

З.В. Лашкул (Запоріжжя)

ВПЛИВ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ПРИНЦИПАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОСТУПНІСТЬ І ЯКІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

ДЗ «Запорізька державна академія післядипломної освіти МОЗ України»

Наведено огляд нормативно-законодавчих актів щодо реалізації розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики / сімейної медицини (ЗП/СМ). Проведено соціологічне дослідження шляхом анкетування організаторів охорони здоров'я з метою вивчення їхньої думки щодо реформування ПМСД. Висвітлено проблеми поетапного запровадження ПМСД на засадах ЗП/СМ у неплотних регіонах. Запропоновано шляхи вирішення цих проблем. Висвітлено вплив моделі на доступність та якість медичної допомоги.

Ключові слова: реформування ПМСД, лікар загальної практики / сімейний лікар, якість, доступність, фактори ризику, перепони, шляхи вирішення.

На міжнародному рівні розвиток ПМСД на засадах ЗП/СМ започаткувала Алма-Атинська конференція 1978 р.

Програма Всесвітньої організації охорони здоров'я «Здоров'я для всіх у ХХ столітті» запропонувала новий підхід до проблеми збереження здоров'я населення з винесенням її за межі компетенції однієї галузі. Акценти перенесено на потребу поліпшення соціальних умов та активізацію ролі людини у формуванні здорового способу життя.

Експерти з організації ЗП/СМ у країнах Центральної та Східної Європи та СНД у Любляні (Словенія) 26–28 січня 1995 р. визначили принципи, покладені в основу організації ЗП/СМ [7].

В Україні до основних нормативних документів щодо діяльності та розвитку ПМСД належать: Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, прийняті Верховною Радою у 1992 р., та зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я, прийняті Верховною Радою у липні 2011 р.

Закон України «Про загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» від 28.01.2010 р. [8] та наказ МОЗ України від 30.08.2010 р. № 735 щодо реалізації програми, затвердженої цим

законом, передбачали завершити в 2011 р. створення юридично самостійних центрів ПМСД, а перед тим вжити заходів щодо підготовки достатньої кількості лікарів загальної практики / сімейних лікарів (ЛЗП/СЛ), перерозподілити фінансування між закладами первинного і вторинного рівнів, а у 2012 р. завершити формування госпітальних округів.

Закони України «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій та м Києві», прийняті 07.07.2011 р., внесли деякі корективи в попередні нормативні документи. Так, реформування медичної допомоги в Україні передбачалось після закінчення експерименту в пілотних регіонах (до 01.01.2015 р.) з урахуванням тих ризиків, які могли виникнути після експерименту. А повне переведення ПМСД на засади ЗП/СМ планувалось з 01.01.2020 р.

З огляду на реалізацію державної політики з питань реформування охорони здоров'я в попередній період та з вірою в нинішню політичну стабільність більшість тих, хто опікується проблемами в охороні здоров'я, надіялись, що до 2020 р. будуть виконані основні заходи з боку держави до шляху перетворень: підготовка

кадрів; підвищення мотивації праці сімейних лікарів (підвищення заробітної плати, виділення житла, транспорту, створення належних умов праці тощо).

Однак наказ МОЗ України від 01.02.2012 р. № 69 «Про затвердження Плану виконання завдань на 2012 рік щодо реалізації Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [9] поставив завдання перед неплотними регіонами вже в березні затвердити програму зі створення центрів ПМСД, а в грудні 2012 р. закінчити формувати мережу центрів ПМСД у регіонах відповідно до затверджених регіональних планів.

Чимало вітчизняних та іноземних науковців присвятили власні дослідження реформуванню ПМСД на принципах ЗП/СМ [1–7;10]. Однак на даному етапі цієї роботи залишається ще багато не вирішених питань.

Мета роботи – на основі соціологічного дослідження вивчити власну думку організаторів охорони здоров'я щодо реформування ПМСД, насамперед стосовно реалізації основних завдань програми економічних реформ на 2010–2014 рр. і поліпшення якості та доступності медичної допомоги; виявити проблеми та запропонувати шляхи їх вирішення.

