УДК 614.2:616-082.001.73.001.5(4)(477)

В.М. Лехан[1], Л.В. Крячкова[1], В.В. Волчек[1], С.С. Росточило[2]

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРАЇНАХ ЄВРОПИ ТА В УКРАЇНІ

[1]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна
[2]КЗ «Обласний Дніпропетровський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики», м. Дніпро, Україна

***Мета** – вивчити систему первинної медичної допомоги в різних країнах Європи та провести порівняльне дослідження їх характеристик з основними тенденціями розвитку первинної медичної допомоги в Україні.*
***Матеріали та методи**. Використано дані власних досліджень щодо стану первинної медичної допомоги в Україні та матеріали масштабного багатоаспектного дослідження систем первинної медичної допомоги в 31 країні Європи. При узагальненні результатів оцінено структурний, процесний аспекти та результативність первинної медичної допомоги в країнах. Застосовано бібліосемантичний, історичний, медико-статистичний методи.*
***Результати**. Попри істотні відмінності, системи первинної медичної допомоги в Європейському регіоні об'єднує універсальне охоплення населення первинної медичної допомоги та позиціонування лікарів загальної практики як наріжного каменю системи. В Україні система первинної медичної допомоги залишається дуже слабкою через недостатню комплексність і послідовність управлінських рішень щодо напрямків, моделей та механізмів розвитку первинної медичної допомоги.*
***Висновки**. Провідне значення для ефективності системи первинної медичної допомоги мають збільшення доступності, координованості допомоги із застосуванням принципу воротаря та забезпечення її необхідними економічними ресурсами.*
***Ключові слова**: первинна медична допомога, Європа, Україна.*

Вступ

Протягом останніх п'яти років проблеми розвитку первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні посідають провідне місце як серед управлінських рішень національного рівня, так і тематики наукових досліджень [3]. Такі тенденції відповідають світовому тренду стосовно ПМД, оскільки, як свідчать матеріали Європейського форуму первинної медико-санітарної допомоги (European forum for primary care – EFPC), багато з проблем охорони здоров'я можуть бути вирішені при створенні стійкої системи ПМД [10]. У своєму виступі 15 вересня 2015 р. при заснуванні під егідою Фонду Білла і Мелінди Гейтс, Групи Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) нового партнерства з метою зміцнення ПМД і прискорення прогресу на шляху досягнення Цілей у галузі сталого розвитку Генеральний директор ВООЗ Маргарет Чен заявила, що «Сильні (стійкі) системи первинної медико-санітарної допомоги – це такі системи, до яких звертаються люди у своїх спільнотах для того, щоб залишатися здоровими і отримати медичну допомогу в разі хвороби. Якщо первинна медико-санітарна допомога ефективна, вона може задовольнити медико-санітарні потреби переважної більшості людей…» [7].

Результати наукових досліджень показують, що сильна система ПМД дає кращі показники здоров'я населення при менших витратах і більш високій суспільній задоволеності медичною допомогою [8, 9, 11]. Однак стійка система ПМД не може виникнути спонтанно. Для цього потрібні відповідні умови, як на рівні системи, так і на рівні постачальників медичних послуг, а також їх готовність взяти на себе відповідальність за здоров'я населення.

В Україні не вщухають дискусії щодо моделей, форм і механізмів розвитку ПМД. В Європі також повсюдно триває процес удосконалення та зміцнення ПМД. У 2015 р. під егідою Європейської обсерваторії із систем і політики охорони здоров'я опубліковано результати масштабного багатоаспектного дослідження систем ПМД у країнах Європи [4]. Для визначення чіткого вектору розвитку ПМД існує гостра необхідність в аналізі інформації про стратегії та структуру організації послуг населенню на рівні цієї служби.

Мета роботи – вивчити систему ПМД у різних країнах Європи та провести порівняльне дослідження їх характеристик з основними тенденціями розвитку ПМД в Україні.

Матеріали та методи

Для порівняльного аналізу підходів до розвитку ПМД у країнах Європи та в Україні використано дані власних досліджень щодо стану ПМД і матеріали дослідження систем ПМД 31 країни (Австрії, Бельгії, Болгарії, Великої Британії, Греції, Данії, Естонії, Ірландії, Ісландії, Іспанії, Італії, Кіпру, Латвії, Литви, Люксембургу, Мальти, Нідерландів, Німеччини, Норвегії,

Польщі, Португалії, Румунії, Словаччини, Словенії, Туреччини, Угорщини, Фінляндії, Франції, Чеської Республіки, Швейцарії, Швеції) [4]. При виконанні цього дослідження використано систематичні огляди літератури, міжнародні бази даних (Організації економічного співробітництва та розвитку – ОЕСР, ВООЗ «Здоров'я для всіх», статистичної служби Європейського Союзу, Світового банку, European Union Public Health Information and Knowledge system – EUPHIX), операціоналізовані в 41 особливість і 99 індикаторів із подальшим їх зважуванням за 3-бальною шкалою: 1 – низький, 2 – середній, 3 – високий рівень. При узагальненні результатів оцінено структурний, процесний аспекти та результативність ПМД у різних країнах.

Для аналізу ситуації в Україні використано нормативно-правові документи стосовно перетворень ПМД в Україні, матеріали Державної служби статистики, Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України. Порівняння підходів до розвитку ПМД у країнах Європи та в Україні проведено із застосуванням бібліосемантичного, історичного, медико-статистичного методів.

Результати дослідження та їх обговорення

У рамках Європейського дослідження для характеристики структури та організації ПМД (структурний аспект) проведено комплексну оцінку трьох компонентів (управління, економічних умов та розвитку трудових ресурсів); для судження про надання послуг ПМД (процесний аспект) проаналізовано чотири компоненти (доступність, безперервність, координованість і комплексність допомоги); для описання результатів – якість та ефективність медичної допомоги.

Характеристика структурного аспекту первинної медичної допомоги в країнах Європи

При оцінці компоненту *«Управління»* враховано індикатори: наявність програмних документів, що свідчать про пріоритетність розвитку ПМД, політики щодо справедливого розподілу практикуючих фахівців ПМД та міждисциплінарного співробітництва ПМД і інших секторів охорони здоров'я; централізацію / децентралізацію управління ПМД; наявність підрозділів ПМД у МОЗ; наявність окремого бюджету для ПМД; регламентованість вимог до структур ПМД і практикуючих лікарів; наявність клінічних настанов для лікарів загальної практики (ЛЗП); наявність законів про права пацієнтів тощо.

Виявлено, що в експліцитному вигляді цілісне бачення поточного і майбутнього розвитку ПМД представлено в програмних документах менше ніж у половині країн (Болгарії, Великій Британії, Греції, Данії, Естонії, Іспанії, Литві, Люксембурзі, Мальті, Нідерландах, Норвегії, Словенії, Франції, Туреччині). Ще в 6 країнах (Ірландії, Італії, Кіпрі, Португалії, Румунії, Фінляндії) бачення зосереджено на частковому реформуванні системи ПМД. Опосередковано про керованість розвитку ПМД у країні свідчить її представленість у вигляді підрозділів МОЗ. Такі підрозділи або державні інспекції наявні тільки в 12 країнах (Великій Британії, Іспанії, Ірландії, Італії, Латвії, Литві, Нідерландах, Норвегії, Португалії, Румунії, Словенії, Швеції). У переважній більшості (61%) країн – у Болгарії, Великій Британії, Греції, Данії, Естонії, Ірландії, Ісландії, Іспанії, Італії, Латвії, Литві, Норвегії, Польщі, Португалії, Румунії, Словенії, Туреччині, Угорщині, Фінляндії – ПМД має окремий від інших видів медичної допомоги бюджет.

У переважній більшості країн Європи реалізація основних функцій управління ПМД (встановлення пріоритетів, фінансування, планування поставок, забезпечення послуг, контроль якості) достатньо децентралізована і здійснюється на рівнях регіональних чи місцевих органів влади, або регіональних фондів медичного страхування, або трастів ПМД. Централізовано на національному рівні ПМД реалізується лише в 6 країнах (Естонії, Угорщині, Латвії, Мальті, Словаччині та Швейцарії), невеликих за площею та з відносно малою чисельністю населення.

