

## **Чи потрібен Україні досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги системи охорони здоров'я в постсоціалістичних країнах?**

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

***Мета** – порівняти реформування первинної медико-санітарної допомоги охорони здоров'я в постсоціалістичних країнах із планом реформ в Україні.*

***Матеріали та методи.** Проаналізовано стан охорони здоров'я за останні 10 років реформ у деяких постсоціалістичних країнах. Звернуто увагу на такі ключові питання, як складності у фінансуванні охорони здоров'я, координація медичного обслуговування, підвищення якості медичної допомоги, зв'язок із населенням і розвиток суспільної охорони здоров'я.*

***Результати.** Десятиліття, що минули після розпаду соціалістичного укладу, принесли серйозні політичні і соціально-економічні зміни в усі сфери життя постсоціалістичних країн. Системи охорони здоров'я колишніх соціалістичних країн тією чи іншою мірою піддалися реформуванню. У даний час з'явилася можливість оцінити хід цього процесу, його успіхи та помилки і визначити напрям майбутньої роботи. Фінансування охорони здоров'я колишніх соціалістичних країн на початку перехідного періоду піддалося істотним перетворенням. У більшості країн метою цих перетворень була заміна централізованої системи Семашко на децентралізовану договірну систему, що створювалася за зразком західноєвропейської Бісмарківської системи.*

***Висновки.** Аналіз досвіду реформування в колишніх соціалістичних країнах свідчить, що реформи виявляються успішними лише в умовах чіткої регуляції, кадрової та інформаційної підтримки, яких часто не вистачає. Іншими словами, слабка підтримка з боку держави, незалежно від переваг обраної моделі реформ, може приводити до катастрофічних наслідків. Ефективність реформ потребує чіткого формулювання стратегії розвитку системи охорони здоров'я, розмежування завдань і обов'язків державного і приватного секторів, визначення базового обсягу медичної допомоги.*

***Ключові слова:** охорона здоров'я, сімейна та страхова медицина.*

### **Вступ**

Кінцева мета керівників, які займаються реформою охорони здоров'я, – зміцнити первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) [2]. В Україні поліклініки та центри ПМСД є «бідними родичами» лікарень. Їх персонал отримує низьку платню, і працювати в таких закладах непрестижно. Самі заклади та їх устаткування перебувають у жалюгідному стані, як наслідок, робота ПМСД на сьогодні полягає у видачі направлення до лікарень і виписування лікарняних листків.

Останніми десятиліттями в Україні велися пошуки моделі охорони здоров'я, і на кінець був розроблений план дій на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» [3].

**Мета роботи** – порівняти реформування охорони здоров'я в постсоціалістичних країнах із планом реформ в Україні.

### **Матеріали та методи**

Проаналізовано стан охорони здоров'я за останні 10 років реформ у деяких постсоціалістичних країнах.

Звернуто увагу на такі ключові питання, як складності у фінансуванні охорони здоров'я, координація медичного обслуговування, підвищення якості медичної допомоги, зв'язок із населенням і розвиток суспільної охорони здоров'я.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

На першому етапі реформування в європейських країнах значна увага приділялася такому ключовому питанню, як фінансування охорони здоров'я [7]. Фінансування має на меті концентрацію фондів та їх розподіл як плату за виконувані послуги. У результаті змінилися шляхи концентрації фондів і з'явилися нові принципи оплати медичних послуг. Зміни, що відбулися, спрямовані на економію засобів, підвищення економічної та соціальної ефективності й усунення недоліків попередньої системи. Цей перехід часто здійснювався на тлі серйозних соціально-економічних потрясінь [6, 8]. Опинившись у нових умовах, охорона здоров'я колишніх соціалістичних країн стикнулася зі скороченням фінансування в цілому і труднощами при нагромадженні і розподілі фондів.

Які основні напрямки роботи декларує Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України? [3].

