

УДК : 614.254 (477) - 616.12 - 008.331.1 - 085.225.2

Сірик В.О.

**Оцінка і необхідність реформування первинної медичної допомоги в Україні**

Національний медичний університет імені академіка О.О. Богомольця.

**Резюме.** У статті відображені сучасні уявлення про первинну медичну допомогу, доведена доцільність переходу від дільнично-територіального надання медичної допомоги до сімейної медицини.

**Ключові слова:** *первинна медична допомога, сімейна медицина, лікар загальної практики.*

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Реформа первинної медичної допомоги знаходиться у фокусі політичної уваги багатьох країн вже не одне десятиліття. Алма-атинська декларація Всесвітньої організації здоров'я містить дефініції та питання первинної медичної допомоги (ВООЗ, 1978) [1]. Нещодавні спроби радикально перевести допомогу з вторинного сектору до первинного сектору у Великій Британії та через систему Менеджмент Кеа у США знову звернули фокус уваги на реформу первинної допомоги [2].

Перспектива інтегрування України в європейську структуру потребує обґрунтування концепції, розробки моделі та методологічних основ управління трудовими ресурсами охорони здоров'я на державному рівні та її підтримки на регіональному, сприяння становленню нових форм співпраці в плані кадрового забезпечення галузі.

**Мета дослідження.** Науково обґрунтувати реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини для оптимізації системи охорони здоров'я, підвищення якості, економічної ефективності, доступності і зростання задоволеності громадян.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Витрати на медичний персонал становлять найбільшу питому вагу видатків у системі охорони здоров'я (понад 70%), що робить трудові ресурси важливим економічним фактором, який слід враховувати при проведенні будь-яких реформ у системі надання медичної допомоги (Линденбратен А.Л., Гололобова Т.В., Рагозний А.Д., 2003; Wennberg J.E., 2004).

Відомо, що світовий медичний досвід пов'язує виконання важливих завдань у сфері охорони здоров'я з ефективним функціонуванням первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики/сімейної медицини (ЗПСМ), яка визначена першоосновою системи медичної допомоги (Слабкий Г.О., 2001; Москаленко В.Ф., 2002; Степаненко А.В., 2005; Уваренко А.Р. 2005; Банчук М.В., Кравченко С.В., Кондратюк Н.Ю., 2007).

В Україні процес формування трудових ресурсів охорони здоров'я на етапі розвитку сімейної медицини (СМ) потребує ретельного наукового обґрунтування, розробки дійових важелів впливу та мобілізації зусиль.

Необхідність розв'язання важливої державної науково-прикладної проблеми формування трудових ресурсів охорони здоров'я в Україні обумовила наступні напрями дослідження, а саме: удосконалення нормативно-правового забезпечення нормування діяльності медичного персоналу; організаційних та економічних основ підготовки фахівців; обґрунтування концепції формування трудових ресурсів на основі стратегії розвитку сімейної медицини [3].

Медичні кадри є однією з найважливіших складових ресурсів охорони здоров'я будь-якої країни, які забезпечують ефективність діяльності медичної галузі в цілому (Dubois A., McKee M., Nolte E., 2006; Москаленко В.Ф., 2006, 2008), що визначає трудовий потенціал пріоритетом у функціонуванні охорони здоров'я як системи, де кадрова стратегія будується з урахуванням національних потреб, оптимальних

заходів управління персоналом, світового досвіду (Солоненко І.М., 2001; Голубчиков М.В., 2005; Щепин О.П., 2007).

За даними ВООЗ, аналіз основних тенденцій розвитку трудових ресурсів, свідчить, що в останні роки багатьма урядами здійснюються конкретні дії по формуванню системи ефективного менеджменту кадрів охорони здоров'я (Лехан В.М., 2005; Kabene S.M., Orchard C., Howard J.M., 2006).

Крім того, автори стверджують, що сучасна кадрова стратегія охорони здоров'я в розвинутих країнах світу базується на відповідальності як органів влади держав, так і суспільства, в тому числі і професійних медичних асоціацій. Уряди цих країн намагаються регулювати трудові ресурси, визначати та задовольняти реальні потреби в кадрах охорони здоров'я, а також здійснювати підтримку та контроль заходів в сфері їх підготовки і результативного використання (Quain E.E., O'Neil M., 2006; Грузева Т.С., 2006; Roehr B., 2008).

Розвиток трудових ресурсів базується на принципах задоволення потреби в кваліфікованих та досвідчених кадрах з урахуванням досягнень медичної науки, пропорційного розподілу за територією, рівнями надання медичної допомоги, забезпечення їх роботою тощо (Гойда Н.Г., 2004; Вороненко Ю.В., 2005).

