be efficient in the international researches) were studied. Comparison of characteristics of arrangement of the primary medical care in difference countries of European region was conducted. It is proven that the model of modernization of the health care system in Ukraine is in full compliance with the principles, requirements and criteria which were developed for the efficient functioning of the primary medical care in the world. A set of measures be taken to implement the model of modernization of the primary medical care in Ukraine is defined with a reference to factual data and the context of the issue.

**Key words:** primary medical care, model, components, modernization.

*Рецензент: д.мед.н. Л.Ф. Матюха.*