

*В. Г. Слабкий,
науковий співробітник, Державна установа "Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України"*

*Н. П. Кризина,
д. н. держ. упр, доцент, заслужений лікар України, Державна установа "Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України"*

ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНА ПРОГРАМА РОЗВИТКУ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ВАЖЛИВИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЛАН ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Представлено аналіз передумов та необхідності прийняття Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2012 року, її мету, шляхи покращення первинної ланки медичної допомоги та очікувані результати з покращення медико-демографічної ситуації в державі.

Analyzes the conditions and need for the national program for development of primary health care based on family medicine for the period to 2012 its goal by improving primary health care and expected outcomes of improved medical and demographic situation in the country.

*Ключові слова: програма, первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина, демографія.
Key words: program, primary health care, family medicine, demography.*

Стан здоров'я населення України є незадовільним, про що свідчать негативні демографічні та статичні показники [9; 22].

Відмічається стрімке старіння населення, яскраво регресивний характер відтворення населення, коли частка населення старших вікових груп значно перевищує частку населення віком 0—15 років [22]. При цьому позитивні зрушення показників народжуваності, смертності немовлят і материнської смертності навіть малою мірою не можуть компенсувати тяжкої демографічної кризи в державі [9].

Характерним є високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного поширення факторів ризику захворювань, зростаючої розповсюженості тютюнопаління, вживання алкоголю і наркотиків, передусім серед молодого покоління та поширення епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу [1; 3; 15].

Мета роботи полягає у визначенні проблем у розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та розробки загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2012 року.

Для досягнення мети необхідно вирішити ряд завдань:

- провести аналіз демографічної ситуації в Україні;
- проаналізувати стан первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні;
- виявити основні причини слабкої організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні;

— дати характеристику Загальнодержавній програмі розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2012 року.

МЕТОДИ, ЩО ВИКОРИСТАНИ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ РОБОТИ

Методологічну базу дослідження склав інформаційно-логічний підхід, який розкриває логіку наукового відображення об'єкта і впливу держави на перетворення в первинній медико-санітарній допомозі населенню.

При характеристиці Закону України від 22 січня 2010 року № 1841-VI "Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року" та логічного узагальнення результатів при формуванні висновків використані такі методи дослідження, як системний підхід і контент-аналіз.

ОСНОВНА РОБОТА ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

В Україні спостерігаються високі показники загальної смертності населення, які вдвічі перевищують показники для країн Європейського Союзу, а показники смертності населення у працездатному віці — до 4 разів; різке вираження феномена чоловічої "надсмертності", коли смертність чоловіків у середній віковій категорії (25—44 роки) майже в 4 рази перевищує смертність жінок аналогічного віку; скорочення очікуваної тривалості життя, в результаті чого роз-

рив з середньоєвропейськими показниками становить більше 6, а з показниками країн Європейського Союзу — більше 10 років [10, 12]. В Україні є найвищий в Європейському регіоні рівень природного спаду населення, що веде до депопуляції населення швидкими темпами.

Погіршення стану здоров'я населення призводить до об'єктивного зростання потреб у медичній допомозі, які існуюча система охорони здоров'я на сьогодні задовольнити не в змозі [15]. В Україні виражена нерівність в питаннях надання медичної допомоги, насамперед сільським мешканцям, що проявляється у різних відмінностях показників захворюваності забезпечених і малозабезпечених груп населення при високій питомій вазі бідного населення [13].

За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, які базуються на кращому світовому досвіді, лише розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини дозволить суттєво вплинути на покращення демографічної ситуації, досягнути справедливого розподілу і раціонального використання коштів [5; 8; 11; 16; 18; 19].

У більшості країн світу на долю (ПМСД) припадає до 90% загального обсягу медичних послуг, а питома вага лікарів загальної практики / сімейної медицини (ЗП/СМ) серед лікарів галузі охорони здоров'я становить 30—50% [2; 10].