Матеріали та методи

Для дослідження нами застосовано анонімне індивідуальне разове опитування слухачів, які знаходились на циклах удосконалення кваліфікації, із Запорізької, Миколаївської та Херсонської областей.

Усього роздано 120 анкет. Анкета містила 6 питань. Анкетування проведено в лютому 2012 р. Опитано 54 організатори охорони здоров'я з сільської місцевості і 66 – з міської. За стажем роботи на останній посаді до 3 років було 34 особи, понад 10 років – 29 осіб, 3–10 років – 57 осіб.

Методи: структурно-логічний, соціологічних досліджень, аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення

На запитання «Чи поліпшить реформування ПМСД за принципом ЗП/СМ доступність медичної допомоги?» ствердно відповіли 52% керівників охорони здоров'я, які працюють на селі, і 42% керівників з міст.

Щодо факторів, які можуть вплинути на поліпшення доступності медичної допомоги за принципом ЛЗП/СЛ, респонденти назвали: розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги – 26% лікарів, які працюють на селі, і 20% респондентів з міст; створення центрів ПМСД – відповідно 34% і 18%; розвиток приватного сектору медичних послуг – 52% і 65%; запровадження державного фінансування

на конкурсній основі – 68% і 70%; поліпшення укомплектованістю ЛЗП/СЛ та введення обов'язкового медичного страхування – 100% респондентів; організація пересувних сімейних амбулаторій – 86% керівників із сільської місцевості; поліпшення забезпечення швидкої медичної допомоги, забезпечення ЛЗП/СЛ транспортом, поліпшення доріг та забезпечення громадським транспортом – 100% респондентів.

На запитання «Чи поліпшить реформування ПМСД за принципом ЛЗП/СЛ якість медичної допомоги» ствердно відповіли 52% опитаних, які працюють у сільській місцевості, і 42% – у містах.

На запитання стосовно факторів, які можуть вплинути на підвищення якості медичної допомоги за принципом ЛЗП/СЛ, респонденти відповіли таким чином: перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я на контрактній основі – 62% працюючих на селі, 45% – у місті; впровадження медичних стандартів – відповідно 80% і 86%; поліпшення матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, розробка системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення економічної мотивації для підвищення якості медичних послуг, поліпшення укомплектованістю ЛЗП/СЛ, підвищення якості підготовки ЛЗП/СЛ, введення обов'язкового медичного страхування – 100% учасників анкетування; організація пересувних сімейних амбулаторій в сільській місцевості – 52% респондентів.

Серед респондентів переконані, що реформування ПМСД за принципом ЗП/СМ сприятиме поліпшенню якості медичної допомоги: тільки мешканцям села – 92% усіх учасників анкетування; мешканцям міста – 26%; дорослому населенню – 50%; дітям і вагітним – відповідно 18% і 12% респондентів.

На запитання «Хто, на Вашу думку, повинен надавати медичну допомогу дітям» 60% лікарів, які працюють на селі, відповіли, що ЛЗП/СЛ, а 92% опитаних, які працюють у містах, що педіатри. Серед респондентів, які підтримують надання медичної допомоги дітям ЛЗП/СЛ, 12% вважають, що дітей з народження можна передавати цим лікарям, 25% – з 3 років, 31% – після 6 років. Відповідаючи на запитання «Якщо дітям повинні надавати медичну допомогу педіатри, то яка модель є найбільш доцільною?» груповий метод (терапевт, педіатр, акушер-гінеколог) підтримали 65% респондентів; а метод узаконення самостійної спеціальності педіатра загальної практики та залишити дитячі та дорослі поліклініки – 86% лікарів, які працюють у містах.

Щодо реальних строків введення організації ПМСД на принципах ЗП/СМ 90% респондентів назвали 2020 р.

Результати анкетування обговорені на засіданні круглого столу «Ризики реформування ПМСД та шляхи їх подолання».