Формальні професійні вимоги, що пред'являються до провайдерів медичних послуг у первинній ланці, існують у всіх країнах. Проте на Кіпрі, у Фінляндії та Угорщині такі вимоги менш конкретні, що дає змогу непрофільним лікарям надавати ПМД. Крім того, практично у всіх країнах, крім Бельгії, Фінляндії, Франції, Німеччини та Ірландії, постачальники послуг ПМД повинні отримати дозвіл на провадження медичної практики – так званий «дозвіл на експлуатацію» (за винятком Бельгії, Фінляндії, Франції, Німеччини, Ірландії, Люксембургу і Норвегії). У всіх країнах існують клінічні настанови з ПМД (за винятком Ірландії, Мальти, Швейцарії; по Греції та Ісландії дані відсутні) та законодавчі акти, які регулюють права пацієнтів (за винятком Греції).

За інтегральною характеристикою в першу п'ятірку країн із найбільш високим рівнем управління в системі ПМД (2,6–2,1 за 3-бальною шкалою у міру зменшення) входять Нідерланди, Іспанія, Велика Британія, Португалія та Італія; в останню п'ятірку (2,1–2,25 балу у міру збільшення) – Швейцарія, Кіпр, Люксембург, Угорщина та Ісландія.

Компонент *«Економічні умови надання первинної медичної допомоги»* оцінено з використанням таких індикаторів: витрати на ПМД та витрати на профілактику і громадську охорону здоров'я (обидва – відсоток від середньорічних витрат на охорону здоров'я); відсоток населення, застрахованого у зв'язку з медичними витратами; відсоток населення, застрахованого у зв'язку з придбанням прописаних ліків; статус ЛЗП та їх взаємовідносини з фінансуючою стороною; система оплати праці ЛЗП; середній сукупний річний дохід ЛЗП в євро (з витратами на утримання практики включно).

Результати дослідження економічних умов надання ПМД свідчать, що питома вага витрат на ПМД від загальних витрат на охорону здоров'я в країнах Європи коливається в широких межах: найбільші (19,3–25,6%) – у Великій Британії, Франції, Швейцарії, Греції;

найменші (4,7–7,1%) – в Італії, Естонії, Чеській Республіці; частка витрат на профілактику і громадську охорону здоров'я найбільша (4–5,5%) у Фінляндії, Німеччині, Бельгії, Литві, Естонії, в інших країнах профілактичні витрати істотно менші.

Надзвичайно важливими є характеристики охоплення населення страхуванням при отриманні ПМД і при придбанні прописаних ліків, які практично у всіх країнах становлять 95–100% (за винятком Ірландії – 33% по медичній допомозі, 30% по лікарських засобах; Кіпру – 80% і 35–40% відповідно, дані по Туреччині відсутні).

За даними таблиці 1, у більшості країн (15 країн – 48%) основну масу ЛЗП становлять самозайняті лікарі (підприємці), які працюють на умовах контрактів з органами охорони здоров'я або фондами медичного страхування, в меншому числі країн (10 країн – 32%) ЛЗП мають статус найманих працівників у державних або комунальних закладах охорони здоров'я. Слід зазначити, що в одній країні можуть співіснувати ЛЗП із різним статусом (як наймані працівники, так і самозайняті).

Статус ЛЗП не корелює з методами оплати їхньої праці: серед найманих працівників превалює плоска шкала оплати (посадові оклади) – 73% країн, однак у ряді країн (27%) використовується система, яка враховує інтенсивність (число зареєстрованих у ЛЗП пацієнтів) і результативність роботи. Серед самозайнятих переважає змішана винагорода, яка поєднує подушну оплату з оплатою за окремі пріоритетні послуги. Гонорарний метод (оплата за послугу) зустрічаються набагато рідше (7 країн), передусім там, де самозайняті лікарі працюють без контрактів (табл. 2).

Таблиця 1

Статус лікарів загальної практики у системі первинної медичної допомоги та їх взаємовідносини з фінансуючою стороною в країнах Європи

Статус ЛЗП	Країна (частка лікарів системи ПМД)
Наймані органами національного, регіонального або місцевого рівнів працівники	Австрія (49%), Кіпр (50%), Фінляндія (100%), Франція (31,7%), Греція (50%), Ісландія (90%), Литва (80%), Мальта (35%), Португалія (99%), Словенія (72%), Іспанія (80%)
Самозайняті, які діють відповідно до контрактів з фондами медичного страхування або органами охорони здоров'я	Велика Британія (73%), Туреччина (100%), Швейцарія (понад 90%), Словаччина (99%), Норвегія (93%), Нідерланди (85%), Люксембург (90%), Латвія (90%), Італія (100%), Угорщина (95%), Німеччина (87%), Естонія (95%), Данія (100%), Болгарія (86,6%), Бельгія (99,7%)
Самозайняті без контракту (допомога оплачується пацієнтами з власної кишені)	Австрія (29,1%), Кіпр (50%), Мальта (65%), Румунія (76%)

Таблиця 2

Система оплати праці лікарів загальної практики в країнах Європи

Характеристика працівників	Форма оплати	Країна
Наймані працівники	Плоска шкала заробітної плати (оклад)	Австрія, Бельгія, Болгарія, Кіпр, Греція, Естонія, Ісландія, Люксембург, Мальта, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Словаччина, Угорщина, Фінляндія, Франція, Чеська Республіка, Швеція
	Заробітна плата, пов'язана з числом зареєстрованих пацієнтів у сполученні з досягненням запланованих показників	Велика Британія, Іспанія, Латвія, Литва, Португалія, Румунія, Словенія
Самозайняті працівники	Змішана подушна, оплата за послуги та інші компоненти	Австрія, Бельгія, Болгарія, Велика Британія, Данія, Естонія, Ірландія, Іспанія, Італія, Латвія, Литва, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Словаччина, Словенія, Туреччина, Угорщина, Фінляндія, Чеська Республіка, Швеція
	Оплата за послугу	Кіпр, Франція, Греція, Ісландія, Люксембург, Мальта, Швейцарія

Середній сукупний річний дохід ЛЗП, з витратами на утримання практики включно, в різних країнах коливається в надзвичайно широких межах (максимально – 15-кратний розмах) – від 133–150 тис. євро у Великій Британії та Люксембурзі до 10,7–13,7 тис. євро в Литві та Болгарії, що є віддзеркаленням насамперед стану економіки тієї чи іншої держави, а також місцем у системі пріоритетів, яке посідає ПМД.

У цілому за інтегральним показником компоненту «Економічні умови надання первинної медичної

допомоги» у п'ятірку країн із найбільш високими характеристиками (2,3–2,2 балу) входять Нідерланди, Іспанія, Велика Британія, Португалія, Італія; в останню п'ятірку з найгіршими економічними характеристиками (1,9–2,05 балу) – Швейцарія, Кіпр, Люксембург, Угорщина, Ісландія.

Третім компонентом структурного аспекту є *стан трудових ресурсів первинної медичної допомоги*, при характеристиці якого проаналізовано такі індикатори: коло постачальників ПМД; питому вагу осіб старшого віку (55 років і старше) серед постачальників; середню тривалість робочого тижня; наявність формального опису завдань, які повинні виконувати ЛЗП; рівень доходу ЛЗП порівняно з іншими спеціалістами; планування кадрового потенціалу фахівців для ПМД; місце загальної практики – сімейної медицини в університетському навчанні; наявність післядипломної підготовки ЛЗП; наявність професійної підготовки медичних сестер для ПМД тощо.