I. *Запровадження нової моделі фінансування для ПМСД.* Згідно з документом, ПМСД надається усім громадянам України незалежно від їх віку, статі, національності, соціального статусу, рівня доходу, місця проживання, віросповідання чи інших ознак. Вона надається за рахунок бюджетних коштів згідно з відповідною бюджетною програмою та законодавством. Фінансування діагностичних заходів і лабораторних досліджень у межах ПМСД для громадян України також здійснюється за рахунок бюджетних коштів за відповідною бюджетною програмою та законодавством.

Наказом регламентуються правила надання ПМСД. Зокрема, вибір лікаря та місце надання допомоги, форми та способи допомоги, матеріально-технічне забезпечення робочого місця лікаря ПМСД, режим і графік роботи лікаря та ін.

Пацієнт має право вільного вибору лікаря, незалежно від місця офіційної реєстрації. Рекомендована кількість пацієнтів, які обрали одного лікаря, має

становити 2000 осіб. Однак, залежно від соціальних, вікових та кількісних характеристик громади, на території якої працює лікар, в окремих випадках кількість пацієнтів може бути більшою або меншою.

Лікар надає допомогу за місцем своєї господарської діяльності під час прийому. З огляду на стан пацієнта він може прийняти рішення про надання ПМСД за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням засобів телекомунікації.

Лікари ПМСД самостійно обирають місце для своєї господарської діяльності. Зокрема, надання допомоги може здійснюватися в окремій будівлі чи приміщеннях, що належать суб'єкту надання ПМСД на праві власності, праві оренди чи інших підставах, не заборонених законодавством. Однак робоче місце має відповідати державним санітарним нормам та іншим вимогам, передбаченим законодавством.

Розроблений перелік скринінгових обстежень у межах ПМСД наведено в таблиці.

Таблиця

Перелік скринінгових обстежень у межах первинної медико-санітарної допомоги

Нозологічна одиниця	Фактор ризику	Вікова групи	Стать	Метод виявлення (первинний рівень)	Метод виявлення (вторинний рівень)	Періодичність обстеження
Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання	Підвищення АТ Тютюнокуріння Надлишкова маса тіла Абдомінальне ожиріння Цукровий діабет Обтяжений спадковий анамнез	40 років і старші	ч ж	Вимірювання АТ Шкала SCORE ІМТ ОТ Глюкоза в крові натще Загальний холестерин		Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
Цукровий діабет	Надлишкова маса тіла Абдомінальне ожиріння Обтяжений спадковий анамнез Гестаційний діабет	45 років і старші До 45 років – група ризику серцево-судинних захворювань	ч ж	Шкала SCORE ІМТ ОТ Глюкоза в крові натще Загальний холестерин		Щороку
Рак шийки матки	Ранній початок статевого життя Рання вагітність (до 18 років) Чотири і більше вагітностей Активна сексуальна поведінка партнерів Венеричні хвороби в анамнезі	30–60 років	ж	Направлення до гінеколога	Пап-тест (направлення з первинної ланки)	Кожні 5 років За наявності ФР – щороку

Продовження таблиці

Колоректальний рак	Літній вік Обтяжений спадковий анамнез Сімейний аденоматозний поліпоз Спадковий неполіпозний колоректальний рак Запальні захворювання кишечника Аденоматозні поліпи	50–74 роки	ч ж	Експрес-тест калу на приховану кров При позитивному тесті – направлення на вторинну ланку	Аналіз калу на приховану кров (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки За наявності ФР – щороку
Рак молочної залози	Підтверджена мутація <i>BRCA-1</i> або <i>BRCA-2</i> Обтяжений спадковий анамнез (у родичів I–II ступеня спорідненості) Променева терапія ділянки грудної клітки в анамнезі Пізнє перше дітонародження (30 років і старші) Безпліддя Пізня менопауза (55 років і старші) Тривала гормонозамісна терапія менопаузи Постменопаузальне ожиріння Вживання алкоголю Куріння Малорухливий спосіб життя Фонові передракові захворювання	50–69 років За наявності ФР – з 40 років	ж	Фізикальний огляд При підозрі – направлення до мамолога	Мамографія (направлення з первинної ланки)	Кожні 2 роки