В Україні ПМСД представлена доволі розгалуженими структурами, які в переважній більшості функціонально, організаційно та фінансово поєднані зі спеціалізованою амбулаторною допомогою. 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 первинну допомогу, становить менше 10% від загального обсягу видатків на охорону здоров'я, що, зважаючи на незадовільний рівень матеріально-технічного забезпечення зазначених структур, є вкрай недостатнім [7; 14; 17; 21].

Низька організація ПМСД стала передумовою до порушення комплексності та наступності у наданні медичної допомоги, формального підходу до проведення профілактики захворювань та диспансеризації населення. Це, в свою чергу, призвело до несвочасного виявлення хвороб та їх ускладнень, а відтак, і до потреби населення у вторинній (спеціалізованій) та третинній (високоспеціалізованій) медичній допомозі (вартість надання медичної допомоги на вторинному рівні в 7—8 разів більша, ніж на первинному, а на третинному рівні — в 20 разів) [20].

Основними причинами слабкої організації ПМСД в Україні стали [6; 7; 15]:

- нераціональне використання інфраструктури закладів (підрозділів) охорони здоров'я, які надають первинну допомогу;
- низька доступність первинної допомоги до населення, насамперед у сільській місцевості;
- недосконала система фінансування ПМСД;
- незадовільний рівень матеріально-технічного забезпечення закладів (підрозділів) охорони здоров'я, які надають первинну допомогу;
- неналежне кадрове (лікарями, медичними сесртари) забезпечення закладів первинної ланки;
- відсутність мотивації до роботи медичних працівників у закладів (підрозділів) охорони здоров'я, що надають первинну допомогу, насамперед у сільській місцевості;
- недостатнє наукове обґрунтування та нагальна потреба в оновленні та розробці нормативно-правової бази з питань функціонування і розвитку первинної допомоги;
- відсутність дієвої системи управління первинною допомогою.

На необхідності реформування ПМСД для вирішення

означених проблемних питань наголошується в ряді законодавчих та нормативно-правових актів, насамперед, в Указах Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000 "Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України" та від 06.12.2005 № 1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення", а також у постановах Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 № 989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я"; від 10.01.2001 № 14 "Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002 — 2011 роки", від 13 червня 2007 р. № 815 "Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року", від 17.02.2010 р № 208 "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я".

Проблеми розвитку ПМСД потребують комплексного розв'язання, на що і націлена Загальнодержавна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року (далі — Програма), яка затверджена Законом України від 22 січня 2010 року № 1841-VI [4].

Метою Програми є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування та забезпечення ефективного функціонування системи надання населенню України доступної і якісної первинної допомоги на засадах сімейної медицини.

Наріжним каменем створення перспективної моделі ПМСД є структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з поступовим збільшенням обсягів фінансування первинної допомоги. Правовою основою цього стало внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо визначення видатків на первинну медичну допомогу у бюджетах районів та міст обласного підпорядкування.

Процес розмежування первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги має проводитися шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі — Центрів) як юридично самостійних закладів з надання первинної допомоги.

Одночасно має формуватися мережа амбулаторій лікарів ЗП/СМ, територіально наближених до місць проживання населення, яке вони обслуговуватимуть. На основі застосування соціальних нормативів первинної допомоги здійснюватиметься планування розвитку мережі амбулаторій сімейного лікаря, а їх створення відбуватиметься впродовж всього терміну дії Програми і триватиме після її завершення за мірою розвитку населених пунктів.

Виокремлення ПМСД у сільській місцевості і в містах передуватиме процесу змін юридичного статусу закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні підприємства. Останнє тісно пов'язане з загальними змінами у системі охорони здоров'я, що полягатимуть у системному впровадженні державних закупівель послуг з охорони здоров'я і потребуватимуть утворення органів управління охорони здоров'я на районному рівні (а також у невеликих містах, де таких органів немає), які виступатимуть в якості замовників медичних послуг з охорони здоров'я та здійснюватимуть функцію контролю за дотриманням надавачами послуг договірних умов щодо кількості та якості медичних послуг, наданих населенню.

Основним суб'єктом надання населенню первинної медичної допомоги у результаті реалізації Програми має стати автономний або юридично незалежний заклад охорони здоров'я — Центр з кількістю обслуговуваного населення до 100 тис. У містах та один на сільський район і невеликі міста, до складу якого на правах підрозділів входить амбулаторія сімейної медицини, в яких практикуватимуть один-два (у сільській місцевості) або чотири-п'ять (у містах) лікарів загальної практики/сімейної медицини. Така фор-

ма організації ПМСД дозволить забезпечити фінансову сталість медичних закладів первинного рівня та рівність у наданні первинної медичної допомоги. Надаватиметься сприяння отриманню лікарями ЗП/СМ ліцензій МОЗ на здійснення медичної практики з подальшим укладенням з ними договорів на надання населенню первинної медичної допомоги.

Таким чином, в результаті реалізації Програми первинна медична допомога населенню України надаватиметься юридично самостійними суб'єктами господарювання комунальної або іншої форми власності — центрами первинної медичної допомоги та амбулаторіями лікаря ЗП/СМ, на засадах договору з замовником, в якості якого виступатиме територіальний орган управління охорони здоров'я, а у разі введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування — підрозділами страхового фонду. У системі взаємовідносин між надавачами первинної медичної допомоги і населенням буде реалізовано механізм вільного вибору лікаря ЗП/СМ та/або його зміни в рамках Центру ПМСД.

Наступним компонентом перспективної моделі ПМСД є подушний принцип фінансування із застосуванням коригуючих коефіцієнтів. Цей захід разом з впровадженням механізму вільного вибору лікаря стане фактором утворення конкурентного середовища у первинній ланці медичної допомоги і одним з потужних регуляторів її якості.

Планується впровадження керованості спеціалізованої медичної допомоги, тобто організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги через направлення лікарем ЗП/СМ за винятком випадків, що підвищить значення та вплив на здоров'я населення первинної ланки медичної допомоги та знизить обсяги спеціалізованої медичної допомоги.

Структурне оформлення та впровадження прогресивних механізмів фінансування надасть первинній допомозі властивості підсистеми галузі охорони здоров'я та створить стимули до збільшення обсягів і покращання якості роботи. Система управління якістю базуватиметься на впровадженні стандартів надання первинної медичної допомоги та методів моніторингу їх дотримання і впроваджуватиметься у міру їх розробки. Така робота вже проводиться. На замовлення МОЗ України розроблено низку клінічних протоколів з найбільш поширених хвороб, надання первинної медичної допомоги, які базуються на даних з доведеною ефективністю.

Здатність ПМСД взяти на себе додаткові обсяги медичної допомоги з дотриманням стандартів визначатиметься, крім обсягів і механізмів фінансування, також належним матеріально-технічним оснащенням закладів та кваліфікацією кадрів.

Оснащення закладів та підготовка кадрів сімейних лікарів відбуватиметься впродовж всього терміну виконання Програми. На фінансування цих заходів передбачаються кошти у державному бюджеті. Пріоритет надається принципу "одночасного охоплення кожної окремої території", який передбачає надання підтримки у повному задоволенні потреб мережі первинної медичної допомоги з державного та регіонального рівнів, і буде стимулом для органів державної влади та місцевого самоврядування до створення умов для впровадження перспективної моделі ПМСД та засобом подолання конфліктів інтересів, що супроводжуватимуть реалізацію Програми.

Система кадрового забезпечення виконання Програми має кількісну і якісну складову. Необхідна кількість лікарів загальної практики та молодших спеціалістів з вищою освітою для первинної допомоги забезпечуватиметься за рахунок формування державного замовлення на науково обґрунтовані обсяги підготовки та перепідготовки зазначених спеціалістів.

Належна якість підготовки забезпечуватиметься шляхом

реалізації положень Болонської декларації щодо додипломної та післядипломної підготовки спеціалістів для первинної медичної допомоги з одночасним розширенням в освітніх програмах складових з оволодіння практичними навичками. Важливим чинником підвищення якості підготовки має бути формування науково-педагогічних кадрів за спеціальністю "загальна практика / сімейна медицина", це досягатиметься шляхом введення відповідної наукової спеціальності.

Інституційною основою для збільшення обсягів підготовки та перепідготовки з акцентом на практичну складову, зокрема, стануть навчально-практичні центри сімейної медицини в обласних центрах, які візьмуть на себе функцію організації підготовки та перепідготовки спеціалістів та фахівців для первинної ланки без відриву від виробництва на договірних засадах з вищими навчальними закладами.

За планом керованість розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини забезпечуватиметься багаторівневою системою управління. На державному рівні впровадження Програми здійснюватиме Координаційна рада, створена на базі Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, в якій будуть представлені усі основні інституції — міністерства та інші центральні органи влади, місцеве самоврядування (Асоціація міст та громад України), медичні неурядові організації (Асоціація сімейної медицини). Координаційна рада здійснюватиме свою роботу у тісній взаємодії з Інститутом сімейної медицини, на який покладено функцію підготовки медичних кадрів для первинної ланки та Інститутом стратегічних досліджень МОЗ України, який здійснює моніторинг виконання Програми та її науково-методичний супровід.

Планування розвитку мережі ПМСД, визначення черговості територій, які мають отримати підтримку з державного та регіонального рівнів на матеріально-технічне та кадрове забезпечення впровадження сімейної медицини, виконання завдань Програми на територіях покладається на управління охорони здоров'я облдержадміністрацій та МОЗ АР Крим, в яких мають бути утворені підрозділи і введені посади з повноваженнями щодо організації розвитку і функціонування ПМСД.

Безпосереднє управління розвитком та функціонуванням ПМСД на засадах ЗП/СМ покладається на органи управління охорони здоров'я райдержадміністрацій та міських або районних у містах рад, які будуватимуть свою роботу у тісній взаємодії з громадськістю, особливо у питаннях оцінки суспільством управлінських та організаційних заходів з розвитку ПМСД на засадах ЗП/СМ.

Впровадження Програми суттєво змінить систему надання первинної медичної допомоги. У зв'язку з цим важливим чинником її успішної реалізації є отримання позитивної оцінки з боку населення, на що спрямовуватимуться заходи інформаційного супроводу Програми.

Планування та здійснення зазначених заходів забезпечуватиметься за рахунок максимальної мобілізації партнерів серед засобів масової інформації (ЗМІ), міжнародних організацій. Формуванню позитивного ставлення населення та медичних працівників до реформування первинної медичної допомоги сприятиме ознайомленню з досвідом інших країн, які реалізували або реалізують подібні програми. На це, а також на розв'язання проблем якості підготовки кадрів, здійснення спільних наукових розробок, проведення форумів щодо розвитку ПМСД на засадах ЗП/СМ буде спрямоване міжнародне співробітництво в рамках Програми.

ВИСНОВКИ

1. При проведенні аналізу демографічної ситуації в Україні ми можемо зробити такі висновки, що спостерігається стрімке старіння населення, яке значно перевищує частку населення віком 0—15 років. І навіть позитивні зрушення

показників народжуваності, смертності немовлят і материнська смертність не можуть компенсувати демографічної кризи в державі.

2. ПМСД на засадах сімейної медицини в Україні представлена роздробленими структурами, які функціонально, організаційно та фінансово поєднані зі спеціалізованою амбулаторною допомогою і в яких починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості.

3. Основними причинами слабкої організації ПМСД на засадах ЗП/СМ в Україні є: нераціональне використання інфраструктури закладів (підрозділів) охорони здоров'я; низька доступність первинної медичної допомоги до населення; недосконала система фінансування; незадовільний рівень матеріально-технічного забезпечення закладів (підрозділів); неналежне кадрове (лікарями, медичними сестрами) забезпечення закладів первинної ланки; відсутність мотивації до роботи медичних працівників; недостатня нормативно-правова база; відсутність дієвої системи управління нею.

4. Реалізація комплексу заходів, передбачених Програмою, дозволить досягти:

- зниження стандартизованого показника смертності до 1304,6 на 100 тис. населення;
- зниження показника смертності від неінфекційних захворювань у працездатному віці до 614,3 на 100 тис. населення працездатного віку;
- зниження показника первинного виходу на інвалідність у працездатному віці до 52,9 на 10 тис. населення працездатного віку;
- зменшення питомої ваги деструктивних форм туберкульозу (з числа вперше виявлених випадків захворювання) до 39,4%;
- зменшення питомої ваги занедбаних випадків онкозахворювань до 18,3%;
- збільшення питомої ваги медичних послуг міським жителям, що починаються і закінчуються на рівні первинної допомоги до 55%;
- збільшення питомої ваги медичних послуг жителям села, що починаються і закінчуються на рівні первинної допомоги до 73%;
- збільшення % позитивних оцінок при вимірюванні рівня задоволення пацієнтів первинною допомогою до 70%.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ У ДАНОМУ НАПРЯМКУ

Виконання затвердженої Законом України "Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року" має стати важливим кроком в розвитку ПМСД на засадах ЗП/СМ з рішенням проблем в організації надання первинної медичної допомоги, що позитивно вплине на стан здоров'я населення України.

Література:

1. Андреева Т.И. Табак и здоровье / Т.И. Андреева, К.С. Красовский. — К., 2004. — 224 с.
2. Арнаутова А. 10 вопросов о здравоохранении в странах — новых соседях ЕС: пер. с англ. / А. Арнаутова. — Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006. — 292 с.
3. Бабанов С.А. Распространенность табакокурения среди городского населения Самары и факторы, ее определяющие / С.А. Бабанов // Терапевтический архив. — 2008. — № 1. — С. 69—74.
4. Закон України від 22 січня 2010 року № 1841-VI "Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.
5. Іванов Д.Д. Сімейна медицина: зарубіжний досвід та

перші кроки в Україні / Д.Д. Іванов // Управління закладом охорони здоров'я. — 2007. — №5. — С. 104—107.

6. Лехан В.М. Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги / В.М. Лехан, О.Л. Зюков // Україна. Здоров'я нації. — 2009. — № 1—2 (9—10). — С. 71—74.

7. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. — К., 2009. — 50 с.

8. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем влияния на детерминанты здоровья. — Женева: ВОЗ, 2009. — 129 с.

9. Матеріали підсумкової колегії МОЗ України, 3 березня 2010 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: // www.apteka.ua/article/8309?print=1. — Назва з екрану.

10. Мировая статистика здравоохранения, 2009 год. — Женева: ВОЗ, 2009. — С. 100—104.

11. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002—2011 роки, затверджена постановою КМУ № 14 від 10.01.2002 р. / Кабінет Міністрів України. — К., 2001. — 136 с.

12. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації". 2009 / За ред. З.М. Митника, Г.О. Слабкого; МОЗ України, ДУ "Укр. інститут стратегічних досліджень МОЗ України". — К., 2010. — 153 с.

13. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2008 році: [стат. бюлетень] / Держкомстат України. — К., 2010. — 110 с.

14. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / За ред. В.М. Лехан. — Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2002. — 370 с.

15. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / За заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. — К.: Вид-во Раєвського, 2005. — 168 с.

16. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005 / Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7. — Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2005. — 98 с.

17. Побережний А. І. Роль сімейного лікаря в наданні невідкладної медичної допомоги сільському населенню / А.І. Побережний, Н.О. Лісовська, О.Н. Литвинова // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. — 2008. — № 3. — С. 73—77.

18. Системи охорони здоров'я — здоров'я — благополуччя: матеріали Європейської міністерської конференції ВООЗ по системам охорони здоров'я, 25—27 червня 2008 р., Таллінн, Естонія [Електронний ресурс]. — Режим доступу: // <http://www.who.int/en/> — Назва з екрану.

19. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof [et al.]. — Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2008.

20. Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні // Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров'я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень: матеріали підсумкової конференції Проекту ЄС. — К., 2009. — 96 с.

21. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2008 рік / За ред. В.М. Князевича. — К.: МОЗ України, ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України", 2009. — 384 с.

22. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію, 2008 рік / За ред. В.М. Князевича. — К.: МОЗ України, ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України", 2009. — 360 с.

Стаття надійшла до редакції 18.10.2011 р.