

УДК 614.88:[616-051:316.356.2](048.8)

В.Д. Парій, О.В. Короткий

Становлення та розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні: огляд літературних джерел

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Інститут післядипломної освіти, кафедра менеджменту охорони здоров'я, м. Київ, Україна

Мета. Провести огляд літературних джерел, присвячених проблематиці становлення та розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні та дослідженню існуючих вітчизняних моделей діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Матеріали та методи. Використані вітчизняні та іноземні літературні джерела, дані яких вивчені та проаналізовані за допомогою бібліосемантичного методу дослідження.

Результати. У вітчизняних закладах первинної ланки починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості. Питома вага видатків на утримання закладів (підрозділів) охорони здоров'я, які надають ПМД, становить менше 10% від загального обсягу видатків на охорону здоров'я. Запропоновані вітчизняні моделі діяльності ПМД є, насамперед, організаційними за своєю формою та перехідними за етапами впровадження первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

Висновки. Остаточної сформованої, науково-обґрунтованої вітчизняної функціонально-організаційної моделі діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в системі надання первинної медичної допомоги міському населенню на даний час не існує, що є передумовою подальших досліджень в цьому напрямку.

Ключові слова: первинна медична допомога, лікар загальної практики-сімейний лікар, моделі діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря, комунікації.

Вступ

Первинна медична допомога (ПМД) є одним із інструментів у вирішенні завдання досягнення населенням такого рівня здоров'я, який дозволить йому вести продуктивний в соціальному та економічному плані спосіб життя. Вона становить невід'ємну частину як національної системи охорони здоров'я, здійснюючи її головну функцію і будучи її центральним ланкою, так і загального соціально-економічного розвитку суспільства [1].

За період часу, що минув з моменту проголошення Алма-Атинської декларації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) у 1978 році, більшість країн Європейського регіону зміцнили свої служби первинної медичної допомоги, головним чином, за рахунок надання загальній практиці-сімейній медицині статусу головної медичної спеціальності, «представники якої відповідають за надання медичної допомоги при першому контакті з пацієнтом та подальше спостереження за хворими, а також за питання зміцнення здоров'я та профілактики захворювань» [2].

Понад чверть століття, а саме, з 1988 року триває непростий процес впровадження сімейної медицини на території України. Саме тоді, певними нормативними актами вищих органів влади колишньої УРСР передбачалось проведення у Львівській області в 1989-1990 роках широкомасштабного експерименту по опрацюванню системи організації медичної допомоги за принципом сімейного лікаря та вперше започатковане

державне управління процесом надання населенню первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини на території України [3]. Процес становлення сімейної медицини в Україні з того часу й обумовив актуальність даного дослідження.

Мета дослідження – вивчити розвиток сімейної медицини в Україні та дослідити існуючі вітчизняні моделі діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Результати дослідження та їх обговорення

Еволюція сімейної медицини в Україні. Нового поштовху у своєму розвитку сімейна медицина дістала в Україні після прийняття Кабінетом Міністрів України постанови від 20 червня 2000 року № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» та Указу Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України», якими передбачалось: наукове обґрунтування принципів, розробка структури організації та управління первинною медичною допомогою (ПМД), апробування і впровадження моделі надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини у містах і сільській місцевості; доопрацювання і затвердження в установленому порядку пакету нормативних документів, що регламентують діяльність працівників, закладів (підрозділів) загальної практики-сімейної медицини; затвердження професійно-кваліфікаційних характеристик лікаря загальної практики-сімейного лікаря, молодших

спеціалістів з медичною освітою; розробку методики диференційованого розподілу коштів за рівнями надання медичної допомоги з урахуванням потреб первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини; розробку форми матеріального заохочення лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою закладів (підрозділів) загальної практики/сімейної медицини та затвердження їх з урахуванням обсягу та якості роботи; сприяння розвитку приватної лікарської практики в лікувально-профілактичних закладах загальної практики-сімейної медицини усіх форм власності; обґрунтування переліку і обсягу гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я; розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги.