Висновки

За результатами аналізу нормативної бази, анкетування організаторів охорони здоров'я та обговорення на круглому столі «Ризики реформування ПМСД та шляхи їх подолання» встановлено, що на шляху створення в Україні дієвого інституту ЛЗП/СЛ існує цілий ряд невирішених питань.

1. Передчасне прийняття рішення щодо створення центрів ПМСД у 2012 р. на всій території України. Насамперед слід дочекатися результатів реформування в пілотних регіонах, а потім використати цей досвід на території всієї України (так прийнято законом про реформування охорони здоров'я в пілотних регіонах). Уже на сьогодні в цих областях не все так добре, як рапортується в доповідях МОЗ України.
2. Недостатня доступність і якість надання медичної допомоги (укомплектованість ЛЗП/СЛ по регіонах становить 65–67%, з них 26% лікарів пенсійного віку).
3. Мала укомплектованість ЛЗП/СЛ, дільничними терапевтами та педіатрами на селі (27–65%).

Водночас, проведене анкетування і результати дискусії не викликають сумніву щодо необхідності впровадження в Україні ПМСД на принципах ЗП/СМ.

У більшості країн світу зазначена модель найбільш результативна. З огляду на досвід впровадження моделі надання ПМСД на принципах ЗП/СМ у країнах пострадянського простору та Євросоюзу необхідно зазначити, що аналогічні бар'єри були і в них.

Кожна держава має свої відмінності в організації ПМСД, які залежать від особливостей економіки, організації медичної допомоги на селі та в містах-мегаполісах, від можливості запровадження обов'язкового медичного страхування. Моделі організації медичної допомоги також різняться. Так, сьогодні існує тенденція до групового методу організації ПМСД. До групи лікарів можуть входити від 3 до 30 співробітників: ЛЗП/СЛ, педіатри, акушери-гінекологи, психологи (Естонія, Норвегія, Франція, Куба тощо).

При реформуванні ПМСД у великих містах залишаються дорослі, дитячі поліклініки і жіночі консультації, а сімейні амбулаторії створюються у віддалених мікрорайонах (Естонія, Молдова).

У більшості країн при переході ПМСД на принципи ЗП/СМ впроваджується обов'язкове медичне страхування. Перепідготовка лікарів проводиться тільки стаціонарно. Для мотивації працювати сімейним лікарем юридично вводяться гонорари, приватне фондування, значно вища заробітна плата порівняно

з лікарями інших спеціальностей, вирішуються питання виділення транспорту, житла тощо.

Перспективи подальших досліджень

З огляду на вищевикладене пропонуємо:

1. Юридичне створення центрів ПМСД непілотних регіонів перенести на кінець експерименту в Дніпропетровській, Донецькій, Вінницькій областях та м. Києві (з урахуванням ризиків), а повністю завершити реформування у 2020 р.
2. Головним питанням на цей період має бути підготовка та перепідготовка ЛЗП/СЛ. З цією метою слід акредитувати кафедри сімейної медицини на відповідність кадрів, програм, умов для підготовки лікарів ЗП/СМ.
3. Розробити та затвердити плани підготовки ЛЗП/СЛ таким чином, щоб до 01.01.2020 р. (за рахунок підготовлених кадрів) повністю укомплектувати ПМСД.
4. На державному рівні вирішити питання затвердження «соціального пакету» для ЛЗП/СЛ (мотивована заробітна плата, виділення житла, транспорту, комунальні пільги тощо).
5. Реформування ПМСД проводити під гаслом «поліпшення якості та доступності медичної допомоги», а не «оптимізації». Досвід реформ у країнах Євросоюзу показав, що це було одним із бар'єрів впровадження даної моделі.
6. Результати анкетування і досвід організації ПМСД у країнах пострадянського простору та Євросоюзу засвідчили, що переходити до моделі надання ПМСД на принципах ЗП/СМ слід поетапно: сільська місцевість, віддалені міські мікрорайони.
7. Реформування ПМСД у великих містах має свої особливості. Поспішність у прийнятті шаблонного рішення призведе до невдоволеності як медичних працівників, так і населення.
8. Реформування охорони здоров'я на всіх рівнях слід розпочинати з профілактичної направленості, створення умов для здорового образу життя, праці, навчання. Тому до комісії з реформування мають входити представники всіх відомств, а не лише медичні працівники.