Продовження таблиці

Рак передміхурової залози	Низький ризик 50 років і старші Середній ризик 45 років і старші Темний колір шкіри Обтяжений спадковий анамнез (у родича I ступеня спорідненості у віці до 65 років) Високий ризик 40 років і старші Обтяжений спадковий анамнез (у кількох родичів I ступеня спорідненості у віці до 65 років)	ч	Направлення на вторинну ланку	ПСА (направлення з первинної ланки)	При ПСА <2,5 – кожні 2 роки При ПСА ≥2,5 – щороку
---------------------------	--	---	-------------------------------	-------------------------------------	--

*Примітки:* АТ – артеріальний тиск; ч – чоловіки; ж – жінки; ІМТ – індекс маси тіла; ОТ – окружність талії; ФР – фактор ризику; ПСА – простатспецифічний антиген; Раp-тест – тест за Папаніколау.

До обов'язків лікаря первинної ланки, відповідно до проекту, належать:

- безпосереднє надання ПМСД пацієнтам;
- формування і контроль виконання плану обстежень та лікування, аналіз результатів досліджень, призначення медичних препаратів та інших лікувальних заходів;
- надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані;
- направлення, відповідно до медичних показань, пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- координація роботи з іншими ланками медичної допомоги;
- ведення пацієнтів, які хворіють на соціально небезпечні інфекційні захворювання, відповідно до законодавства;
- проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань;
- здійснення імунопрофілактики згідно з чинним законодавством;
- консультування щодо здорового способу життя;
- проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань;
- оцінка індивідуальних ризиків захворювань і консультування з питань профілактики. Розробка індивідуальних програм обстеження та спостереження за здоров'ям;
- інформування пацієнта щодо національних скринінгових програм і виконання інших функцій відповідно до законодавства або до програми;
- динамічне спостереження за неускладненою вагітністю;
- здійснення медичного догляду за здоровою дитиною;
- ведення хворих із психічними розладами, зокрема, враховуючи рекомендації спеціаліста;
- надання паліативної допомоги, що включає:
  - оцінку ступеня болю;

- призначення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- лікування больового синдрому;
- оформлення рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори згідно з чинним законодавством;
- координація та організація виконання лабораторних досліджень, проведення забору біологічного матеріалу;
- проведення лабораторних досліджень, у т.ч. з використанням швидких тестів;
- призначення лікарських засобів з оформленням документів згідно з чинним законодавством;
- підготовка медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та медико-соціальну реабілітацію;
- оформлення довідок, форм, листів непрацездатності.

Крім цього розроблено декларацію про вибір лікаря з надання ПМСД (рис.).

Також задекларовано:

*II. Створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я.*

*III. Створення єдиного національного замовника медичних послуг.*

Для цього заплановано:

1. Утворення в структурі МОЗ України Департаменту «Національна служба здоров'я» – I кв. 2017 р.

2. Розроблення та подання на розгляд Кабінету Міністрів України проекту Постанови «Про утворення Національної служби здоров'я України» і затвердження положення про цей орган – I кв. 2017 р. (нагадаємо, проект Постанови «Про утворення Національної служби здоров'я України» вже виносився на громадське обговорення у жовтні 2016 р.).

Утворення Національної служби здоров'я України як центрального органу виконавчої влади, державна реєстрація зазначеного органу – II кв. 2017 р.

