

УДК 364.444.347.61.000.34(477)

А.В. Кудря

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ МОНІТОРИНГУ РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – висвітлити проблеми забезпечення умов діяльності лікаря загальної практики / сімейного лікаря для ефективної професійної діяльності.

Методи: структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу, статистичний, порівняльного аналізу.

Результати. Проаналізовано оперативні дані моніторингу модернізації лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу.

Висновки. Проведений аналіз розвитку сімейної медицини свідчить про невідповідність пріоритетності галузі сімейної медицини в системі охорони здоров'я населення України, що негативно впливає на показники здоров'я населення: високі показники захворюваності, інвалідності, смертності.

Ключові слова: лікар загальної практики / сімейний лікар, робоче місце, матеріально-технічне забезпечення, діяльність, ефективність.

Вступ

Достатній рівень розвитку загальної лікарської практики потребує створення не тільки нормативної, але й матеріально-технічної складової реорганізації закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) первинної ланки. Для виконання однієї з найголовніших функцій лікаря загальної практики / сімейного лікаря (ЛЗП/СЛ) – діагностики та виявлення хвороб, його робоче місце має бути достатньо технічно оснащеним [4, 6].

Мета роботи – висвітлити проблеми забезпечення умов діяльності ЛЗП/СЛ для ефективної професійної діяльності.

Методи, використані в ході виконання роботи: структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу, статистичний, порівняльного аналізу

Результати дослідження та їх обговорення

Досвід багатьох країн показав, що чим нижчий рівень розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), тим більш витратною і менш ефективною є вся система охорони здоров'я (ОЗ) [2]. Для досягнення цілей ПМСД інтереси людей мають бути в центрі уваги служб медико-санітарної допомоги [11, 12].

Системи ОЗ країн Європи, як і всього світу, реформуються з урахуванням змін демографічної ситуації, розвитку медицини, економічних аспектів ОЗ, потреб і очікувань пацієнтів, розробляються нові методи забезпечення та надання медичної допомоги. Для ефективної діяльності загальної практики / сімейної медицини (ЗП/СМ) важливо, щоб медичні працівники, організатори ОЗ, економісти, політики та суспільство в цілому усвідомлювали ключову роль ЛЗП/СЛ у системі ОЗ і складність покладених на нього завдань. Експерти стверджують, що в Європі необхідно збільшити асигнування на розвиток ЗП/СМ, щоб забезпечити краще

задоволення системою ОЗ потреб пацієнтів. Асигнування слід направити не тільки на заробітну плату працівників та інфраструктуру ОЗ, але й на навчання, наукові дослідження, поліпшення якості медичної допомоги. ЗП/СМ на сьогодні впроваджена в системи ОЗ усіх країн Європи, і організатори ОЗ відводять їй у своїй роботі все важливішу роль [7].

В Україні, за даними моніторингу оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів ЗОЗ, що надають ПМСД, і модернізації первинної медичної допомоги на виконання наказу МОЗ України від 02.11.2012 р. № 866 «Про оцінку оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів ЗОЗ, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги», амбулаторіями ЗП/СМ охоплено у 2014 р. лише 76,9% населення в Україні (табл. 1). Показник забезпеченості населення амбулаторіями ЗП/СМ знизився порівняно з 2013 р. (89,7%) на 14,3%.

Слід зазначити, що в деяких регіонах (Херсонській, Черкаській області та м. Києві) населення забезпечене амбулаторіями ЗП/СМ на 100%. У більшості регіонів цей показник становить понад 90%. Однак звертає увагу на себе показник забезпечення населення амбулаторіями ЗП/СМ у Київській (83,7%), Одеській (82,1%), Івано-Франківській (74,3%), Чернівецькій (76,0%), Львівській (47,8%) областях, що впливає на незадовільний загальнонаціональний показник (76,9%).