Багато хто вважає, "що ринок здоров'я і охорони здоров'я не може функціонувати в "нормальний спосіб". Це особливо справедливо стосовно таких ринків охорони здоров'я, як канадська система охорони здоров'я або британська національна служба охорони здоров'я (НН5) [4]. На таких ринках ціна на товари та послуги для споживача, завдяки державному забезпеченню, або державному страхуванню, не відповідає ресурсам, що були використані для їх виробництва, фактично, ціна для споживача часто дорівнює нулю. Крім того, ринок охорони здоров'я має декілька інших рис, які можуть призвести до неспроможності ринку, недосконалої інформації (наприклад, пацієнти часто не так добре поінформовані про варіанти та ризики з ними зв'язані, ніж ті, хто надає послуги з охорони здоров'я), та факторів зовнішнього впливу (напр., дії однієї особи можуть мати наслідки для інших). У випадку, коли ринки не є ідеально конкурентними, ціна на товари та послуги не завжди дорівнює соціальній вартості виробництва цих товарів та послуг, відтак, може виникнути ситуація неоптимального розміщення ресурсів (тобто, не в точці, де граничні соціальні вигоди дорівнюють граничній соціальній вартості). На таких ринках необхідно виконувати економічну оцінку задля оцінювання вартості та вигод альтернативних варіантів. Альтернативу, яка вважається найвигоднішою для суспільства і має найнижчу вартість, можна розглядати як варіант для втілення [5].

Багато країн шукають більш ефективні шляхи надання послуг з охорони здоров'я населенню. За часів, коли витрати на охорону здоров'я зростають, а бюджети скорочуються, реформування первинної допомоги розглядається як альтернатива традиційній моделі надання послуг з охорони здоров'я. Реформа первинної допомоги полягає у спробі перенести забезпечення охорони здоров'я з коштовних інституцій на рівень громади, з рук виключно медиків до інтегрованої команди [6].

Первина допомога, як і здоров'я, є поняттям багатограним і для різних людей означає різні речі. Часто первинну допомогу визначають як медичну допомогу першого звернення, яка є тривалою, комплексною і координованою. Допомога першого звернення означає момент, коли пацієнт вперше потрапляє до системи охорони здоров'я, відтак, ліка-

рів первинної допомоги часто називають воротарями системи [7]. Під тривалою допомогою мається на увазі регулярне або звичайне надання допомоги доступної для пацієнта протягом певного періоду часу. Комплексна допомога означає, що постачальники первинної медичної допомоги спроможні забезпечити комплексний набір послуг для пацієнтів, навіть якщо б такі послуги надавались поза межами практики постачальника послуг первинної ланки охорони здоров'я. Координація допомоги забезпечує пацієнта усіма необхідними видами допомоги через один вхідний пункт системи, тобто, основний постачальник допомоги спроможний забезпечити усі необхідні пацієнту послуги [8]. Близькість постачальників, тривалість надання допомоги та використання інформаційних систем помагають вдосконалити координацію допомоги [8]. Альтернативні дефініції первинної допомоги включають набір інших послуг з охорони здоров'я та тих, хто надає такі послуги, до яких відносяться сприяння здоров'ю, лікування хронічних хвороб, просвіта та підтримка.

Реформа первинної медичної допомоги передбачає перенесення уваги з медичної моделі лікування хвороби на лікування людини в цілому. Це означає надання послуг широким колом професіоналів, таких як сімейні лікарі, інші лікарі, медсестри (МС), соціальні працівники, фізіотерапевти, психологи, фахівці з харчування, фахівці з відпочинку та забезпечення побуту. Практика первинної допомоги має включати багатьох з цих професіоналів, що працюють у команді надаючи комплексну допомогу пацієнтам [9].

Підвищення ефективності використання наявних ресурсів, що досягається за рахунок реструктуризації мережі медичних установ, включає не лише заміщення деяких видів стаціонарного лікування, амбулаторно-поліклінічним, але пошук і впровадження нових ефективних форм надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) [10]. Система первинної медичної допомоги, що була сформована і функціонувала в СРСР як дільнична, була визнана ВООЗ однією з найбільш ефективних у світі. Проте сьогодні доводиться констатувати, що за наявності зразкової моделі організації ПМСД, на практиці спостерігається погіршення стану здоров'я населення в динаміці (Решетников А.В., 2002; Щепин О.П., 2001). У ході реформування існуючої системи запропоновано багато альтернативних варіантів організації первинної медичної допомоги, серед яких - загальна лікарська практика [11].

Результати досліджень, присвячених аналізу порівняльної ефективності організації первинної допомоги по типу традиційної поліклініки і відділень загальної практики не дозволяють однозначно оцінювати зміни, що відбуваються [12]. Проте, не дивлячись на те, що до 2002 року кількість лікарів загальної практики-складало менше 1% від загального числа фахівців, що працюють в секторі ПМСД, впровадження такої моделі демонструє значну ефективність (Денисов І.Н., Іванов А.І., 2003, Moscow Public Science Foundation, 2003, 2009). Необхідність приведення структури надання ПМСД у відповідність з державними гарантіями надання громадянам України медичної допомоги вимагає нового підходу в порівняльній оцінці форм надання ПМСД [14].

## Висновки

1. Лікар загальної практики, відповідно до кваліфікаційних вимог, що пред'являються до цієї спеціальності Міністерством охорони здоров'я України самостійно забезпечує 86,8% об'єму амбулаторних медичних послуг, гарантованого государством і визначеного Програмою державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги [13, 14].