В якості постачальників послуг первинної допомоги ЛЗП представлені в усіх (31) країнах, включених у дослідження; також у 27 країнах – стоматологи, у 2/3 країн – гінекологи, педіатри та терапевти; у 3/4 – медичні сестри віднесені до професій первинної ланки. Водночас, у країнах, де пацієнти мають прямий доступ до ряду медичних спеціальностей, представники цих професій фактично є частиною ПМД, незважаючи на те, що місце роботи таких фахівців звичайно розташоване в закладах вторинної медичної допомоги; існують також змішані практики, в яких задіяні як ЛЗП, так і спеціалісти, що аналізується детальніше в блоці «координація ПМД». У результаті картина щодо кола постачальників ПМД виглядає таким чином: на одному полюсі – країни, де спектр постачальників ПМД залишається класичним і обмежується ЛЗП, медичними сестрами та стоматологами (Велика Британія, Португалія), на іншому – країни, де в наданні ПМД, крім ЛЗП, беруть участь ще лікарі 10–11 спеціальностей як широкого профілю (акушери-гінекологи, педіатри, терапевти), так і вузькі спеціалісти – хірурги, кардіологи, офтальмологи, невропатологи, оториноларингологи тощо (Німеччина, Австрія) (врізка).

Врізка

Постачальники первинної медичної допомоги (приклади окремих країн Європи):

Велика Британія – лікарі загальної практики, медичні сестри загальної практики, акушерки, стоматологи;
Португалія – лікарі загальної практики, медичні сестри загальної практики;
Німеччина – лікарі загальної практики, акушери-гінекологи, педіатри, терапевти, офтальмологи, оториноларингологи, кардіологи, невропатологи, хірурги, акушерки, стоматологи;
Австрія – лікарі загальної практики, акушери-гінекологи, педіатри, терапевти, офтальмологи, оториноларингологи, кардіологи, невропатологи, хірурги, медичні сестри загальної практики, спеціалізовані медичні сестри, медичні сестри з домашнього догляду, фізіотерапевти, акушерки, трудотерапевти, логопеди, стоматологи.

Більше третини (35,5%) країн – Бельгія, Кіпр, Чеська Республіка, Фінляндія, Ісландія, Ірландія, Мальта, Румунія, Словенія, Швейцарія, Швеція – не мають формального опису посадових обов'язків (кваліфікаційних характеристик) для ЛЗП.

Планування потреб у кадрових ресурсах для ПМД на місцях здійснюється лише в чотирьох країнах (Бельгії, Данії, Естонії, Франції). Не виключено, що це впливає на віковий склад кадрів для ПМД. У багатьох країнах Європи реєструється постаріння ЛЗП (у 2/3 країн частка осіб 55 років і старше коливається в межах 40–65%). Можливий зв'язок такої кадрової ситуації з дискримінацією ЛЗП у рівнях їхніх доходів порівняно з лікарями інших спеціальностей. Лише в трьох країнах (Португалії, Іспанії, Великій Британії), які мають національні системи охорони здоров'я, рівень доходів ЛЗП зіставний зі спеціалістами, в інших країнах він нижчий або набагато нижчий.

Досить сприятливою виглядає ситуація в Європі з підготовкою фахівців для ПМД. У переважній більшості країн сімейна медицина вивчається на додипломному етапі навчання студентів (80% країн); у 2/3 країн практично всі університети мають післядипломну підготовку із загальної практики – сімейної медицини (за винятком Австрії, Кіпру, Італії, Чеської Республіки, Німеччини тощо).

Інтегральна оцінка кадрового компоненту ПМД показує, що до першої п'ятірки з найбільш високими показниками (2,6–2,2 балу) належать Велика Британія, Нідерланди, Данія, Португалія, Фінляндія; до останньої з найнижчими показниками (1,6–1,9 балу) – Ісландія, Люксембург, Латвія, Словаччина, Греція.

У цілому до країн із сильною структурою ПМД за всіма трьома компонентами (управління, економічні умови та кадрові ресурси) належать Велика Британія, Данія, Фінляндія, Італія, Нідерланди, Португалія, Румунія, Словенія, Іспанія; відносно слабка структура ПМД – у Болгарії, Кіпрі, Чеській Республіці, Греції, Ісландії, Люксембурзі, Польщі і Словаччині.

Характеристика надання послуг первинної медичної допомоги (процесного аспекту) в країнах Європи

Доступність ПМД є одним із найважливіших процесів, оскільки характеризує можливість отримати допомогу всім, хто її потребує, незалежно від соціально-економічного статусу, місця проживання, стану здоров'я тощо. Для аналізу цього компоненту в Європейському дослідженні використано такі індикатори: забезпеченість ЛЗП та рівномірність їх регіонального розподілу; дефіцит ЛЗП відповідно до національних нормативів; наявність обов'язкових мінімальних часів роботи практики ПМД;

середнє число домашніх відвідувань ЛЗП на тиждень; використання телефонних консультацій та консультацій електронною поштою; наявність системи попереднього запису на прийом; форми надання ПМД у неробочі часи; платежі пацієнта за відвідування ЛЗП, за ліки за рецептом, за візити до спеціалістів за направленням ЛЗП, за домашні візити ЛЗП та задоволеність пацієнтів цінами на ПМД та її доступністю.

Необхідною передумовою для доступності ПМД є як адекватне забезпечення медичним персоналом, так і справедливість його розподілу всередині країни. Як вже зазначалося, у всіх країнах основним постачальником ПМД є ЛЗП, але різниця в забезпеченості ними між країнами сягає 7-кратного розміру: при середньоєвропейській забезпеченості 68 на 100 тис. населення максимальний показник реєструється в Австрії – 153,3, мінімальний у Польщі – 20,8. Слід зазначити, що при оцінці таких відмінностей слід брати до уваги залучення в різних країнах до надання ПМД й інших спеціалістів. Існують також значні розбіжності в регіональному розподілі ЛЗП: найбільші – у Швейцарії, Швеції, Бельгії, Болгарії та Великій Британії, найменші – у Португалії, Німеччині, Словаччині, Угорщині та Данії.

У всіх країнах, за винятком Австрії, Ісландії та Іспанії, існує брак ЛЗП порівняно з національними нормативами, загроза якого зростає у зв'язку з постарінням цієї професійної групи.

Нормативна регламентованість часу роботи закладів ПМД має місце у всіх країнах, за винятком Бельгії, Фінляндії, Франції, Німеччини, Ірландії, Люксембургу, Словаччини, Швеції та Швейцарії, однак тижнева тривалість роботи закладів коливається у широких межах – від 20 год. в Австрії до 52,5 год. у Великій Британії. Безперервність ПМД потребує забезпечення нею і в позаробочі часи. Найбільш поширеною в Європі моделлю надання ПМД у позаробочий час є відділення невідкладної допомоги, на Кіпрі, в Естонії, Латвії та Литві ця функція покладається на служби швидкої (екстреної допомоги). Частота домашніх відвідувань ЛЗП дуже варіює по всій Європі: від найвищого (13–37 відвідувань на тиждень у Бельгії, Мальті, Німеччині, Австрії, Франції) до найнижчого (0–1 – у Португалії, Норвегії, Ісландії, Туреччині та Кіпрі). Занадто низький рівень домашніх відвідувань істотно утруднює отримання необхідної допомоги для тяжкохворих і людей з обмеженими по здоров'ю можливостями.

Підвищенню доступності ПМД сприяє використання нетрадиційних способів отримання консультацій у дистанційному режимі. Так, практично у всіх країнах (за винятком Кіпру, Естонії, Греції, Литви, Люксембургу, Польщі, Румунії, Словаччини та Туреччини) доступні телефонні консультації; консультації електронною поштою поширені значно менше – часто практикуються лише в Данії, інколи в Ісландії, Ірландії, Італії, Литві, Норвегії, Португалії, Словенії, Іспанії та Великій Британії.