Пояснити такі тенденції складно, оскільки зазначені адміністративні регіони є різними за географічним розташуванням. Тим більше, не зрозумілими є тенденції у Львівській області, яка в історичному аспекті є першою в зародженні та становленні ЗП/СМ: як експеримент у 1987 р. в м. Дрогобич Львівської області була створена перша амбулаторія ЗП/СМ, реформування ОЗ за сімейним принципом у Львівській 2-й міській поліклініці та відкриття сімейних відділень на базі поліклінік і сімейних амбулаторій у віддалених районах обслуговування [4, 8].

Таблиця 1
Охоплення населення амбулаторіями загальної практики / сімейної медицини

№	Адміністративно-територіальна одиниця	Прикріплене населення											
		сільська місцевість				міські поселення				усього	дитяче	дитяче	дитяче
		% охоплення	усього	% охоплення	усього	% охоплення	усього	% охоплення	усього				
1.	Вінницька	98,9	811571	100	147583	663988	784950	96,4	143578	641172			
2.	Волинська	95,0	500957	100	123812	377145	488997	89,8	63744	425253			
3.	Дніпропетровська	95,5	505225	93,7	87069	418156	2631253	95,9	445884	2185369			
4.	Житомирська	99,7	525702	100	104338	421364	730407	98,9	139445	591319			
5.	Закарпатська	99,7	791954	100	184982	606972	461281	98,8	100880	360401			
6.	Запорізька	95,9	410051	100	75582	334469	1290825	94,5	204140	1086685			
7.	Івано-Франківська	74,3	601028	77,0	128485	472543	425857	70,9	82213	343644			
8.	Київська	83,7	673551	100	119173	554378	771702	72,0	153862	617840			
9.	Кіровоградська	95,4	365944	99,4	59850	306094	572893	93,0	103261	469632			
10.	Львівська	47,8	718595	72,5	150218	570678	493010	31,9	96245	395909			
11.	Миколаївська	96,6	376242	100	69207	307035	749856	94,6	137294	612562			
12.	Одеська	82,1	720887	91,0	149764	571123	1244184	77,7	84233	1159951			
13.	Полтавська	98,2	563838	100	107089	456749	863949	96,3	116678	747271			
14.	Рівненська	95,7	602878	99,5	156861	426017	506442	91,5	109313	397129			
15.	Сумська	94,2	360188	100	50901	309287	702510	91,3	85314	617196			
16.	Тернопільська	96,3	618360	100	116744	501616	413741	87,1	47193	366548			
17.	Харківська	96,7	538432	100	77933	460499	2104762	95,6	344213	1760549			
18.	Херсонська	100	418196	100	83563	334633	652939	99,8	112947	539992			
19.	Хмельницька	96,4	579999	100	104438	475561	677758	92,9	125909	551849			
20.	Черкаська	100	549529	100	92046	457483	706799	99,4	114836	591963			
21.	Чернівецька	76,0	522204	100	112655	417810	168407	43,3	34128	134279			
22.	Чернігівська	93,3	367576	96,4	55945	311631	622658	91,5	86046	536612			
23.	м. Київ	100	0	0	0	0	2878960	100	577431	2301529			
	Україна	76,9	12122907	91,2	2358238	9755231	20944140	70,5	3508787	17434654			

Джерело: оперативний моніторинг оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів ЗОЗ, що надають ПМСД, і моніторинг модернізації первинної медичної допомоги ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

* Примітка: оперативні моніторингові дані АР Крим, Донецької, Луганської областей та м. Севастополь відсутні за об'єктивних причин.

Відсоток охоплення амбулаторіями ЗП/СМ міського населення нижчий, ніж сільського, в одному і тому ж регіоні. Для прикладу: у Київській (100,% і 72,0% відповідно), Одеській (91,0% і 77,7%), Івано-Франківській (77,0% і 70,9%), Чернівецькій (100,0% і 43,3%) та Львівській (72,5% і 31,9%) областях. У цілому по Україні показник охоплення сільського населення послугами сімейної медицини у 2014 р. становить 91,2%, міського – 70,5%.