I. Дані пацієнта											
1. Прізвище*			4. Стать*		5. Місце народження*				6. Дата народження*		
			Ч/Ж/Н								
2. Ім'я*			7. Серія і номер паспорту (запис №) АБО свідоцтва про народження*								
3. По батькові*						8. Реєстраційний номер облікової картки платника податків*					
9. Додатковий документ (серія, номер, дата видачі або термін дії посвідчення водія, закордонного паспорту, іншого посвідчення з фото)											
10. Контактний номер телефону (бажано мобільний)*						11. Адреса електронної пошти					
+											
12. Інформація про законного представника, опікуна чи піклувальника											
12.1 Прізвище			12.2 Ім'я			12.3 По батькові					
12.4 Номер та серія паспорту (запис №)			12.5 Дата народження		12.6 Реєстраційний номер облікової картки платника податків						
13. Адреса місця реєстрації*											
13.1 Індекс*		13.2 Вул., просп., алея, пров., узвіз, площа, б			13.3 Буд./кв.*		13.4 Населений пункт*			13.5 Область*	
14. Адреса для надання допомоги за місцем проживання (перебування) - якщо не збігається з місцем реєстрації											
14.1 Індекс*		14.2 Вул., просп., алея, пров., узвіз, площа, б		14.3 Буд./кв.		14.4 Населений пункт			14.5 Область		
14.6 Відмовляюсь від надання допомоги за місцем проживання (перебування) - підпис											
15. Контакти особи на випадок екстреної ситуації (ім'я, телефон)											

Поля, позначені «\*», обов'язкові для заповнення.

## II. Дані лікаря

ПІБ\* .....  
 Адреса місця надання послуг\* .....  
 Запис на прийом: Телефон\* ..... Адреса електронної пошти\* .....

## III. Дані виконавця

Назва\* .....  
 Адреса місця реєстрації\* .....  
 Код ЄДР або Реєстраційний номер облікової картки платника податків\* .....  
 Серія, номер та дата видачі ліцензії\* .....  
 Номер телефону адміністратора\* ..... Адреса електронної пошти\* .....

Своїм підписом я, \_\_\_\_\_ (ПІБ), підтверджую достовірність наданих мною даних, надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних, у тому числі даних, що стосуються здоров'я, а саме: на вчинення будь-яких дій, пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги.

.....  
 (дата підписання дд.мм.рррр)

.....  
 (підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника)

.....  
 (підпис лікаря)

.....  
 (ПІБ особи, яка внесла дані до декларації)

Рис. Декларація про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги

IV. Створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією.

V. Перегляд уніфікованих клінічних протоколів для переліку найбільш поширених медичних станів і спрощення вимог до ведення паперової звітності в медичних закладах.

Ще декілька років тому серед найважливіших запланованих реформ українського уряду в плані реформування охорони здоров'я продекларовані: 1) підтримка розвитку первинної ланки на основі сімейної медицини; 2) сімейний лікар до кінця 2020 р. має стати єдиною фігурою, яка працює у первинній ланці

охорони здоров'я; 3) децентралізація ПМСД і децентралізоване фінансування з елементами самофінансування центрів ПМСД, які мають стати незалежними структурами; 4) збільшення витрат на галузь ПМСД, яка має отримати 30% від загального бюджету охорони здоров'я замість 5%. Зараз у пакеті реформ зовсім інші пріоритети, і лікарем першого контакту, крім сімейного лікаря, буде дільничний терапевт і педіатр. Не йдеться про необхідність загальнодержавного устаткування клінік сімейної медицини відповідно до встановленої таблиці оснащення. Наразі устаткування клінік відбувається за рахунок органів місцевого самоврядування, які у зв'язку з дефіцитом бюджету не в змозі забезпечити клініки відповідним обладнанням, а також покрити потреби на їх ремонт. Слід зазначити, що останніми роками створені понад 5 тис. центрів ПМСД у сільській місцевості. На жаль, значна їх частина «перейменовані» в клініки та сільські лікарні з поганим обладнанням. 23% з них розміщені в старих будівлях, яким часто понад 50 років. Тільки 35% сільських клінік сімейної медицини повністю обладнані. Відповідно до таблиці устаткування, сільські клініки мають бути оснащені автомобілями. Понад 8000 клінік потребують автомобілів, оскільки у значній кількості місцевостей транспорт є предметом першої необхідності через віддаленість дільниць.

З 2000 р. кількість сімейних лікарів швидко зростає. До кінця 2016 р. чисельність збільшилася до 15 тис. Наразі понад 7 тис. сімейних лікарів пройшли підготовку в інтернатурі чи на курсах спеціалізації [1, 2].