Отже, вирішити ці завдання можна лише спільними зусиллями всіх гілок влади: адміністрації президента, кожного депутата, кожного голови обласної та сільської рад, кожного окремого лікаря, кожної людини, яка дбає про власне здоров'я та здоров'я своїх дітей, при цьому найближчим часом слід усунути основні недоліки в реформуванні охорони здоров'я.

Анкета

**вивчення особистої думки організаторів охорони здоров'я
щодо впливу моделі надання первинної медико-санітарної допомоги
за принципом загальної практики / сімейної медицини на доступність
та якість медичної допомоги**

1. Стать: чол.; жін.
2. Стаж роботи на останній посаді: до 3 років; понад 3 роки; понад 5 років; понад 10 років.
3. Фах при одержанні диплома лікаря: лікувальна справа; педіатрія;
лікар загальної практики / сімейний лікар (ЛЗП/СЛ).
4. Працюєте: в сільській місцевості; в місті.
5. Чи поліпшить реформування первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) за принципом ЗП/СМ на доступність медичної допомоги: так, ні.
6. Які фактори вплинуть на поліпшення доступності медичної допомоги за принципом ЛЗП/СЛ:
 - 6.1. Розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги: так, ні.
 - 6.2. Створення центрів ПМСД: так, ні.
 - 6.3. Розвиток приватного сектору медичних послуг: так, ні.
 - 6.4. Запровадження державного фінансування на конкурсній основі: так, ні.
 - 6.5. Поліпшення укомплектованістю ЛЗП/СЛ: так, ні.
 - 6.6. Введення обов'язкового медичного страхування: так, ні.
 - 6.7. Організація пересувних сімейних амбулаторій: в сільській місцевості, в містах: так, ні.
 - 6.8. Забезпечення швидкої медичної допомоги: так, ні.
 - 6.9. Забезпечення ЛЗП/СЛ транспортом: так, ні.
 - 6.10. Розвиток доріг та забезпечення громадським транспортом: так, ні.
7. Чи поліпшить реформування ПМСД за принципом ЗП/СМ якість медичної допомоги: так, ні.
8. Які фактори вплинуть на підвищення якості медичної допомоги за принципом ЗП/СМ:
 - 8.1. Перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я на контрактній основі: так, ні.
 - 8.2. Поліпшення матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я: так, ні.
 - 8.3. Впровадження медичних стандартів: так, ні.
 - 8.4. Розробка системи індикаторів якості роботи медичних закладів: так, ні.
 - 8.5. Створення економічної мотивації для підвищення якості медичних послуг: так, ні.
 - 8.6. Підвищення якості підготовки ЛЗП/СЛ: так, ні.
 - 8.7. Введення обов'язкового медичного страхування: так, ні.
 - 8.8. Зменшення навантаження на ЛЗП/СЛ: до 500 осіб, 800 осіб, 1000 осіб, 1200 осіб, 1500 осіб.
 - 8.9. Організація пересувних сімейних амбулаторій: в сільській місцевості, в містах.
 - 8.10. Реформування ПМСД за принципом ЗП/СМ поліпшить якість медичної допомоги тільки: жителям села, жителям міста.
 - 8.11. Реформування ПМСД за принципом ЗП/СМ поліпшить якість медичної допомоги дорослому населенню: так, ні.
 - 8.12. Реформування ПМСД за принципом ЗП/СМ поліпшить якість медичної допомоги дітям: так, ні.
 - 8.13. Реформування ПМСД за принципом ЗП/СМ поліпшить якість медичної допомоги вагітним: так, ні.
 - 8.14. Для підвищення якості, хто, на Вашу думку, повинен надавати медичну допомогу дітям: ЛЗП/СЛ, педіатри.
 - 8.15. Якщо ЛЗП/СЛ, то з якого віку дитини: з народження, 1 року, 3 років, 6 років, 14 років.
 - 8.16. Якщо педіатри, то яка модель доцільніша: груповий метод (терапевт, педіатр, акушер-гінеколог); узаконення самостійної спеціальності педіатра загальної практики; залишити дитячі та дорослі поліклініки.
9. Які строки введення організації ПМСД на принципах ЗП/СМ позитивно вплинуть на доступність і якість медичної допомоги: 2012, 2014, 2020 роки.