Державно-комунальна модель передбачала створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я [4, 5].

Реформування сфери охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, започатковане у 2011 році, проводилося відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», Законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», наказів МОЗ України, спрямованих на реалізацію цих законів [6, 7].

Були визначені основні концептуальні напрями реформування охорони здоров'я:

- розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги;
- визначення на законодавчому рівні гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги та переліку платних послуг;
- створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД);
- створення для надання вторинної медичної допомоги міжрайонних та міжміських об'єднань – госпітальних округів;
- завершення роботи із затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів;
- удосконалення системи фінансування галузі;
- запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування тощо.

На початок 2014 року у пілотних регіонах повністю сформовано мережу закладів охорони здоров'я, які надають ПМД. Формування мережі центрів ПМСД в Одеській області виконано на 97,3% від потреби, Полтавській – на 100% від запланованого. Усі відкриті центри ПМСД мають статус юридичних осіб, реєстраційні посвідчення та ліцензії МОЗ України на медичну практику. Разом із формуванням і розвитком

мережі закладів, які надають ПМД, введено більшість штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів та їх укомплектування за рахунок навчання в інтернатурі та перепідготовки лікарів інших лікарських спеціальностей. Забезпеченість амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини у місті Києві становить 0,90 на 10 тис. населення, у Донецькій області: для міського населення – 0,85 на 10 тис. населення, для сільського населення – 2,82 на 10 тис. населення, у Вінницькій області: відповідно 0,79 та 2,85 на 10 тис. населення, у Полтавській області: відповідно 1,00 та 4,00 на 10 тис. населення (при нормативі, затверженому МОЗ України, для міст – 1 амбулаторія на 10 тис. населення, для сільської місцевості – 3,30 на 10 тис. населення). Досягнення нормативу відбуватиметься поступово до 2020 року. Стан матеріально-технічного оснащення закладів ПМСД має тенденцію до поліпшення виключно в пілотних регіонах (за рахунок централізованих закупок обладнання та автотранспорту) [8].

Вивчивши світовий досвід, МОЗ України пропонує основні зусилля спрямувати на розвиток ПМД на засадах ЗП-СМ, яка є одним із головних пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я, особливо в умовах дефіциту фінансових ресурсів. На думку фахівців, на рівні закладів первинної ланки можливо розпочинати і закінчувати лікування до 90% пацієнтів, що потребує до 30% фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я. Економічним підґрунтям для визначення пріоритету у розвитку ПМД є вартість обслуговування одного випадку надання медичної допомоги на первинному рівні, яка у 7–8 разів менша, ніж на вторинному, та у 20 разів менша, ніж на третинному рівні. Але на сьогодні ПМД в Україні властиві системні недоліки, що зумовлюють обмеженість її ролі в наданні медичної допомоги, недостатній вплив на здоров'я громадян, а відтак низьку ефективність системи охорони здоров'я в цілому. Слід відмітити, що у вітчизняних закладах первинної ланки починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості. Питома вага видатків на утримання закладів (підрозділів) охорони здоров'я, які надають ПМД, становить менше 10% від загального обсягу видатків на охорону здоров'я, що, зважаючи на незадовільний рівень матеріально-технічного забезпечення зазначених структур, є вкрай недостатньо [9].

Відповідно до наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. № 1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації», Державною Установою «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» з 2006 року проводиться моніторинг розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини (ЗП-СМ).

Станом на 31.12.2015 р. ПМД в Україні надавалася у 5891 амбулаторії загальної практики-сімейної медицини (АЗПМСМ). За аналітичними даними, кількість АЗПМСМ в Україні поступово збільшилася (рис. 1).