Наведені дані підтверджують висновки вчених, що завдяки роботі інституту сімейної медицини, який передбачає ефективну профілактику та діагностику стану пацієнтів, тривалість життя в країнах Євросоюзу в середньому на 15 років довша, ніж в Україні. Тобто ця система довела свою ефективність. У результаті медичних реформ, які впроваджувалися в останні 30 років у всьому світі, ЗП/СМ лягла в основу системи ОЗ Північної Америки та країн Євросоюзу. Лідуючі позиції європейських країн у рейтингу ВООЗ підтверджують ефективність такої організації медичної допомоги. У щорічній доповіді ВООЗ йдеться про те, що в Канаді однакове кількісне співвідношення між ЛЗП/СЛ та вузькими спеціалістами, а висока якість і ефективність канадської медицини пояснюється наявністю достатнього числа добре підготовлених ЛЗП/СЛ. У системі ОЗ Італії (друге місце в рейтингу ВООЗ) працює близько 60 тис. ЛЗП/СЛ. Медична реформа тут пройшла 10 років тому. Французька система ОЗ, в якій зареєстровано понад 65 тис. ЛЗП/СЛ, посідає перше місце в рейтингу ВООЗ [5, 13].

За даними моніторингу в первинній ланці медичної допомоги, станом на кінець 2014 р. введено 130 680,25 штатної посади лікарів, із них 22390,25 посади адміністративного персоналу (табл. 2). Частка ЛЗП/СЛ, що надають ПМСД пацієнтам від народження і протягом усього життя, у 2014 р. в Україні становить 69,14%. Можна назвати вражаючими показники в м. Києві, де відсоток ЛЗП/СЛ, що надають ПМСД пацієнтам від народження і протягом усього життя, дорівнює 6,68%. Незрозуміло, якими функціями наділені посади ЛЗП/СЛ, якщо основною функцією діяльності ЛЗП/СЛ є надання медичної допомоги членам сім'ї протягом усього життя. Цей показник низький у Житомирській (29,29%), Хмельницькій (43,07%), Одеській (48,00%), Чернігівській (56,29%), Тернопільській (59,37%), Київській та Полтавській (по 59,50%), Дніпропетровській (62,23%), Сумській (64,80%) областях. Зазначена ситуація повністю суперечить визначенню Європейського відділення Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA), що ефективність медичної допомоги можлива за умови її тривалості та безперервності [7], а також стратегічним засадам «Європейської політики з досягнення здоров'я на ХХІ століття» на рівні ПМСД, за якими, держава має забезпечити безперервність медичної опіки [14]. Лише в Кіровоградській, Миколаївській, Херсонській, Івано-Франківській та Чернівецькій областях ЛЗП/СЛ у 100% надають медичну допомогу членам сім'ї протягом усього життя, що не вирішує проблеми доступності до ефективної медичної допомоги населення України, яка є однією з основних чинників незадовільного стану здоров'я населення.

Одним із визначних показників ефективності медичної допомоги ЛЗП/СЛ є середнє навантаження на лікарів. За результатами моніторингу, у 2014 р. середнє навантаження на ЛЗП/СЛ у міських поселеннях становить 1417,49 на штатну посаду лікаря та 1786,69 на фізичну особу. У сільській місцевості – 1539,76 на штатну посаду лікаря та 2539,04 на фізичну особу, хоча норматив навантаження на сімейного лікаря в Україні дорівнює 1200 осіб у сільській місцевості і 1500 осіб у місті [1].

За визначенням вітчизняних і зарубіжних вчених, обсяг медичної допомоги, що надають ЛЗП/СЛ, обумовлений місцевими особливостями. Наприклад, у тяжкодоступних регіонах він є більш широким порівняно з містами, де доступність до медичної допомоги краща. Норматив навантаження може змінюватися залежно від конкретних соціальних і географічних умов регіону в межах 800 осіб. У деяких розвинених країнах, що вважаються вченими елементом цивілізованості, ЛЗП/СЛ обслуговують 400–600 осіб, для порівняння: в деяких пострадянських державах їх число досягає 2000. Це означає, що ЛЗП/СЛ змушений приймати по 40 хворих на день при нормі 15 хвилин на людину, що фактично поза межами людських можливостей [4]. Умови організації роботи ЛЗП/СЛ, наприклад, в Австралії, Англії, значно відрізняються від умов роботи вітчизняного ЛЗП/СЛ, де навантаження на ЛЗП/СЛ становить 800–1000 осіб [9].