2. Надання лікарем загальної практики більшого в по-

рівнянні з дільничним лікарем об'єму медичної допомоги самостійно, без залучення інших фахівців, зменшує кількість необхідних відвідувань лікаря і скорочує тривалість випадків поліклінічного обслуговування в середньому в 1,5 рази щодо більшості захворювань.

3. Медичний ефект первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що надається лікарями загальної практики, порівняно з поліклініками, характеризується меншою кількістю загострень хронічних захворювань, меншою частотою викликів швидкої допомоги, нижчим рівнем госпіталізованої захворюваності зі зниженням вартості одного випадку госпіталізації, що дозволяє економити кошти госпітального фонду і знижувати витрати на швидку допомогу.

4. Організація роботи за принципом загальної лікарської практики дозволяє медичній установі отримувати вищий дохід з розрахунку на відвідування в порівнянні з поліклінічною, а значить мати можливість використовувати більше грошей безпосередньо на надання медичної допомоги у вигляді витрат на медикаменти, м'який інвентар і витратні матеріали, що сприяє підвищенню рівня медичних послуг.

6. Функціонування загальної практики в умовах існуючої системи подушевого фінансування амбулаторно-поліклінічних установ є менш витратним в порівнянні з поліклінікою, що обумовлює вищу економічну ефективність цієї моделі.

7. Більш ефективний розподіл фінансових ресурсів в умовах загальної практики забезпечує підвищення мотивації роботи персоналу за рахунок можливості збільшення оплати праці, що сприяє поліпшенню якості надання медичної допомоги [15].

## Перспектива подальших досліджень

Розробка і впровадження моделі надання медичної допомоги та забезпечення маршруту пацієнта сімейним лікарем при різних найпоширеніших клінічних станах та захворюваннях.

## Література

1. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care / Alma-Ata, USSR, September 6-12 1978 // Geneva, World Health Organization, 1978.
2. Starfield B. Primary care. Balancing health needs, services and technology // New York, NY, Oxford University Press, 1998.
3. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні / Матеріали розширеної виїзної колегії Міністерства охорони здоров'я України 26-27 травня 2004 // Полтавська обл., м. Комсомольськ, 2004. - 63 с.
4. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare // Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2002 ([http://www.chsrf.ca/funding\\_opportunities/commissioned\\_research/projects/pdf/defusing\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/funding_opportunities/commissioned_research/projects/pdf/defusing_e.pdf), accessed 10 December 2008).
5. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R8 on strengthening health systems as a continuation of the WHO Regional Office for Europe's country strategy "Matching services to new needs" // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920\\_2](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2), accessed 16 December 2008).
6. Гордиенко С.М. Минздрав решительно настроен на реформу / С.М. Гордиенко // Здоров'я України.-2005.-№9.-С.25.
7. Іванов Д.Д. Сімейна медицина: зарубіжний досвід та перші кроки в Україні / Д.Д. Іванов // Управління закладами охорони здоров'я. - 2007.- № 5. - С.105-107.
8. Латишев С.Є. Стан впровадження сімейної медицини в регіонах / С.Є. Латишев // Гл.врач.-2004.-№6.-С.48-53.
9. Линденбраген А.Л. Правовые и социальные аспекты развития добровольного медицинского страхования / А.Л. Линденбраген // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - №2. - С.55-58.
10. Москаленко В.Ф., Латишев С.Є. Аналіз організації сімейної

медицини в Україні / В.Ф.Москаленко, Є.Є.Латишев // Науковий вісник НМУ ім. О.О. Богомольця. - 2006. - №4. - С.87-94.

11. Решетников А.В. Организация и проведение медико-социологического мониторинга / А.В. Решетников // Экономика здравоохранения. - 2002. - №3 (62). - С.79-85.

12. Kringos DS et al. Evaluation of the organizational model of primary care in the Russian Federation: a survey-based pilot project in two districts in the Moscow Region // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.

13. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. - К., 1996.

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 11.09.2000, №214 "Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини".

15. Пономаренко В.М., Галієнко Л.І., Циборовський О.М., Хунов Ю.А., Гуменний В.С. Організаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини / В.М.Пономаренко, Л.І. Галієнко, О.М. Циборовський, Ю.А. Хунов, В.С. Гуменний, 2003.

*Siryk V.O.*

#### **Оценка и необходимость реформирования первичной медицинской помощи в Украине**

**Резюме.** В статье отображены современные представления о первичной медицинской помощи. Доказана необходимость перехода к семейной медицине.

**Ключевые слова :** *первичная медицинская помощь, семейная медицина, врач общей практики.*

*Siryk V.O.*

#### **Evaluation and Necessity of Reforming Primary Medical Care in Ukraine**

**Summary.** In the article the modern interpretation about the primary care is presented, expedience of transition from district-territorial medical services delivery to family medicine is proven.

**Key words :** *primary medical care, family medicine, general practitioner.*

Надійшла 22.10.2012 року.