Якість підготовки сімейних лікарів низька. Реально після курсів спеціалізації сімейні лікарі не готові самостійно розпочинати практику за сімейним принципом. На даний час понад 6 тис. сімейних лікарів – це люди пенсійного віку. Тільки 23% випускників медичних вузів готові розпочати власну кар'єру як сімейні лікарі за межами великих міст.

Незважаючи на те, що сімейна медицина визнана на державному рівні, сьогодні в Україні дефіцит у сімейних лікарях, як і раніше, перевищує 18 тис. осіб [2].

У зв'язку з цим слід зберегти державне замовлення сімейних лікарів і формувати стимули до обрання цієї професії та перекваліфікації в умовах скорочення фахівців інших спеціальностей (житло, заробітна платня, додаткові нарахування за особливі умови праці, за надлишок прикріпленого населення тощо).

Курс додипломної підготовки в медичних вузах розрахований на 6 років і включає 51 предмет. По закінченню навчання кожен студент отримує диплом лікаря. Студенти на 6-му році навчання формально мають право обирати спеціальність, а також місце майбутньої роботи (залежно від рейтингу успішності). Згідно з чинним законодавством, вони повинні працювати на робочих місцях (здебільшого сімейними лікарями) протягом 3 років, перш ніж вони можуть за бажанням змінити спеціалізацію після проходження ними курсів.

Зазвичай студенти проходили курс сімейної медицини в поліклініках, спостерігаючи за пацієнтами під керівництвом лікарів-фахівців різних спеціальностей,

а не сімейних лікарів. За 6 років додипломної освіти студенти не мають змоги ознайомитися зі специфікою фаху загальної практики – сімейної медицини, попит на яку є домінуючим у країні. Очевидно, що студенти не бажають обирати професію сімейного лікаря наприкінці переддипломної підготовки. Вони не розуміють, чому повинні обирати професію, яка вимагає знання значної кількості теоретичних і практичних навичок, значної кількості паперової роботи за мізерну зарплатню.

Починаючи з 1998 р., у більшості українських вузів організована інтернатūra загальної практики – сімейної медицини (найефективніший спосіб підготовки) і спеціалізація. Підготовка сімейного лікаря проводиться під час спеціалізованих модулів: внутрішньої медицини, педіатрії, отоларингології, офтальмології, неврології тощо. На деяких кафедрах вже спорадично застосовуються сучасні форми підготовки і перевірки знань, зокрема, методики малих груп, стандартизованого пацієнта, мозковий штурм тощо.

Методологія підготовки інтерна далека від європейської моделі – у більшості академічних шкіл післядипломної освіти використовуються консервативні методи підготовки з низькою ефективністю.

В Україні не існує державної моделі медичного страхування. Для підготовки до переходу на загальнодержавне медичне страхування доцільно визначити перелік послуг медичного призначення, якими забезпечується як застраховане, так і незастраховане населення. Доцільно визначити вартість послуг медичного призначення, які надаватимуться на рівні ПМСД для підготовки до переходу на загальнодержавне медичне страхування. Слід наголосити, що скринінгові дослідження, які входять до юрисдикції сімейного лікаря (рентгенограма/ФГ ОГК, мамографія, онкоцитологія мазка за Папаніколау, ліпідограма, ЗАК, ЗАС, глікогемоглобін тощо) мають бути вільно доступними на первинному рівні медичної допомоги, без виплат за ці послуги з фондів рівня ПМСД вищим рівням медичної допомоги. Необхідно запровадити міжнародні протоколи ведення найчастіших нозологій і, що важливо, синдромів у практиці сімейного лікаря з урахуванням особливостей і можливостей рівня ПМСД ще до переходу на загальнодержавне медичне страхування з визначенням критеріїв оцінки якості роботи сімейного лікаря, вартості медичних послуг першого і додаткового рівнів при даній патології тощо.

На відміну від українських декларативних планів, в європейських країнах основна увага при реформуванні ПМСД була спрямована на перехід від централізованого державного фінансування (модель Семашко) до децентралізованого обов'язкового медичного страхування, що склало основу прийнятої в Західній Європі моделі Бісмарка [4, 5].

Уряди Східних країн були не в змозі витратити більше грошей на охорону здоров'я через економічний спад. Структурні реформи в ПМСД почалися тільки 15 років тому. Сьогодні в більшості з цих країн діє державна модель ПМСД або Бісмарковська, де страховий фонд контролюється державою. Чехія і Словаччина є

винятком, де було створено більше страхових компаній з приватними інвестиціями. Це привело до того, що тривалість життя подовжилася, смертність знизилася, високий відсоток захворювань виявлявся в більш ранніх стадіях, тоді як захворюваність на інфекційні захворювання знизилася [9, 10].

Переорієнтація системи на ПМСД підсилила зміцнення здоров'я та профілактичні послуги, хоча частина населення не визнала важливості здорового способу життя. На жаль, відсутні програми підтримки здоров'я, що фінансуються з бюджету. Пацієнти, які обслуговуються у сімейних лікарів, задоволені системою охорони здоров'я.

Серед недоліків структурних змін у сфері охорони здоров'я в постсоціалістичних країнах слід виділити: 1) відсутність інтеграції служб охорони здоров'я; 2) мінімальні структурні зміни; 3) старий стиль поліклінік (у Румунії, Болгарії та Естонії). Центри ПМСД є характерними для колишніх югославських країн (Словенія); 4) монополне становище єдиного страхового фонду є викликом для майбутнього; 5) відсутність матеріальної зацікавленості лікарів; 6) у більшості країн пацієнти ще мають вільний доступ до фахівців без направлення; 7) незважаючи на відмінності між країнами, загальним є те, що впровадження сімейної медицини в рамках реформи охорони здоров'я не є абсолютним пріоритетом для урядів; 8) це, швидше, інструмент для ефективнішого використання ресурсів, який не направлений на підвищення якості медичної допомоги; 9) нестабільна політична ситуація і часта зміна керівництва в державах створюють ряд проблем.

Зобов'язання надавати медичну допомогу, зберігаючи при цьому загальну доступність медицини, в будь-якому необхідному обсязі для більшості країн є нездійсненою мрією.

Фінансування – лише одна з проблем, які потребують вирішення для підвищення ефективності охорони здоров'я до належного рівня. Для їх вирішення необхідний добре продуманий, довгостроковий і конкретний план дій, чіткий державний посібник, кваліфіковані та зацікавлені керівні кадри, підтримка з боку працівників охорони здоров'я і суспільства в цілому. На жаль, багато з перерахованого вище дотепер не вистачає. І це тільки частина труднощів, які чекають Україну в наступному десятилітті, а може, і в більш віддаленому майбутньому.

У майбутньому до лікарні буде госпіталізуватися незначна кількість найбільш тяжких хворих. Це приведе до необхідності перегляду завдань терапевтичних і хірургічних відділень. Більше того, оскільки сьогодні в багатьох галузях (таких, як гастроентерологія) лікування вимагає участі як хірурга, так і терапевта, згодом відпаде і саме розгалуження на терапевтичні і хірургічні відділення – як це уже відбулося в ряді лікарень, де відділення ризують не за фахом, а за тяжкістю стану хворих.

Взаємодія первинної і спеціалізованої медичної допомоги повинна мати властивості затримувати усе, що не повинно перетинати границю, і вільно пропускати усе, що повинно її перетнути. Якщо говорити про можливість

взаємодії між різними частинами системи охорони здоров'я, то вони повинні вільно пропускати не тільки хворих, але і всю інформацію, необхідну для їхнього лікування.

Заклади ПМСД і лікарні мають дві частини зіткнення: через одну хворий надходить до лікарні, а через іншу виписується з неї. Кожна частина має визначені завдання. Ряд хворих (насамперед із хронічними захворюваннями) багаторазово проходить через ці ділянки, що вимагає від них погодженості.

Дослідження свідчать, що в ряді країн безліч госпіталізацій не виправдані. Однак більш придатних закладів для ведення багатьох хворих просто не існує. Проте вихід є. По-перше, необхідно переглянути схеми ведення основних захворювань і збільшити частку участі в них ПМСД. По-друге, слід згадати, що багатьох хворих у стаціонарі обстежують, аби вирішити питання про подальше лікування. З цієї метою краще використовувати спеціальні відділення, де хворого обстежують за визначеним погодженим планом, не госпіталізуючи його до лікувального відділення. По-третє, слід змінити ставлення до планових операцій. Анестетики короткої дії і нові хірургічні методики дають змогу проводити багато операцій амбулаторно або в клініках одного дня.

Реформа охорони здоров'я – непросте завдання, але стає зрозуміло, в яких напрямках варто рухатися. По-перше, слід зберегти наявні досягнення. Колишня система мала свої переваги, особливо в галузі імунізації та охорони здоров'я дітей, і ними не можна знехотувати. По-друге, необхідно усунути недоліки. Реформи мають як позитивний, так і негативний бік. По-третє, потрібна структурна реформа. По-четверте, необхідне підвищення кваліфікації кадрів. Нарешті, як ніколи раніш слід розробити і впровадити нові підходи та форми міждисциплінарної й міжгалузевої взаємодії.

## Висновки

Аналіз досвіду реформування в колишніх соціалістичних країнах свідчить, що реформи виявляються успішними лише в умовах чіткої регуляції, кадрової та інформаційної підтримки, яких часто не вистачає. Іншими словами, слабка підтримка з боку держави, незалежно від переваг обраної моделі реформ, може приводити до катастрофічних наслідків.

Ефективність реформ потребує чіткого формулювання стратегії розвитку системи охорони здоров'я, розмежування завдань і обов'язків державного та приватного секторів, визначення базового обсягу медичної допомоги.

Держава має забезпечити інформаційну підтримку для відстеження результатів реформи, підтримувати впровадження механізмів контролю за якістю медичного обслуговування – таких, як ліцензування та аудит. Нарешті, держава повинна створити сильну та ефективну систему управління.

Сьогодні в Україні загальна практика – сімейна медицина перебуває лише на початку свого розвитку.

Протягом більш ніж 25 років незалежності ще не проведені необхідні реформи в галузі охорони здоров'я, зокрема ПМСД.

Однак з урахуванням власного досвіду нам вдалося домогтися позитивних змін на місцевому рівні. Нами розроблено сучасну систему підготовки сімейних лікарів (нові методики навчання, літератури для сімейних лікарів, практичне навчання в клініці сімейної медицини), підготовлено значну кількість сімейних лікарів, відкрито клініки сімейної медицини в усьому регіоні, особливо в

сільській місцевості, розпочато впровадження нової системи фінансування в ПМСД.

#### Перспективи подальших досліджень

Зазначені питання підкреслюють важливість розробки програм зі зміцнення управлінських структур, насамперед МОЗ. Особливо важливу роль відіграють планування нової комплектації штатів і впровадження програм із підготовки чи перепідготовки кадрів.

#### Література

1. *Вороненко Ю. В.* Післядипломна медична освіта – нові горизонти й перспективи / Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер, О. В. Палагін ; відповідальний за випуск проф. А. Г. Шульгай. – Київ, 2016. – С. 230.
2. *Гойда Н. Г.* Сімейна медицина – фундамент реформ у сфері охорони здоров'я України / Н. Г. Гойда // Мистецтво лікування. – 2013. – № 7. – С. 16.
3. *Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України.* – Київ, 2016.
4. *ASPHER WG on Innovation and Good Practice in Public Health Education. Survey of the European Schools and Departments of Public Health and the Employers of Public Health Professionals. Report.* – Brussels : ASPHER, 2013.
5. *Bhat Ramesh National Health Policy. 2017 / Ramesh Bhat // Through the Accountability Lens.* – 2017.
6. *From public to planetary health: a manifesto / R. Horton, R. Beaglehole, R. Bonita [et al.] // Lancet.* – 2014. – Vol. 383. – 847 p. – 10.1016/S0140-6736(14)60409-8.
7. *Health financing reforms in central and eastern Europe and the former Soviet Union / A. Preker [et al.] // In: Mossialos E. [et al.], ed. – Funding health care: options for Europe.* – Buckingham : Open University Press, 2002.
8. *Private health insurance in developing countries / M. V. Pauly, P. Zweifel, R. M. Scheffler [et al.] // Health Affairs.* – 2006. – Vol. 25 (2). – P. 369–379.
9. *The Bologna Process 2020. The European Higher Education Area in the New Decade. 2009 [Electronic resource].* – Access mode : [http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/conference/documents/Leuven\\_Louvain-la-Neuve\\_Communicu%C3%A9\\_April\\_2009.pdf](http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/conference/documents/Leuven_Louvain-la-Neuve_Communicu%C3%A9_April_2009.pdf). – Title from screen.
10. *United Nations. Open Working Group Proposal for Sustainable Development Goals. New York: Sustainable Development Knowledge Platform; 2015 [Electronic resource].* – Access mode : <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.03.2017 р.



**Нужен ли Украине опыт реформирования  
первичной медико-санитарной помощи системы  
здравоохранения в постсоциалистических странах?**

*И.В. Чопей*

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – сравнить реформирования первичной медико-санитарной помощи здравоохранения в постсоциалистических странах с планом реформ в Украине.

**Материалы и методы.** Проанализировано состояние здравоохранения за последние 10 лет реформ в некоторых постсоциалистических странах. Обращено внимание на такие ключевые вопросы, как сложности в финансировании здравоохранения, координация медицинского обслуживания, повышение качества медицинской помощи, связь с населением и развитие общественного здравоохранения.

**Результаты.** Десятилетие, которые прошли после распада социалистического строя, принесло серьезные политические и социально-экономические изменения во все сферы жизни постсоциалистических стран. Системы здравоохранения бывших социалистических стран в той или иной степени подверглись реформированию. В настоящее время появилась возможность оценить ход этого процесса, его успехи и ошибки и определить направление будущей работы. Финансирование здравоохранения бывших социалистических стран в самом начале переходного периода подверглось существенным преобразованиям. В большинстве стран целью этих преобразований была замена централизованной системы Семашко на децентрализованную договорную систему, которая создавалась по образцу западноевропейской Бисмарковской модели.

**Выводы.** Анализ опыта реформирования в бывших социалистических странах показывает, что реформы являются успешными только в условиях четкой регуляции, кадровой и информационной поддержки, которых часто не хватает. Иными словами, слабая поддержка со стороны государства, независимо от предпочтений выбранной модели реформ, может привести к катастрофическим последствиям. Эффективность реформ требует четкого формулирования стратегии развития системы здравоохранения, разграничения задач и обязанностей государственного и частного секторов, определение базового объема медицинской помощи.

**Ключевые слова:** здравоохранение, семейная и страховая медицина.

**Does Ukraine need experience of reforming  
primary care health system  
in Central and Eastern Europe?**

*I.V. Chopey*

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose.** The experience of medical-insurance organisations that provide medical services basing on family medicine principles (HMO-type organizations) shows huge potential opportunities for optimization of health care systems through family physicians operating as fundholders.

**Materials and methods.** The experience of training of health care specialists, in particular, family physicians at the Department of Post-Graduate Training calls for further improvement of the training in applied issues of legal, financial and economic nature that provide work of family medicine specialists under the conditions of market economy development and health insurance, in particular.

**Results.** In this article shows huge opportunities for optimization of financial and economic provisions of the system, as well as medical and report facility structure and network that are included in the plans of establishment of medical-insurance organizations working on the principles of family medicine and organized by family physicians.

**Conclusions.** In this regard, it is very important to provide personnel of such medical-insurance organizations with appropriate training in legal, financial and economic issues. Special attention should be paid to the training of facility administrators and managers of family medicine subunits in legal and economic issues. As this is one of the milestones of their work.

**Key words:** family and insurance health care, reform of system of public health services.

**Відомості про автора**

**Чопей Іван Васильович** – д.мед.н., проф. кафедри терапії та сімейної медицини, декан факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.