Для більш ефективної організації роботи ЛЗП/СЛ у розвинених країнах широко застосовуються інноваційні технології. Для прикладу: з метою раціонального використання робочого часу ЛЗП/СЛ переконують своїх пацієнтів із простими питаннями звертатися через Інтернет. Для цього скануються історії хвороби, до яких лише пацієнт має постійний доступ, наприклад, до рентгенограм, комп'ютерних томограм, ехокардіограм. Синхронізація та резервне копіювання інформації зазвичай здійснюється за допомогою Інтернет-сервісів «Carbonite» і «Dropbox». Спеціальна програма полегшує отримання ЛЗП/СЛ платежів від страхових компаній. Веб-сайти ЛЗП/СЛ дозволяють пацієнтам через інтернет записуватися на прийом (число таких осіб вже досягає 70%), дізнаватися результати аналізів і замовляти ліки, що дало змогу скоротити на 30–50 кількість телефонних дзвінків у день або втричі. Істотним моментом в управлінні ЗП/СМ є те, що телемедицина та інші інформаційні технології електронної ОЗ відіграють ключову роль [3]. Досвід багатьох країн показує, що успіх діяльності ЛЗП/СЛ у забезпеченні їхніх прав на достойні умови праці, основною з яких є організація робочого місця. У розвинених країнах стандартне робоче місце ЛЗП/СЛ складається, як мінімум, з двох приміщень – місця, де проходить бесіда з пацієнтом, та оглядового кабінету із малою операційною, де можна відразу ж надати першу допомогу, провести електрокардіографію, ехокардіографію та ультразвукове дослідження внутрішніх органів, вивчити гостроту зору, оцінити очне дно тощо. Офіси ЛЗП/СЛ іноді знаходяться в будівлі лікарні або на прилеглий території [4].

Таблиця 2
Діяльність лікарів загальної практики / сімейних лікарів у розрізі адміністративних територій