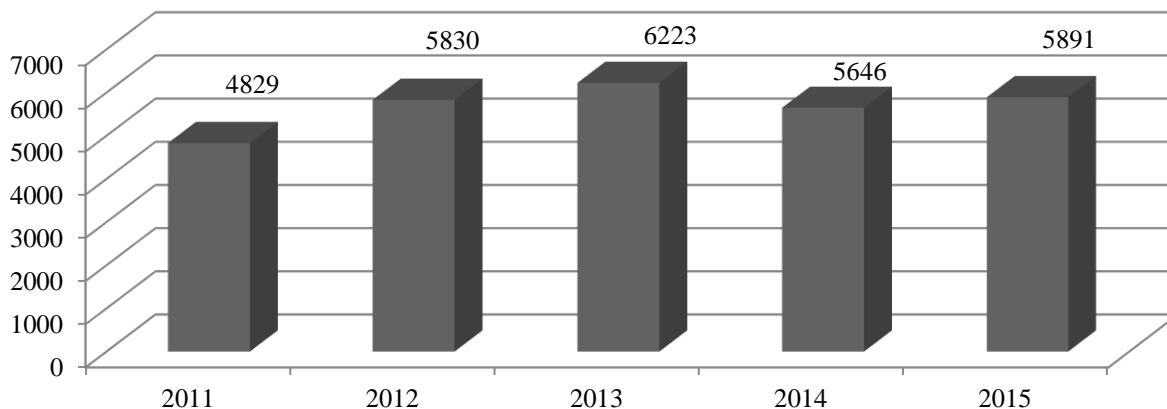


Рис. 1. Розвиток мережі закладів ПМД у 2011-2015 рр. (абс. кількість АЗПСМ)

Загалом, медичною допомогою в АЗПСМ в 2015 р. охоплено 89,9% населення в Україні, але питома вага лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗПСМ), що надають ПМД пацієнтам від народження і протягом усього життя в Україні, складала лише 67,6%. І зовсім незрозумілою є тенденція, виявлена в м. Києві (пілотному регіоні, в якому протягом трьох років проводилося реформування системи охорони здоров'я), де питома вага ЛЗПСМ, що надають ПМД пацієнтам від народження і протягом усього життя, становила 6%, а питома вага населення, яке обслуговується ЛЗПСМ, дорівнювала 3%.

Якість надання ПМД значною мірою також визначається рівнем матеріально-технічного забезпечення закладів первинної ланки. Питома вага амбулаторій в ЦПМСД, оснащених медичним обладнанням, інструментами та інвентарем, відповідно до таблиці оснащення, у 2015 р. становила лише 16,8%, автоматизованими робочими місцями – 21,4%, автомобілями – 46,3% амбулаторій в Україні.

З прийняттям Верховною Радою України Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 №157-VIII в країні розпочався процес утворення нових об'єднаних територіальних громад, які мають можливість отримувати прямі медичні субвенції з Державного бюджету України на видатки на ПМД. Разом з тим, на нашу думку, механізми взаємодії територіальних громад із системою охорони здоров'я на даний час не є опрацьованими.

Серед питань, які потребують вирішення найближчим часом – автономізація закладів охорони здоров'я, розробка та впровадження інформативних показників якості ПМД. Також важливим питанням є реформування закладів ПМД у зв'язку з адміністративно-територіальною реформою та створенням нових, об'єднаних громад [10].

Існуючі вітчизняні моделі діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Аналіз літературних джерел щодо вітчизняного досвіду реорганізації ПМД свідчить, що уявлення про організаційні форми (моделі) переходу до сімейної медицини надто різноманітні. Так, з 1994 р. в Житомирській області започатковано принцип сімейного

медичного забезпечення, побудований на засадах функціонально-адміністративного акушерсько-педіатрично-терапевтичного комплексу (АПТК), мета якого – підвищити якість лікувально-профілактичної допомоги населенню, удосконалити профілактичну роботу з жінками фертильного віку, вагітними, дітьми, підлітками і, що головне, з сім'єю. Реорганізація роботи АПТК – це перехідний етап до сімейної медицини. Головна фігура в АПТК – дільничний терапевт, котрий обов'язково запрошується на засідання декретної комісії. Йому після пологів пацієнтки передається епікриз, який з усіма рекомендаціями на подальше обстеження і спостереження за станом здоров'я жінки вклеюється до її амбулаторної карти. Досвід організації первинної медичної допомоги населенню області на засадах функціонально-адміністративного акушерсько-педіатрично-терапевтичного комплексу підтвердив доцільність та ефективність його функціонування на перехідному етапі, трансформування дільничної терапевтичної і педіатричної мережі через бригадні форми медичного забезпечення до лікарів загальної практики-сімейних лікарів [11].