Майже у всіх країнах Європи значна увага приділяється забезпеченню фінансової доступності ПМД. У 16 країнах немає оплати за відвідування ЛЗП, у 15 – пацієнт доплачує певну суму за візит. Оплата за домашній візит ЛЗП більш поширена – не стягується плата лише у 12 країнах, доплата існує в 14 і повна оплата домашнього візиту в 4 країнах (Кіпрі, Франції, Ірландії і Латвії). У переважній більшості (26) країн практикується доплата за приписані за рецептом ліки, в окремих країнах оплата за ліки по рецепту не стягується (Кіпрі, Португалії, Румунії та Словенії), повна оплата приписаних ліків має місце лише в Ірландії. Стимулюючою до раціоналізації використання медичної допомоги є система оплати візитів до спеціалістів за направленнями ЛЗП: у 12 країнах оплата не стягується, у 9 – практикуються доплати, повна оплати зустрічалася лише у 2 країнах (Кіпрі та Франції) – табл. 3. При цьому більшість країн застосовують один або кілька з критеріїв для виключення доплат за послуги ПМД, зокрема: належність пацієнтів до соціально незахищених груп (за рівнем доходу, статусом зайнятості, правовим статусом), вагітні жінки, діти, студенти, донори крові, пенсіонери, ветерани війни, групи пацієнтів із певними захворюваннями тощо. Слід зазначити, що офіційна система оплати може суттєво відрізнятися від реальної через наявність неформальних платежів або при отриманні ПМД у приватних закладах, які не заключили контрактів із фінансуючими організаціями.

Слід підкреслити високу кореляцію між вартісною і загальною задоволеністю ПМД: у країнах із високою або дуже високою оцінкою цінової доступності загальна доступність також оцінюється високо (табл. 4).

Таблиця 3

Оплата послуг у системі первинної медико-санітарної допомоги

Вид послуг	Ситуація з оплатою
Відвідування лікарів	Немає оплати – 16 країн, доплати – 15 країн
Ліки за виписаними рецептами	Немає оплати – 4 країни (Кіпр, Португалія, Румунія, Словенія), доплати – 26 країн, повна оплата – 1 країна (Ірландія)
Візити додому	Немає оплати – 12 країн, доплати – 14 країн, повна оплата – 4 країни (Кіпр, Ірландія, Латвія, Франція)
Візити до спеціалістів за направленнями ЛЗП	Немає оплати – 12 країн, доплати – 9 країн, повна оплата – 2 країни (Кіпр, Франція)

Таблиця 4

Рівні задоволеності ціновою та загальною доступністю в країнах Європи

Рівень задоволеності	Доступність	
	цінова	загальна
Дуже низький (до 60%)	Греція	Швеція
Низький (60–69%)	Португалія, Ірландія, Кіпр	Португалія, Туреччина, Швеція
Середній (70–79%)	Румунія, Туреччина	Латвія, Румунія, Греція
Високий (80–89%)	Італія, Словаччина, Бельгія, Болгарія, Чеська Республіка	Італія, Словаччина, Литва, Болгарія, Данія, Угорщина, Велика Британія
Дуже високий (понад 90%)	Австрія, Іспанія, Литва, Польща, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Франція, Велика Британія, Данія, Латвія, Угорщина, Швеція	Австрія, Іспанія, Литва, Польща, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Франція, Бельгія, Кіпр, Ірландія, Фінляндія, Чеська Республіка

За інтегральним критерієм, найбільш високі показники доступності (2,45–2,35) отримані для Словенії, Нідерландів, Великої Британії, Іспанії, Данії; найнижчі (1,9–2,1) – для Кіпру, Греції, Франції, Туреччини, Люксембургу.

Безперервність первинної медичної допомоги означає, що пацієнти повинні отримати для себе переваги з наявності довгострокових відносин з основним лікарем, які виходять за рамки конкретних епізодів хвороби. Для оцінки цього компоненту використано такий комплекс індикаторів: наявність у ЛЗП списків пацієнтів, що приписалися до конкретного лікаря; середню чисельність населення на 1 лікаря ЛЗП; процент пацієнтів, які відвідують обраного лікаря для вирішення загальних проблем зі здоров'ям; використання інформаційних технологій у загальній практиці; інформування ЛЗП про медичну допомогу, отриману пацієнтами в неробочі часи загальнолікарської практики; комунікації між спеціалістами і ЛЗП для завершення допомоги при конкретному епізоді захворювання; свобода вибору пацієнтами центру ПМД і ЛЗП; задоволеність пацієнтів їх зв'язком зі своїм ЛЗП, довірою до нього, тривалістю візиту до ЛЗП, змістом пояснень ЛЗП щодо призначеного лікування.

За результатами Європейського дослідження, пацієнти більшості країн можуть вільно зареєструватися в будь-якому центрі ПМД і в будь-якого ЛЗП, крім Фінляндії, Греції та Швеції, де пацієнти прикріплені до певного центра ПМД. Наявність списків зареєстрованих пацієнтів є нормою в більшості країн Європи, крім Австрії, Бельгії, Кіпру, Франції, Німеччини, Ірландії, Люксембургу, Мальти, Швеції та Швейцарії. Середня кількість населення, що обслуговується одним ЛЗП, становить 1687 пацієнтів (найбільший розмір списку – у Туреччині (3687), найменший – у Люксембурзі (500), середній – у Великій Британії (1745)).

Безперервність найкраще досягається, коли пацієнти із загальними проблемами зі здоров'ям відвідують основного лікуючого лікаря і, навпаки, – страждає при відвідуванні кількох постачальників ПМД або спеціалістів [12]. Практика отримання консультацій в одного постачальника є звичайною для європейських країн із варіаціями з максимумом – понад 90% у Чеській Республіці та Словаччині і мінімумом – до 70% в Австрії та Португалії.

Безперервність медичної допомоги підкріплюється безперервністю управління, яка базується на хороших інформаційних системах. У більшості країн інформаційні системи в ПМД використовуються для ведення медичної документації, фінансового управління, виписування ліків. Окремі країни використовують комп'ютерні системи для запису на прийом, зв'язку зі спеціалістами та фармацевтами. У більшості країн ЛЗП отримують упродовж доби інформацію про допомогу, надану їх пацієнтам у позаробочі часи або в інших закладах охорони здоров'я.

У середньому 85% пацієнтів в Європі задоволені взаєминами зі своїм лікуючим лікарем і довіряють йому.

Інтегральні показники безперервності ПМД найвищі (2,45–2,4) у Данії, Іспанії, Естонії, Чеській Республіці, найнижчі (2,2–2,25) – у Туреччині, Мальті, Австрії, Швеції та Греції.

Фахівці первинної ланки можуть відігравати важливу роль у координації медичного обслуговування населення в цілому, що може позитивно впливати на ефективність використання ресурсів та якість надання медичної допомоги. Для характеристики компоненту «координація» застосовано комплекс індикаторів: особливості доступу пацієнтів до лікарів-спеціалістів; характеристики форм організації ПМД (індивідуальна практика ЛЗП, групова практика ЛЗП, змішана практика – ЛЗП і спеціалісти); взаємодію між ЛЗП і спеціалістами; координацію роботи між ПМД і сектором охорони громадського здоров'я; використання ЛЗП телефонних консультацій зі спеціалістами; роль медичних сестер ПМД тощо.

Провідним способом координації в системі медичного обслуговування є, так звана, функція «воротаря», коли доступ до спеціалістів регулюється через систему направлень від ЛЗП. У різних країнах Європи існують різноманітні способи доступу пацієнтів до лікарів-спеціалістів – від прямого нерегульованого доступу до необхідності обов'язкового направлення ЛЗП для отримання консультації спеціаліста (табл. 5). У класичному вигляді контрольно-пропускна функція

покладена на ЛЗП лише в третині (11) країн, включених у дослідження. Проте в окремих країнах застосовуються економічні стимули, які опосередковано сприяють координованому доступу (наприклад, безпосередній доступ до більшості фахівців можливий, якщо витрати на поїздки оплачуються в приватному порядку).