№	Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість штатних посад				% ЛЗП/С.Л, що надають ПМСД пацієнтам народження і протягом усього життя	Питома вага населення, яке обслуговується ЛЗП/С.Л, що надає ПМСД від народження і протягом усього життя (%)		Середнє навантаження (кількість осіб)			
		Усього	Управлінсько-адміністративна частина	У центральованих підрозділах центрів ПМСД, що не входять до складу амбулаторії та МПІ	в амбулаторіях і МПІ		міського	сільського	міського	сільського	на штатну посаду лікарів ПМСД, що введена для обслуговування	на фізичну особу лікарів ПМСД, що обслуговує
1.	Вінницька	8243,00	1071,25	0	6626,75	93,00	75,50	91,00	1372,00	1692,00	1492,00	2318,00
2.	Волинська	4341,00	396,75	804,00	3140,25	78,90	67,20	88,90	1929,00	1347,00	2456,00	2315,00
3.	Дніпропетровська	15249,00	2148,50	928,00	12172,50	62,23	40,57	88,63	1528,02	1458,08	2035,00	2286,09
4.	Житомирська	6173,50	1897,75	1623,25	2656,25	29,29	12,76	53,95	1216,13	1489,87	1505,68	2550,71
5.	Закарпатська	1810,25	576,75	102,00	1131,50	70,51	59,41	100,00	1458,60	1662,90	1536,32	1979,89
6.	Запорізька	6301,25	1029,50	111,50	5160,25	50,91	17,67	82,05	1491,42	1660,13	1900,23	2752,02
7.	Івано-Франківська	1112,75	423,50	0	628,00	100,00	18,0	56,0	1359,00	1467,00	1383,00	1768,00
8.	Київська	7099,50	998,75	762,00	5170,75	59,50	37,90	60,20	1328,90	1207,30	1761,10	2211,00
9.	Кіровоградська	4099,75	1427,25	0	2672,50	100,00	100,00	100,00	1175,00	2100,00	1860,00	5154,00
10.	Львівська	3140,75	263,25	221,00	2386,25	66,00	50,00	42,00	920,00	1529,00	945,00	1770,00
11.	Миколаївська	4915,50	1440,75	412,50	3062,25	100,00	96,40	90,34	1439,78	1646,68	2279,99	2929,46
12.	Одеська	6729,25	2412,00	0	4317,25	48,00	48,30	95,10	1427,20	1731,90	1978,00	3041,70
13.	Полтавська	6154,25	828,50	64,50	4375,25	50,50	67,90	77,60	1815,00	1549,90	2160,70	2431,80
14.	Рівненська	4407,50	603,75	274,25	3769,00	82,10	26,80	71,60	1763,00	1433,00	1921,00	2009,00
15.	Сумська	4588,50	582,25	114,25	3892,00	64,80	23,40	61,10	1537,00	1340,00	1990,00	2501,00
16.	Тернопільська	1130,75	356,75	272,25	492,50	59,37	38,42	90,02	1268,17	1624,06	1301,07	2290,22
17.	Харківська	11018,75	1340,75	1743,50	7934,25	87,40	81,80	97,90	1340,00	1503,00	1653,00	2804,00
18.	Херсонська	5660,25	730,75	0	4929,50	100,00	25,22	45,93	1405,14	1751,65	2037,88	3687,48
19.	Хмельницька	5658,00	677,25	137,50	4843,25	43,07	6,48	52,35	1286,07	1564,39	1391,70	2064,05
20.	Черкаська	5157,00	744,50	690,50	3722,00	81,70	75,35	91,27	1272,37	1073,45	1537,57	1557,30
21.	Чернівецька	2881,00	395,25	0	2485,75	100,00	43,90	100,00	1207,00	1456,00	1337,00	1741,00
22.	Чернігівська	4575,50	301,00	128,50	3956,50	56,29	39,61	46,70	1605,34	1587,36	2676,66	3697,14
23.	м. Київ	10233,25	1743,50	1459,75	7030,00	6,68	3,15	0	1458,04	0	1955,03	0
	Україна	130680,25	22390,25	9849,25	96554,50	69,14	45,90	76,48	1417,49	1539,76	1786,69	2539,04

Джерело: оперативний моніторинг осначеності лікувально-профілактичних підрозділів ЗОЗ, що надають ПМСД, і моніторинг модернізації первинної медичної допомоги ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

* Примітка: оперативні моніторингові дані АР Крим, Донецької, Луганської областей та м. Севастополь відсутні за об'єктивних причин.

Сумнівними є очікування ефективності від діяльності вітчизняних ЛЗП/СЛ, які працюють в умовах, коли станом на 01.03.2015 р. 26,5% (950) амбулаторій ЗП/СМ у сільській місцевості та 45,2% (936) амбулаторій ЗП/СМ у містах і селищах міського типу розташовані в приміщеннях, що потребують капітального ремонту, зокрема, в Херсонській області із 123 амбулаторій ЗП/СМ у сільській місцевості та 41 – у містах та селищах міського типу усі потребують капітального ремонту (табл. 3, 4).

Оснащені медичним обладнанням інструментами та інвентарем згідно з табелем оснащення лише 14,8% (у 2012 р. – 8,87%, у 2013 р. – 14%), автоматизованими робочими місцями – 12,2% (у 2012 р. – 9,96%, у 2013 р. – 16%), автомобілями – 43,9% (у 2012 р. – 44,2%, у 2013 р. – 44,7%) амбулаторій в Україні, що входять до складу центрів ПМСД. Зокрема, немає жодної відповідно оснащеної амбулаторії ЗП/СМ у Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Миколаївській, Одеській, Сумській, Харківській, Херсонській та Вінницьких областях. Відсутній автотранспорт на первинній ланці у Вінницькій та Херсонській областях.

Звичайно, що за такого стану матеріально-технічного забезпечення робочих місць ЛЗП/СЛ, де немає елементарних умов їх діяльності, необхідним є впровадження сучасних інноваційних технологій з доведеною ефективністю в усьому світі. Зокрема, вчені вважають, що істотним моментом в управлінні ЗП/СМ є те, що телемедицина та інші інформаційні технології електронної ОЗ відіграють ключову роль [3]. Телеконсультація, телемоніторинг, дистанційне навчання стали невід'ємною частиною спеціальності ЗП/СМ, яка на етапі реформування системи ОЗ визнана пріоритетною. Саме використання системи дистанційної фіксації і трансляції фізіологічних параметрів, спостереження і контроль у реальному часі, телеконсультування пацієнтів дали змогу підвищити рівень ЗП/СМ. Стали доступними цілодобові лікарські консультації, майже безперервні профілактичні заходи, тривалий моніторинг, контроль і екстрена корекція ключових параметрів життєдіяльності. Телемедицина є сучасним медичним напрямком,

заснованим на використанні телекомунікацій для адресного обміну медичною інформацією між фахівцями з метою підвищення якості і доступності діагностики лікування. Однією з цільових точок системи телемедицини має бути обговорення клінічного випадку двома лікарями по телефону або проведення інтерактивної відео-консультації між медичними центрами різних країн із використанням супутникового зв'язку [10]. В Японії, наприклад, ЛЗП/СЛ проводять телеехографічні дослідження безпосередньо вдома і передають через Інтернет отриману інформацію до фахівця-консультанта лікарні [15], що зменшує навантаження на лікарів спеціалізованої допомоги, а також суттєво здешевлює медичні послуги як для їх надавачів, так і для пацієнтів.

Однак, за даними літератури, технічна основа вітчизняного медичного обладнання для використання в практиці ЗП/СМ потребує удосконалення, зокрема, це стосується приладів, що застосовуються в домашніх умовах (безпечність, простота в експлуатації, невеликі габарити і маса, забезпечення максимальної ефективності). Тому 79% ЛЗП/СЛ відчують підвищену дискомфортність і психічну напруженість, викликану невідповідністю особистісних сподівань реальному задоволенню, а 93% респондентів висловлюють незадоволення матеріальною стороною їхньої професії. Молоді ЛЗП/СЛ відмовляються їхати в села через відсутність там елементарних умов для проживання [6, 15].

Висновки

Проведений аналіз розвитку ЗП/СМ свідчить про невідповідність пріоритетності галузі сімейної медицини в системі ОЗ населення України, що негативно впливає на показники здоров'я населення: високі показники захворюваності, інвалідності, смертності.

Перспективи досліджень спрямовані на подальше вивчення розвитку сімейної медицини в Україні.

Таблиця 3

Стан будівель і споруд у сфері сімейної медицини

№	Адміністративно-територіальна одиниця	Амбулаторії у сільських населених пунктах				Амбулаторії у містах та СМТ			
		усього	у т.ч. такі, що потребують капітального ремонту			усього	у т.ч. такі, що потребують капітального ремонту		
			кількість	прикріплене населення	% амбулаторій ЗПСМ, що потребують ремонту		кількість	прикріплене населення	% амбулаторій ЗПСМ, що потребують ремонту
1.	Вінницька	238	24	60434	10,1	80	16	153506	20,0
2.	Волинська	88	24	78673	27,3	39	20	252322	51,3
3.	Дніпропетровська	187	32	74246	17,1	215	51	821552	23,7
4.	Житомирська	192	37	71975	19,3	75	33	455238	44,0
5.	Закарпатська	249	50	190065	20,1	26	15	216232	57,7
6.	Запорізька	141	58	149659	41,1	133	79	961709	59,4
7.	Івано-Франківська	109	46	160405	42,2	52	32	359836	61,5
8.	Київська	231	59	336394	25,5	63	19	439825	30,2
9.	Кіровоградська	103	21	62673	20,4	61	17	177173	27,9
10.	Львівська	158	44	316265	27,8	110	73	1116790	66,4
11.	Миколаївська	142	20	50659	14,1	72	27	304850	37,5
12.	Одеська	177	53	168772	29,9	99	48	678137	48,5
13.	Полтавська	234	50	217396	21,4	89	33	608736	37,1
14.	Рівненська	113	36	168637	31,9	56	29	391042	51,8
15.	Сумська	138	26	62935	18,8	64	34	438435	53,1
16.	Тернопільська	172	59	147502	34,3	47	34	434542	72,3
17.	Харківська	251	95	169996	37,8	238	135	1114751	56,7
18.	Херсонська	123	123	394560	100,0	41	41	676575	100,0
19.	Хмельницька	137	28	69302	20,4	82	31	371787	37,8
20.	Черкаська	148	3	8836	2,0	64	21	402736	32,8
21.	Чернівецька	159	50	236111	31,4	23	5	55015	21,7
22.	Чернігівська	93	12	30162	12,9	73	32	454894	43,8
23.	м. Київ	0	0	0	0	271	111	1348788	41,0
	Україна	3583	950	3225657	26,5	2073	936	12234471	45,2

Джерело: оперативний моніторинг оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів ЗОЗ, що надають ПМСД, і моніторинг модернізації первинної медичної допомоги ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

* *Примітка:* оперативні моніторингові дані АР Крим, Донецької, Луганської областей та м. Севастополь відсутні за об'єктивних причин.

Таблиця 4
Стан оснащення амбулаторій,
що входять до складу центрів первинної медико-санітарної допомоги

№	Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість амбулаторій у центрі ПМСД, які оснащені відповідно до таблиця оснащення					
		медичним обладнанням інструментами та інвентарем		автоматизованими робочими місцями (АРМ-и)		автомобілями	
		(абс.)	%	(абс.)	%	(абс.)	%
1.	Вінницька	0	0	0	0	0	0
2.	Волинська	7	5,5	2	1,6	127	100,0
3.	Дніпропетровська	272	67,7	251	62,4	402	100,0
4.	Житомирська	0	0	18	6,7	90	33,7
5.	Закарпатська	0	0	24	8,7	89	32,4
6.	Запорізька	100	36,4	19	6,9	125	45,6
7.	Івано-Франківська	0	0	3	1,9	3	1,9
8.	Київська	43	14,6	6	2,0	90	30,6
9.	Кіровоградська	110	67,1	15	9,1	115	70,1
10.	Львівська	63	23,5	35	13,1	130	48,5
11.	Миколаївська	0	0	40	18,7	113	52,8
12.	Одеська	0	0	4	1,4	185	67,0
13.	Полтавська	0	0	0	0	159	49,2
14.	Рівненська	2	1,2	37	21,9	76	45,0
15.	Сумська	0	0	2	1,0	74	36,6
16.	Тернопільська	82	37,4	37	16,9	111	50,7
17.	Харківська	0	0	31	6,3	188	38,4
18.	Херсонська	0	0	0	0	0	0
19.	Хмельницька	13	5,9	7	3,2	69	31,5
20.	Черкаська	2	0,9	0	0	31	14,6
21.	Чернівецька	32	17,6	11	6,0	126	69,2
22.	Чернігівська	15	9,0	8	4,8	89	53,6
23.	м. Київ	96	35,4	99	36,5	93	34,3
	Україна	837	14,8	649	11,5	2485	43,9

Джерело: оперативний моніторинг оснащення лікувально-профілактичних підрозділів ЗОЗ, що надають ПМСД, і моніторинг модернізації первинної медичної допомоги ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

* *Примітка:* оперативні моніторингові дані АР Крим, Донецької, Луганської областей та м. Севастополь відсутні за об'єктивних причин.

Література

1. В Україні триває реформування медичної галузі, й орієнтиром для держави є столиця. Сімейна медицина: за межами стереотипів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kreschatic.kiev.ua/ua/4343/art/1379617766.html>. – Назва з екрана.
2. *Вартанян Ф. Е.* Особенности развития общей практики (семейной медицины) в Европе / Ф. Е. Вартанян, С. В. Рожецкая // *Здравоохранение*. – 2003. – № 2. – С. 61–67.
3. *Владзимирский А. В.* Руководство по телемедицине для семейных врачей / А. В. Владзимирский. – Донецк : Норд-Пресс, 2005.
4. *Думанский Ю. В.* Семейный врач (врач общей практики) / Ю. В. Думанский, О. В. Синяченко, Г. А. Игнатенко. – Донецк : Изд-во медунивер., 2013. – 253 с.
5. *Лехан В. М.* Медична допомога 24 години на добу 7 днів на тиждень Європейський досвід [Електронний ресурс] / В. М. Лехан. – Режим доступу : <http://www.adm.dp.ua/OBLADM/Obldp.nsf/%28docweb%29/DFC0F88F070CA802C2257A0C002BAE0A?OpenDocument>. – Назва з екрана.
6. *Морозов А.* Правові аспекти та захист професійної відповідальності лікаря / А. Морозов, А. Степаненко, Л. Чернецька // *Ліки України*. – 2004. – № 6. – С. 80–85.
7. *Определение* общей врачебной практики / семейной медицины / Всемирная организация семейных врачей. Европейское отделение Региональное отделение WONCA в Европе. 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.fammed.ru/index.php?id=436>. – Название с экрана.
8. *Синяченко О. В.* Загальна практика – сімейна медицина / О. В. Синяченко. – Донецьк : Норд-Прес, 2011.
9. *Скорородов В.* Семейная медицина – это уничтожение системы здравоохранения [Электронный ресурс] / В. Скорородов. – Режим доступа : <http://from-ua.com/articles/282893-semeinaya-medicina-eto-unichtozhenie-sistemi-zdravooxraneniya.html>. – Название с экрана.
10. *Barnhart A.* Electronic health communication: an educational application for this principle of the patient-centered medical home / A. Barnhart, H. Lausen, T. Smith // *Fam. Med.* – 2010. – № 42 (5). – P. 322–326.
11. *National health accounts* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2008. – Access mode : <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>. – Title from screen.
12. *National strategy to reduce social inequalities in health.* Paper presented to the Storting. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006–2007) [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006>. – Title from screen.
13. *The Paris declaration on aid effectiveness: ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability.* – Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005.
14. *The world health report: primary health care now more than ever.* – Geneva : WHO, 2008. – 152 p.
15. *Yoshinaga T.* Development of 3D space-sharing interface using augmented reality technology for domestic teleechography / T. Yoshinaga, T. Horiguchi, W. Miyazaki // *Conf. Proc. IEEE Eng. Med. Biol. Soc.* – 2009. – P. 6103–6106.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.05.2015 р.

**Основные показатели мониторинга развития
семейной медицины в Украине***A.V. Kudria*

ГУ «Украинский институт стратегических исследований
МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – осветить проблемы обеспечения условий деятельности врача общей практики / семейного врача для эффективной профессиональной деятельности.

Методы: структурно-логического анализа, библиосемантический, системного подхода, статистический, сравнительного анализа.

Результаты. Проанализированы оперативные данные мониторинга модернизации лечебно-профилактических подразделений учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую (медико-санитарную) помощь.

Выводы. Проведенный анализ развития семейной медицины свидетельствует о несоответствии приоритетности области семейной медицины в системе здравоохранения Украины, что негативно влияет на показатели здоровья населения: высокие показатели заболеваемости, инвалидности, смертности.

Ключевые слова: врач общей практики / семейный врач, рабочее место, материально-техническое обеспечение, деятельность, эффективность.

**Major indexes of monitoring
of family medicine in Ukraine***A.V. Kudria*

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – covering of the problems of provision of activity a general practitioner/family doctor for effective professional activity.

Methods: structural and logical analysis, bibliosemantic, systematic approach, statistical and comparative analysis.

Results. The article analyzes the operational data of monitoring of modernization health-care departments of health care institutions that provide primary health care.

Conclusions. Performed analysis of family medicine indicates a discrepancy between the priority of family medicine in the health system of Ukraine, which has a negative effect on health indicators: high rates of morbidity, mortality.

Key words: general practitioner/family doctor, workplace, logistical support, activity, efficiency.

Відомості про автора

Кудря Андрій Віталійович – н.с. сектору організації первинної медико-санітарної допомоги населенню відділу стратегії розвитку системи охорони здоров'я та наукових основ організації медичної допомоги населенню ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.