Сучасною законодавчою базою визначено, що первинна медична допомога – це медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Лікуючим лікарем з надання первинної медичної допомоги пацієнтові є лікар загальної практики – сімейний лікар центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги

або лікар загальної практики – сімейний лікар, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець та може перебувати у цивільно-правових відносинах із таким центром. Лікуючий лікар з надання первинної медичної допомоги обирається пацієнтом у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Прикінцевими положеннями цього Закону визначено, що до 31 грудня 2019 року первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики – сімейні лікарі та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом таких лікарів,

а також лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом лікарів-терапевтів дільничних і лікарів-педіатрів дільничних [6].

Апробація початкових етапів реформи в пілотних проектах у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві показала необхідність організації перехідної моделі ПМД, а саме формування групової сімейної практики шляхом створення мережі амбулаторій, укомплектованих групами/командами лікарів, що працюють на принципах сімейної медицини (рис. 2).

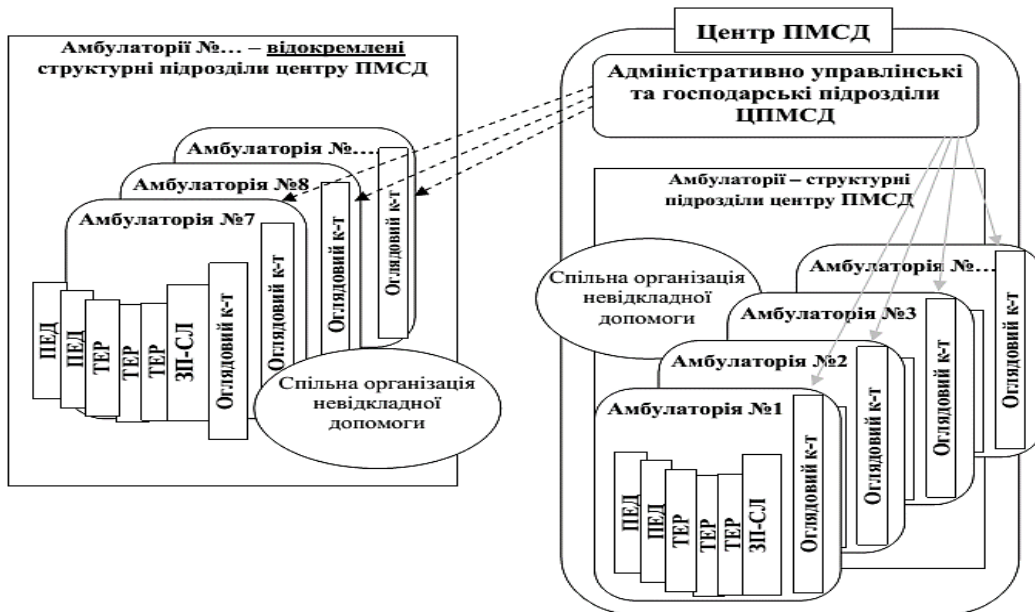


Рис. 2. Формування групової сімейної практики

Їх штатний розпис формується на основі дотримання принципу забезпечення надання ПМД дитячому і дорослому населенню у повному обсязі. Такий підхід передбачає включення до штатного розпису лікарських амбулаторій переліку всіх необхідних лікарів-спеціалістів. Наприклад, такий колектив може складатися з кількох лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів дільничних та лікаря-акушера-гінеколога відповідно до діючих нормативів:

- 1 лікар-терапевт дільничний на 1800 дорослого населення;
- 1 лікар-педіатр дільничний на 800 дитячого населення;
- 1 лікар-акушер-гінеколог – на 8000 всього населення або на 2000 жінок репродуктивного віку.