Таблиця 5

Варіанти доступу до спеціалістів у країнах Європи

Система направлень	Країни
Відсутня – прямий доступ пацієнтів до більшості фахівців	Австрія, Бельгія, Кіпр, Німеччина, Люксембург, Швейцарія, Туреччина
Формально відсутня, але є стимули	Чеська Республіка, Данія, Фінляндія, Франція, Ісландія, Ірландія, Мальта, Словаччина
Часткова система воротаря – направлення потрібне тільки для вибору лікаря	Угорщина, Латвія, Польща, Швеція
Повна система воротаря – направлення потрібне до лікарів більшості спеціальностей	Болгарія, Естонія, Італія, Литва, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Румунія, Словенія, Іспанія, Велика Британія

Організація ПМД може сприяти або перешкоджати координації, як у рамках ПМД, а також між первинною і вторинною медичною допомогою. ПМД може бути організована як індивідуальна, групова практика ЛЗП або змішана практика з ЛЗП та спеціалістів. Найпростіша координація як усередині ПМД, так і зі спеціалістами реалізується в умовах солопрактики, проте така організація має багато організаційних обмежень (необхідність пошуку заміни в разі хвороби, відпустки, відрядження ЛЗП; труднощі з оплатою оренди, забезпеченням практики обладнанням тощо). Найменше можливостей координації у змішаній практиці, оскільки пацієнт отримує можливість лікуватися у декількох спеціалістів, утруднюється впорядкованість взаємодії зі спеціалістами вторинного рівня допомоги. ЛЗП, що працюють у групових практиках, число яких у багатьох країнах невтримно зростає, мають ширші можливості кооперації та розподілу функцій, консультування один з одним у складних випадках, сприяючи таким чином координації допомоги.

Індивідуальна практика, як переважна форма організації ПМД, зустрічається в 11 країнах, групова – у 15. Змішана, за участю спеціалістів, практика не є поширеною формою організації ПМД: істотну роль вона відіграє лише в Литві (80%); від 7 до 20% змішаних практик існує у 7 країнах (Кіпрі, Греції, Мальті, Словенії, Німеччині, Латвії, Румунії) і мізерно мала частина (1% і менше) – ще в 5 країнах (Чеській Республіці, Фінляндії, Угорщині, Іспанії, Великій Британії) – табл. 6.

Таблиця 6

Форми організації первинної медико-санітарної допомоги

Форма організації	Країна (% практик)
Індивідуальна (соло) практика ЛЗП	Більшість – Словаччина (100%), Австрія (95%), Угорщина (95%), Болгарія (95%), Чеська Республіка (95%), Латвія (92%), Італія (78%), Естонія (77%), Бельгія (76%), Швейцарія (63%), Німеччина (62%)
Групова практика ЛЗП	Більшість – Португалія (100%), Фінляндія (98%), Іспанія (97%), Швеція (97%), Туреччина (96%), Польща (94%), Ісландія (85%), Литва (80%), Велика Британія (78%), Ірландія (70%), Румунія (67%), Данія (64%), Словенія (60%), Нідерланди (58%), Франція (54%)
Змішана форма з частковою участю спеціалістів	Литва (80%), Кіпр (20%), Греція (20%), Мальта (20%), Словенія (20%), Німеччина (9%), Латвія (8%), Румунія (7%), *1% і менше – в Чеській Республіці, Фінляндії, Угорщині, Іспанії, Великій Британії*

Співробітництво між постачальниками ПМД і спеціалістами обмежене в країнах, де існують змішані форми практики, що може бути результатом взаємної конкуренції між спеціалістами, зайнятими у структурах як первинної, так і вторинної допомоги.

Телефонні консультації зі спеціалістами ЛЗП у більшості країн існують лише у 13 країнах.

Координація між ПМД і сектором охорони громадського здоров'я слабо розвинена в більшості країн. Тільки в 10 країнах дані ПМД постійно використовуються для визначення пріоритетів політики в галузі охорони здоров'я.

Роль медсестер у системі ПМД у більшості країн обмежена – тільки у 12 країнах медсестри виконують функції медико-санітарної освіти.

Узагальнена оцінка компоненту «Координація» показує більш низький її рівень порівняно з іншими процесними компонентами, більш виражені і відмінності між країнами: найвищий рівень координації медичної допомоги мають Швеція, Нідерланди (2,3–2,2 балу);

найбільш низькі її рівні – Австрія, Німеччина, Словаччина, Болгарія, Угорщина, Кіпр (1,35–1,1,5 балу).

Комплексність послуг первинної допомоги відображає ступінь залежності ПМД від послуг вторинної медичної допомоги. Чим ширший спектр послуг, які пропонуються пацієнтам у первинній ланці, тим менша залежність і більш сильна ПМД. Для оцінки цього компонента використано комплекс індикаторів: наявність необхідного обладнання в практиці; участь ЛЗП та інших спеціалістів у першому контакті при виникненні проблем зі здоров'ям; участь ЛЗП та інших спеціалістів у лікуванні та подальшому догляді за пацієнтами; відсоток від загального числа контактів із пацієнтами, які відбувалися виключно з ЛЗП; участь ЛЗП, медсестер загальної лікарської практики, інших спеціалістів у виконанні медичних технічних процедур; участь ЛЗП, інших спеціалістів у наданні профілактичної допомоги; участь ЛЗП у санітарно-просвітній роботі тощо.

Можливості для надання послуг пов'язані з наявністю медичної обладнання в практиці ПМД. Матеріали Європейського дослідження свідчать, що структури ПМД, як правило, добре оснащені по всій Європі. Понад 90% від загального числа контактів із пацієнтами без направлення забезпечується ЛЗП у 9 країнах (Данії, Фінляндії, Ісландії, Нідерландах, Норвегії, Португалії, Іспанії), де переважає групова практика, та в Естонії і Швейцарії, де провідна роль належить індивідуальній практиці. В інших країнах, стосовно яких доступна інформація, цей показник коливається в межах 70–87%, за винятком Латвії (16%) і Румунії (35%).

Медичні технічні процедури найбільш часто здійснюються ЛЗП і медсестрами первинної ланки медичної допомоги в Бельгії, Фінляндії, Нідерландах, Норвегії та Швеції. Профілактичні заходи в більшості країн виконуються різними постачальниками.

Комплексність надання послуг ПМД найбільш повна в Литві, Норвегії, Болгарії, Бельгії, Великій Британії, Іспанії, Фінляндії, Швеції, Португалії та Франції (близько 2,5 балу); більш вузький профіль послуг ПМД (2–2,2 балу) – у Словаччині, Італії, Греції, Кіпрі, Румунії. Інші країни посідають проміжне місце щодо масштабу комплексності послуг ПМД.

На рис. 1 наведено узагальнені, з урахуванням усіх вимірів структурного та процесного аспектів, характеристики стійкості (сили) систем ПМД у різних країнах Європи. До країн із сильними системами ПМД належать Португалія, Іспанія, країни навколо Північного моря (Бельгія, Велика Британія, Нідерланди і Данія), Словенія і 3 країни на північному сході Європи (Литва, Естонія і Фінляндія). Системи ПМД у центральній (Словаччина, Австрія, Угорщина), а також у Південно-Східній Європі (Болгарія, Греція, Кіпр) і Туреччина є відносно слабкими. Інші країни мають середній рівень стійкості.

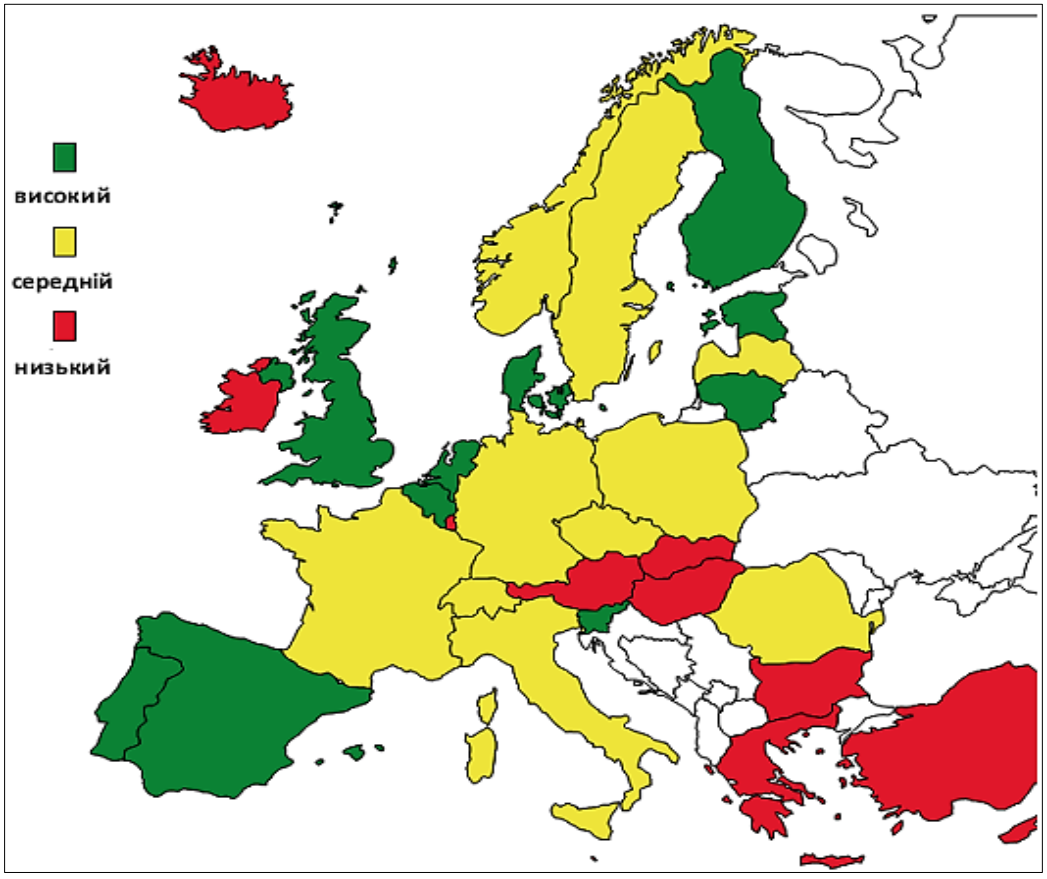


Рис. 1. *Загальна характеристика систем первинної медичної допомоги в Європейських країнах залежно від їх стійкості (сили). Джерело: [4, с. 110]*

Одним із найважливіших результатів Європейського дослідження є те, що сила системи не гарантує її ефективності. Велике значення має збалансованість різних компонентів структурного та процесного аспектів (рис. 2А), що в кінцевому рахунку впливає на якість ПМД (рис. 2В). Так, сильними і водночас ефективними є лише системи ПМД Нідерландів, Португалії, Фінляндії, Литви та Естонії. Водночас, частина країн із відносно слабкими системами ПМД визнані досить ефективними у відносному вираженні – Люксембург, Болгарія та Угорщина.

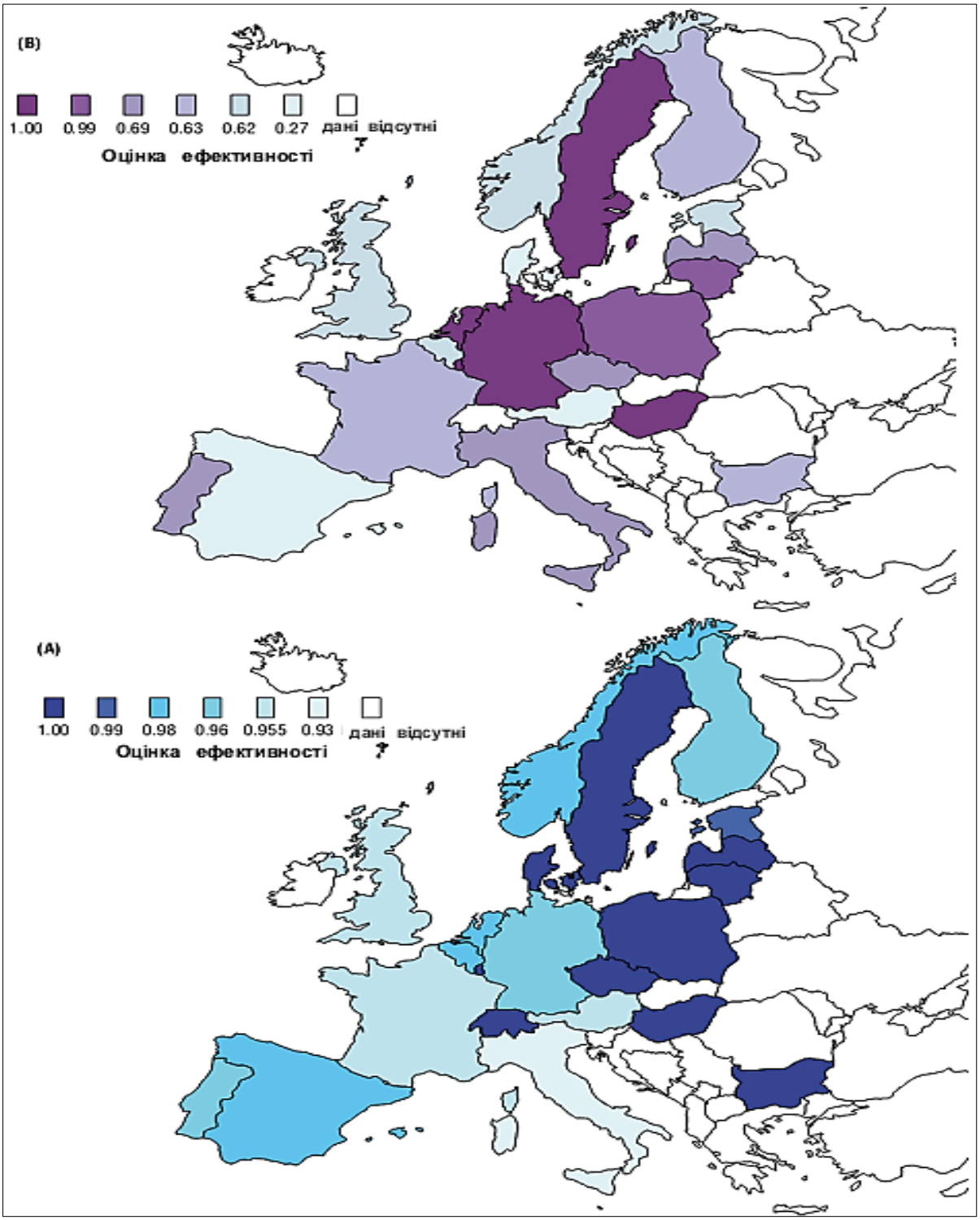


Рис. 2. *Оцінка ефективності систем первинної медичної допомоги в Європейських країнах у розрізах (А) структура-процес та (В) процес-результат. Джерело: [4, с. 111]*

Тобто зосередженості на окремих аспектах (наприклад, структурному) або функціях без урахування їх узгодженості в рамках системи не достатньо для досягнення високих кінцевих результатів. Відзначається доцільність у пріоритетному порядку сконцентрувати увагу на збільшенні доступності, координованості допомоги та забезпечення системи ПМД необхідними економічними ресурсами [6].

При зіставленні стану ПМД із рівнем економічного розвитку різних країн виявлено дуже цікаві закономірності:

– більш багаті країни, як правило, мають більш слабку структуру і меншу доступність послуг ПМД;

– країни зі страховою моделлю мають більш низьку доступність і безперервність ПМД порівняно з національними системами охорони здоров'я, передусім через відсутність воротаря і використання доплат при отриманні ПМД;

– більшість країн із перехідною економікою в Східній та Центральній Європі активно використовують зростання національного доходу для зміцнення доступності та безперервності ПМД.

Нідерландські вчені P. P. Groenewegen та D.M.J. Delnoij [5] дійшли висновку, що розвиток ПМД у цілому є результатом політичної волі, залучених ресурсів, участі громадськості та сприяння зміцненню системі охорони здоров'я в цілому.

Система первинної медичної допомоги в Україні на загальноєвропейському фоні

Первинна медична допомога в Україні набула масштабного розвитку лише у другому десятилітті XXI століття. За цей короткий період основні зусилля зосереджені переважно на структурному аспекті.

Що стосується управління первинної медичної допомоги. Вербально ПМД проголошена як пріоритетний напрямок розвитку системи охорони здоров'я. Однак спеціальних програмних документів, що підтверджують таку позицію, немає; підрозділ ПМД у МОЗ після чергової реорганізації центрального органу влади в системі охорони здоров'я в новій структурі відсутній; фінансового розмежування ПМД та вторинної допомоги немає, хоча його доцільність доведена в регіональних пілотних проектах, реалізованих у 2010–2014 рр.; закон про захист прав пацієнтів, незважаючи на неодноразові подання різних проектів, до цього часу не прийнято. Існують державні вимоги як до структур ПМД, так і до медичного персоналу, але вони потребують удосконалення з урахуванням швидкого просування сучасних організаційних і медичних технологій. Реалізація основних функцій управління ПМД переважно зосереджена на місцевому рівні, що характеризує управління ПМД як децентралізоване. Дуже активно на державному рівні відбувається розробка або адаптація існуючих клінічних настанов і клінічних протоколів для потреб фахівців первинної допомоги, у тому числі із застосуванням синдромального підходу. У цілому, узагальнюючи все вищезазначене, можна характеризувати компонент «Управління» в Україні як досить слабкий.

Економічні умови надання первинної медичної допомоги в Україні виглядають таким чином. Питома вага витрат на ПМД від загальних витрат на охорону здоров'я в середньому по Україні останнім часом зросла практично удвічі – до 8,09% [1], проте її розмір істотно менший, ніж у стійких європейських системах ПМД (близько 20%). В Україні отримання ПМД у комунальних закладах охорони здоров'я є формально безоплатним. Інакше виглядає ситуація із забезпеченням ліками. На відміну від європейських країн, рецептурна система відпуску ліків для потреб ПМД практично не працює, і населення практично не застраховане від витрат на їх придбання, за винятком окремих категорій хворих.

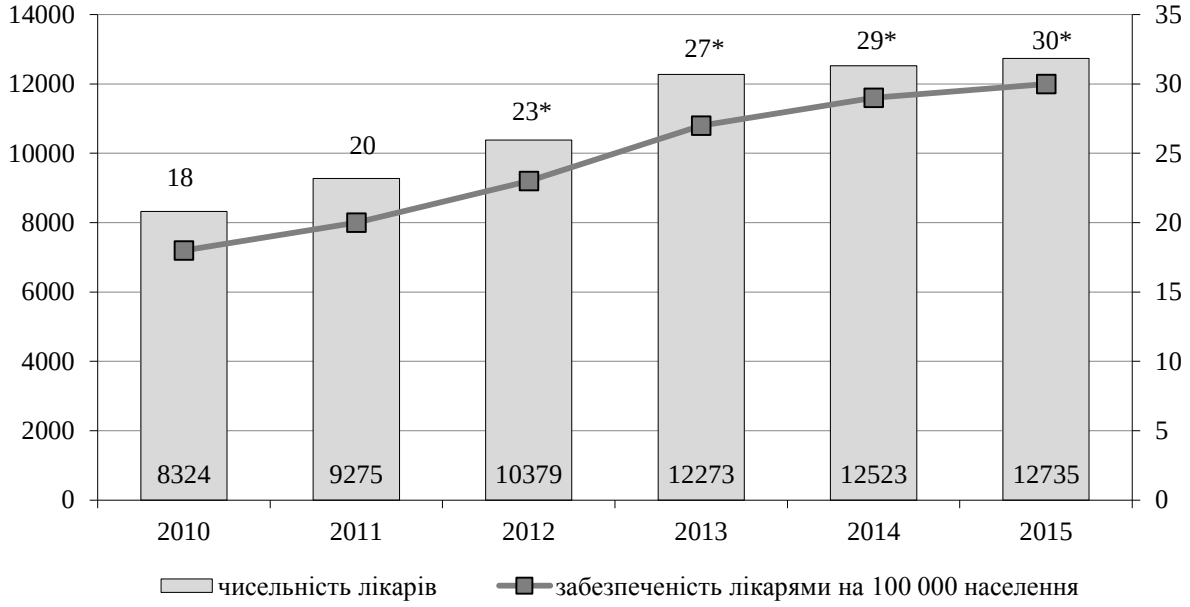
Основна маса постачальників медичних послуг – наймані працівники, які працюють у комунальних установах. Вони отримують посадові оклади за відпрацьований час, розмір яких нижчий, ніж в інших галузях економіки. Формально ці оклади зіставні з окладами спеціалістів, однак реальний дохід фахівців ПМД з урахуванням неформальної складової істотно нижчий. Запроваджена в пілотних регіонах оплата праці медичного персоналу з доплатами залежно від кількості обслуговуваного населення та якості виконаної роботи, яка поклала початок мотивації фахівців ПМД до більш інтенсивної та якісної роботи, не набула поширення в країні і після закінчення у 2014 р. пілотного проекту в цих регіонах була практично згорнута, залишившись лише на окремих територіях за ініціативи місцевих органів влади. Формально проголошені договірні відносини постачальників ПМД із фінансуючою стороною практичної реалізації не отримали.

У цілому економічні умови надання ПМД в Україні можна кваліфікувати як незадовільні.

Що стосується характеристики трудових ресурсів у системі ПМД. В Україні останніми роками здійснюється інтенсивна підготовка ЛЗП як через інтернатуру, так і шляхом перенавчання практикуючих терапевтів і педіатрів. У результаті чисельність ЛЗП постійно зростає як в абсолютному, так і у відносному виразі (рис. 3), проте рівень забезпеченості менший за такий у країнах Європи із сильними системами ПМД майже удвічі. Проблемним залишається рівень професійної підготовки фахівців, які надають ПМД. У якості постачальників послуг ПМД сьогодні навіть у закладах і підрозділах ПМД задіяні ЛЗП, терапевти, педіатри і досить широкий спектр фахівців інших спеціальностей, а враховуючи наявність прямого некерованого доступу до спеціалістів, число постачальників ПМД за профілями обмежується лише переліком таких спеціалістів у штаті поліклінічного підрозділу.

У пілотних регіонах розпочато запровадження різних заходів, спрямованих на збільшення доступності, безперервності та координації ПМД: створення центрів ПМД та розгалуженої мережі амбулаторій, наближених до місця проживання населення, вільний вибір лікаря первинної ланки, система направлень лікарями ПМД до спеціалістів тощо. Ці рішення залишилися нереалізованими через їх слабку методичну підготовленість і практичну відсутність інформаційного

супроводу впровадження. На основі поглибленого аналізу визначено шляхи вирішення проблем, які перешкоджають інтенсивному розвитку ПМД у країні [2], але подальші перетворення в системі ПМД практично призупинені.



*Примітка: * – $p<0,05$ порівняно з показником 2010 р.*

Рис. 3. *Динаміка забезпеченості лікарями загальної практики – сімейними лікарями в Україні*

У цілому система ПМД в Україні залишається занадто слабкою і потребує здійснення системних і послідовних перетворень з урахуванням передового досвіду країн Європи.