Список літератури

1. *Алексеев В. А.* Здоровоохранение Норвегии – один из лучших образцов организации национального здравоохранения / В. А. Алексеев, К. Н. Борисов, С. В. Рожецкая // *Международ. здравоохранение.* – 2011. – Т. 2, № 1. – С. 13–17.
2. *Вороненко Ю. В.* Сімейна медицина в Україні: об'єктивні та суб'єктивні чинники затримки впровадження / Ю. В. Вороненко // *Журнал АМН України.* – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 24–35.
3. *Кризина Н. П.* Розвиток сімейної медицини в Україні у 2006 р. I півріччі 2009 р. / Н. П. Кризина, Н. Ю. Кондратюк, В. Г. Слабкий // *Україна. Здоров'я нації.* – 2009. – № 4 (12). – С. 38–41.
4. *Латишев Є. Є.* Формування системи сімейної медицини в Україні: монографія / Є. Є. Латишев. – К.: Сфера, 2005. – 176 с.
5. *Лехан В. М.* Інноваційні підходи до забезпечення доступності первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню / В. М. Лехан, К. О. Надутий, Г. О. Слабкий // *Україна. Здоров'я нації.* – 2011. – № 3 (19). – С. 86–91.
6. *Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році / МОЗ України.* – К., 2011. – 223 с.
7. *Обзор опыта семейной медицины в Европе и Центральной Азии / Всемирный банк в 5 т.* – 2005. – Т. 1 (Краткий обзор). – 132 с.
8. *Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: Закон України від 22.01.2010 р. № 1841-IV / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України.* – 2010. – № 13. – ст. 126.
9. *Про затвердження Плану виконання завдань на 2012 рік щодо реалізації Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»: наказ МОЗ України від 01.02.2012 р. № 69 [Електронний ресурс].* – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
10. *Шевский В. И.* Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы / В. И. Шевский, С. В. Шишкин; Институт экономики переходного периода // *Научные труды.* – 2006. – № 102. – С. 13–19.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.12.2011 р.

Влияние модели оказания первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины на доступность и качество медицинской помощи: проблемы и пути их решения

З.В. Лашкул (Запорожье)

Проведен обзор нормативно-законодательных актов по реализации развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на принципах общей практики / семейной медицины (ОП/СМ). Проведено социологическое исследование путем анкетирования организаторов здравоохранения с целью изучения их мнения о реформировании ПМСП. Освещены проблемы поэтапного внедрения ПМСП на принципах ОП/СМ в непилотных регионах. Предложены пути решения этих проблем. Описано влияние модели на доступность и качество медицинской помощи.

Ключевые слова: реформирование ПМСП, врач общей практики / семейный врач, качество, доступность, факторы риска, проблемы, пути решения.

Influence of rendering model of primary health care on principles of family medicine on availability and quality of medical care: problems and their solutions

Z.V. Lashkul (Zaporizhzhye)

The review of regulatory legislation for the implementation of primary health care on the principles of the general practitioner has been carried out. Sociological research is carried out by questioning organizers of public health to study their views on reforming of primary health care. Problems of stage-by-stage implementation of primary health care on principles of family medicine in not pilot regions are covered. Ways of solving these problems have been offered. Model influence on availability and quality of rendering of medical care has been described.

Key words: primary health care reforming, general practitioner, quality, availability, risk factors, barriers and ways to overcome.

Рецензент: д.мед.н. В.Й. Шатило.