Також до штатного розпису лікарської амбулаторії можуть бути включені посади інших лікарів-спеціалістів: хірургів, офтальмологів, отоларингологів, невропатологів, психіатрів, які надаватимуть первинну медичну допомогу при певних захворюваннях з урахуванням розмежування функцій між первинною та вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою [12].

В національній науковій літературі останнім часом з'явилися роботи, в яких розкривається роль комунікацій

в ефективному проведенні реформи охорони здоров'я в країні, методичні підходи до використання комунікативної моделі в ході реформування системи охорони здоров'я країни та використання в комунікативній діяльності інформаційних технологій. Запропоновано основні напрями комунікацій у діяльності сімейних лікарів і груп комунікаційного впливу, а також визначено завдання та індикатори оцінки. Ці напрями є комплексними та скеровані на зміну поведінки населення в цілому і груп ризику зокрема (на користь відповідального ставлення до власного здоров'я, ведення здорового способу життя, усунення чи мінімізації впливу факторів ризику розвитку захворювань на здоров'я), а також на інформування населення про загрозові стани і навчання тактиці дій при їх виникненні [13].

Наприкінці 2016 – початку 2017 рр. МОЗ України проводить активну інформаційну політику щодо реформування системи ПМД, що передбачає, насамперед, зміну процесу фінансування закладів ПМД за принципом «подушної оплати», запровадження контрактної форми діяльності лікарів ПМД, затвердження «гарантованого пакету ПМД», Порядку надання ПМД тощо.

Підсумовуючи вищевикладене, слід зазначити, що незважаючи на наявність значної кількості робіт, які

досліджували теоретико-методологічні та практичні аспекти первинної медичної допомоги в Україні, в літературі на даний час не представлена сформована, науково-обґрунтована вітчизняна функціонально-організаційна модель діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в системі надання первинної медичної допомоги міському населенню.

Висновки

На сьогодні ПМД в Україні властиві системні недоліки, що зумовлюють обмеженість її ролі в наданні медичної допомоги, недостатній вплив на здоров'я громадян, а відтак низьку ефективність системи охорони здоров'я в цілому. Слід відмітити, що у вітчизняних закладах первинної ланки починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості. Питома вага видатків на

утримання закладів (підрозділів) охорони здоров'я, які надають ПМД, становить менше 10% від загального обсягу видатків на охорону здоров'я, що, зважаючи на незадовільний рівень матеріально-технічного забезпечення зазначених структур, є вкрай недостатньо.

Запропоновані вітчизняні моделі діяльності ПМД є, насамперед, організаційними за своєю формою та перехідними за етапами впровадження первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Остаточо сформованої, науково-обґрунтованої вітчизняної функціонально-організаційної моделі діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в системі надання первинної медичної допомоги міському населенню на даний час не існує, що є передумовою подальших досліджень в цьому напрямку.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності первинної медичної допомоги.

Література

1. *Primary Health Care: report of the international conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, 1978. – Geneva: WHO, 1978.
2. *Салтман Р.Б.* Реформи системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: пер. с англ. / Р.Б. Салтман Дж. Фигейрас – М.: Геотар Медицина, 2000. – 423 с.
3. *Грицко Р. Ю.* Історія розвитку державного управління підготовкою сімейних лікарів / Р. Ю. Грицко // Університетські наукові записки. – 2012. – № 4. – С. 439-444. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2012_4_65.
4. *Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я* [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. N 989 – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-%D0%BF>
5. *Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України* [Електронний ресурс]: Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>
6. *Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги* [Електронний ресурс]: Закон України від 7 липня 2011 року N 3611-VI Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>
7. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві* [Електронний ресурс]: Закон України від 7 липня 2011 р. N 3612-VI. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>
8. *Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік* / за ред. Г. О. Слабкого. – Київ, 2011. – 28 с.
9. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення* [монографія]. – К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 211 с.
10. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік* / за ред. Шафранського В.В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452с.
11. *Толстанов О.К., Парій В.Д.* Реформування охорони здоров'я на Житомирщині: досвід, проблеми, перспективи. – Житомир. – Обласний медичний центр, 2006. – 200 с.
12. *Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню (методичні рекомендації)*, Київ, 2012. [Електронний ресурс]: Режим доступу: http://oz.zt.gov.ua/images/stories/reform/Metodyhni_rekomendacii_PMD_u_mistah.pdf.
13. *Знаменська М.А.* Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // ScienceRise. Medical science. – 2015. – № 7 (4). – С. 59-62. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsr_m_2015_7\(4\)_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsr_m_2015_7(4)_10).