Сьогодні в МОЗ та у Верховній Раді України існує пакет документів, які могли б суттєво вплинути на темпи та якість розвитку ПМД в Україні. До їх числа можна віднести: Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України (передбачено функціональну реструктуризацію центрального та регіональних органів управління охороною здоров'я зі зміцненням організаційного потенціалу в напрямку ПМД, створення ефективної інфраструктури ПМД, збільшення питомої ваги фінансування ПМД до 25–30% від обсягів фінансування охорони здоров'я тощо); Проект Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України (передбачено запровадження державного гарантованого пакету медичних послуг, який, зокрема, включає послуги ПМД, основні види амбулаторних послуг за направленням лікаря первинної ланки, покриття витрат на ліки перш за все призначені лікарями первинної ланки; створення Національної агенції з її регіональними підрозділами, яка повинна здійснювати фінансування на договірних засадах, у тому числі закладів первинної ланки); Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я від 10.12.2015 р. №2309а-д (регламентовано автономізацію закладів охорони здоров'я, що надають усі види медичної допомоги); Проект Закону про засади державної політики охорони здоров'я від 17.07.2015 р. № 2409а (прописано в тому числі комплекс заходів щодо забезпечення пріоритетного розвитку ПМД); Проект Закону про організацію медичного обслуговування населення в Україні від 15.04.2016 р. № 4456 (передбачено щодо ПМД – запровадження подушної оплати послуг, оплату праці медичного персоналу відповідно до інтенсивності та якості роботи, планування розвитку мережі закладів ПМД, запровадження системи управління якістю медичної допомоги, координацію ПМД з іншими видами медичної допомоги тощо). Справа за малим – ці нормативні акти необхідно прийняти і послідовно реалізовувати.

Висновки

В Європейському регіоні національні системи ПМД відзначаються значним розмаїттям. За наявності істотних відмінностей структурних і процесних аспектів їх об'єднує універсальне охоплення населення ПМД та позиціонування ЛЗП як наріжного каменю первинної допомоги.

Сила та ефективність систем ПМД не мають прямого зв'язку з рівнем економічного розвитку країни. Більш важливими умовами для формування сильної ПМД є узгодженість та збалансованість у рамках системи структурного та процесного аспектів, їх окремих компонентів. Визнано, що провідне значення для ефективності системи ПМД мають збільшення доступності, координованості допомоги із застосуванням принципу воротаря та забезпечення її необхідними економічними ресурсами.

В Україні намітилися чітка тенденція до розвитку ПМД як однієї з провідних складових системи охорони здоров'я. Однак система ПМД залишається дуже слабкою передусім через недостатню системність і послідовність управлінських рішень щодо напрямків, моделей та механізмів розвитку ПМД.

Перспективи подальших досліджень

Для розробки програми та моніторингу розвитку ПМД в Україні доцільно взяти на озброєння, в якості якірного, комплекс індикаторів, застосований в Європейському дослідженні ПМД.

Література

1. *Аналіз* перешкод на шляху розвитку системи первинної медичної допомоги в Україні та можливі підходи до їх подолання / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, В. В. Волчек // Медичні перспективи. – 2016. – Т. XXI, № 2 (ч. 1). – С. 9–16.
2. *Лехан В. М.* Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 67–86.
3. *Устінов О. В.* Реформа первинної медичної допомоги – 2013: сучасний стан, проблеми, шляхи вирішення / О. В. Устінов // Український медичний часопис. – 2013. – № 5 (97). – С. 24–27.
4. *Building* primary care in a changing Europe: case studies / D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman. – World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. – 315 p.
5. *Groenewegen P. P.* De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief / P. P. Groenewegen, D. M. J. Delnoij // Medische Sociologie: sociologische perspectieven op ziekte en zorg. Ed. by C. W. Aakster, J. W. Groothof. – Groningen/Houten: Wolters-Noordhof, 2003. – P. 155–172.
6. *How* to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe / F. Pelone, D. S. Kringos, P. Spreeuwenberg [et al.] // International Journal for Quality in Health Care. – 2013. – № 25 (4). – P. 381–393.
7. *New* partnership to help countries close gaps in primary health care [Electronic document] / WHO. Media centre. – October 2016. – Access mode : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/partnership-primary-health-care/en/. – Title from screen. – 05.10.2016.
8. *Scott I.* Why Family Medicine? A Fact Sheet for Prospective Family Physicians (The College of Family Medicine in Canada) [Electronic document] / I. Scott, G. Chami. – Access mode : http://www.cfpc.ca/why_family_medicine. – Title from screen. – 05.10.2016.
9. *Starfield B.* Contribution of Primary Care to Health Systems and Health / B. Starfield, L. Shi, J. Macinko // Milbank Quarterly. – 2005. – Vol. 83 (3). – P. 457–502.
10. *Statement* on strengthening people-centred health systems [Electronic document] / [EFPC]. – October 2016. – [2 с.]. – Access mode : http://euprimarycare.org/sites/default/files/statement_on_strengthening_people_–_final.pdf. – Title from screen. – 05.10.2016.
11. *Taking* the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries / C. Schoen, R. Osborn, P. T. Huynh [et al.] // Health Affairs. – 2005. – W5. – P. 509 – 525.
12. *The delivery* of primary care services / A. Wilson, A. Windak, M. Oleszczyk [et al.] // Building primary care in a changing Europe. Ed. by D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman. – World Health Organization : European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. – P. 67–102.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.08.2016 р.

Сравнительный анализ подходов к развитию первичной медицинской помощи в странах Европы и в Украине

В.Н. Лехан[1], Л.В. Крячкова[1], В.В. Волчек[1], С.С. Росточило[2]
[1]ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина
[2]КУ «Областной Днепропетровский информационно-аналитический центр медицинской статистики», г. Днепр, Украина

Цель – изучить систему первичной медицинской помощи в различных странах Европы и провести сравнительное исследование их характеристик с основными тенденциями развития первичной медицинской помощи в Украине.

Материалы и методы. Использованы данные собственных исследований состояния первичной медицинской помощи в Украине и материалы масштабного многоаспектного исследования систем первичной медицинской помощи в 31 стране Европы. При обобщении результатов оценены структурный, процессный аспекты и результативность первичной медицинской помощи в странах. Применены библиосемантический, исторический, медико-статистический методы.

Результаты. Несмотря на существенные отличия, системы первичной медицинской помощи Европейского региона объединяет универсальный охват населения первичной медицинской помощью и позиционирование врачей общей практики как краеугольного камня системы. В Украине система первичной медицинской помощи остается очень слабой вследствие недостаточной комплексности и последовательности управленческих решений относительно направлений, моделей и механизмов развития первичной медицинской помощи.

Выводы. Ведущее значение для эффективности системы первичной медицинской помощи имеют увеличение доступности, координированности помощи с использованием принципа привратника и обеспечения ее необходимыми экономическими ресурсами.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, Европа, Украина.

Comparative analysis of the approaches to the development of primary health care in European countries and in Ukraine

V.M. Lekhan[1], L.V. Kryachkova[1], V.V. Volchek[1], S.S. Rostochylo[2]
[1]SE "Dnipropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine
[2]CE "Dnipropetrovsk Regional Information and Analytical Center for Health Statistics", Dnipro, Ukraine

Purpose – the study of primary health care systems in various European countries and a comparative study of their characteristics with the main tendencies of primary health care development in Ukraine.

Materials and methods. The data from own research of primary health care status in Ukraine and the materials of a large-scale multidimensional study of primary health care system in 31 European countries are used in the work. Structural, process aspects and outcomes of primary health care in the countries were estimated in the generalizing the results. Bibliosemantic, historical, health statistics methods are used.

Results. Despite the significant differences, universal primary health care coverage of population and positioning general practitioner as a corner stone of the system unite primary health care systems in the European Region. In Ukraine, the primary health care system is very weak due to the lack of comprehensive and consistent management decisions concerning the directions, models and mechanisms of primary health care development.

Conclusions. An increase of accessibility, care coordination using the gatekeeper principle and ensuring with the necessary economic resources have a leading role to primary health care system effectiveness.

Key words: primary health care, Europe, Ukraine.

Відомості про авторів

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Крячкова Лілія Вікторівна – д.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Волчек Віра Володимирівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Росточило Світлана Сергіївна – начальник КЗ «Обласний Дніпропетровський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики»; пл. Жовтнева, 14, м. Дніпро, 49999, Україна.