Дата надходження рукопису до редакції: 09.02.2018 р.

Становление и развитие первичной медицинской помощи на принципах общей практики семейной медицины в Украине: обзор литературных источников*В.Д. Парий, А.В. Короткий*

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Институт последипломного образования, кафедра менеджмента здравоохранения, г. Киев, Украина

Цель – провести обзор литературных источников, посвященный проблематике становления и развития первичной медицинской помощи на принципах общей практики семейной медицины в Украине и исследованию существующих отечественных моделей деятельности врача общей практики – семейного врача.

Материалы и методы. Используются отечественные и иностранные литературные источники, данные которых изучены и проанализированы с помощью описательного метода исследования.

Результаты. В отечественных учреждениях первичного звена начинают и заканчивают лечение лишь до 30% пациентов в городах и до 50% пациентов в сельской местности. Удельный вес расходов на содержание учреждений (подразделений) здравоохранения, оказывающих ПМП, составляет менее 10% от общего объема расходов на здравоохранение. Предложенные отечественные модели деятельности ПМП являются, прежде всего, организационными по своей форме и переходными по этапам внедрения первичной медицинской помощи на принципах семейной медицины.

Выводы. Окончательно сложившейся, научно-обоснованной отечественной функционально-организационной модели деятельности врача общей практики семейного врача в системе оказания первичной медицинской помощи городскому населению в настоящее время не существует, что является предпосылкой к дальнейшим исследованиям в этом направлении.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, врач общей практики семейный врач, отечественные модели деятельности врача общей практики – семейного врача, коммуникации.

Formation and development of primary health care which based on general practice and family medicine in Ukraine: a review of literary sources*V.D. Pariy, O.V. Korotkiy*

National Medical University named after O.O. Bogomolets, Institute of Postgraduate Education, Department of Healthcare Management, Kyiv, Ukraine

In the article there is an overview of literary sources is devoted to the problems of formation and development of primary health care based on general practice and family medicine in Ukraine and research existing local Ukrainian models of family doctor's activity.

Purpose – to conduct a review of literary sources devoted to the problems of the formation and development of primary health care on the basis of general practice of family medicine in Ukraine and the study of existing domestic models of the practice of a general practitioner – a family doctor.

Materials and methods. Domestic and foreign literary sources were used, the data of which were studied and analyzed using the descriptive method of research.

Results. In domestic institutions, primary care establishments start and end treatment only up to 30% of patients in cities and up to 50% of patients in rural areas. The share of expenditures for the maintenance of health facilities (units) providing PHC is less than 10% of the total amount of health care expenditures. The proposed domestic models of PHC activities are, first of all, organizational in their own form and transitional stages of the implementation of primary health care on the basis of family medicine.

Conclusions. At present, there is no definitive, scientifically substantiated national functional and organizational model of the activity of a general practitioner – family doctor in the system of provision of primary medical care to the urban population, which is a prerequisite for further research in this direction.

Key words: primary health care, general practitioner-family doctor, local Ukrainian models of family doctor's activity, communications.

Відомості про авторів

Парий Валентин Дмитрович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Маршала Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна.

Короткий Олександр Володимирович – аспірант кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Маршала Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна