

УДК: 614.254:616.082(047.44)

Аналіз змін профілів діяльності лікарів первинної ланки

В.М. Лехан, Л.В. Крячкова

ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

З метою оцінювання ефективності заходів щодо модернізації первинної медичної допомоги у Дніпропетровському регіоні проведено порівняльний аналіз профілів діяльності лікарів первинної ланки. Доведено, що первинна ланка за останні роки стала міцнішою і більш профілактично спрямованою.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, лікар первинної ланки, лікар загальної практики–сімейної медицини, профіль діяльності.

Ще на початку 70-х років ХХ ст. світове медичне співтовариство зрозуміло, що єдиним ефективним стратегією, яка дозволяє забезпечити поліпшення здоров'я населення при контролі над витратами у системі охорони здоров'я, є первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) на принципах загальної практики–сімейної медицини. Процес запровадження цього підходу продовжується і до теперішнього часу.

У новій регіональній європейській політиці Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я-2020» підкреслюється, що незважаючи на бурхливі політичні і соціальні зміни забезпечення здоров'я для всіх і важлива роль ПМСД у цьому незмінно залишаються ключовими цінностями та принципами розвитку охорони здоров'я регіону [7].

Процес розбудови ПМСД в Україні повною мірою відповідає принципам, вимогам і критеріям, виробленим для ефективного функціонування первинної медичної допомоги у світі [2]. Існує багато наукових досліджень щодо модернізації ПМСД в Україні. Частина з них стосується питань розроблення, оцінювання та аналізу показників розвитку первинної допомоги, аналізу її ресурсного забезпечення, якості та обсягів діяльності лікарів первинної ланки [1, 3, 6]. Однак досліджень, які б розглядали діяльність ПМСД через призму оцінки профілів лікарів первинної ланки, в країні бракує. Поняття профілювання передбачає збір, співставлення та аналіз показників, які дають можливість скласти уявлення про конкретні сфери діяльності постачальників медичних послуг [8]. Вони розглядаються як інструмент порівняльного аналізу результативності та ефективності медичних послуг [13]; перспективний механізм управління якістю медичної допомоги та інструмент створення системи економічної мотивації персоналу [11]; індикатор подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я та первинної ланки, який реально відображає продуктивність провайдерів медичних послуг [5]. Усе зазначене вище і зумовило актуальність проведеного дослідження.

Мета дослідження: оцінювання ефективності заходів щодо модернізації ПМСД в Дніпропетровському регіоні шляхом проведення аналізу профілів лікарів первинної ланки та їх порівняння у динаміці.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили серед 170 лікарів первинної ланки (ЛПЛ) у 2008–2009 рр. (1-а група – 42,35%) до початку перетворень у галузі та у 2012–2013 рр. (2-а група –

57,65%) після проведення першого етапу модернізації у пілотних регіонах. Обидві групи були змішані і склалися як з дільничних терапевтів і педіатрів, так і з лікарів загальної практики–сімейних лікарів (ЛЗП/СЛ), однак частка останніх у 2-й групі була суттєво вищою ($p < 0,05$) у 2012–2013 рр. (34,85% проти 16%), що цілком відображає ситуацію у регіоні щодо структури ЛПЛ та її змін під час перетворень у пілотному регіоні. Частота відгуку на опитування (число лікарів, що правильно заповнили анкету і вона була прийнятною для оброблення) в обидва періоди склала 78% і 80% відповідно. Середній вік обстежених 1-ї групи склав $49,1 \pm 1,8$ року ($M \pm m$), 2-ї – $50,27 \pm 1,67$ ($p > 0,05$). Розподіл за статтю не мав суттєвих розбіжностей, більшість складала жінки: 68% та 71% відповідно. Отже віко-статеву структуру у досліджуваних групах істотно не відрізнялася між собою, що дозволяє їх коректно порівнювати.

Інформацію збирали за допомогою стандартизованої анкети, що була розроблена Нідерландським інститутом ПМСД і використовували під час європейського дослідження профілів завдань лікарів загальної практики, яке не охоплювало Україну [4]. Незважаючи на те, що на сьогоднішній день у Європі було проведено ще одне дослідження, спрямоване на оцінювання ефективності роботи систем ПМСД з точки зору якості, доступності та вартості – QUALICORP (Quality and Costs of Primary Care in Europe / Якість і витрати на первинну медичну допомогу у Європі) [10], використання профілів має сенс, оскільки саме ця методика дозволяє провести оцінювання змін у службі ПМСД, що й було зроблено, наприклад, у Литві [9]. Також використання даної методики під час нашого дослідження дозволило порівнювати отримані результати з європейськими показниками.

Статистичне оброблення результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серійний № AGAR909E415822FA) з використанням параметричних і непараметричних методів статистичного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік усіх обстежених лікарів первинної ланки коливався від 22 до 76 років та складав у середньому $49,06 \pm 1,11$ року ($M \pm m$). В європейських країнах медіанний вік лікарів загальної практики коливається у межах 40 і 50 років [4, 12]. Однак в Україні простежується певна тенденція переважання у віковій структурі ЛЗП–СЛ старших вікових груп. Так, частка осіб старше 60 років у 1-й групі дослідження (2008–2009 рр.) склала 13,64%, а в 2-й (2012–2013 рр.) – 18,89%, що свідчить про негативну тенденцію небажання молодих спеціалістів працювати у первинній ланці, яка простежується попри всі зусилля щодо зміни даної тенденції.

Показник престижності професії ЛЗП–СЛ визначається часткою лікарів-чоловіків, що працюють у первинній ланці, оскільки доведено, що питома вага чоловіків серед сімейних лікарів тим більша, чим більший рівень зайнятості та доходів на рівні ПМСД. Частка жінок-лікарів загальної практики коливається від 7% у Швейцарії до 94% в Естонії [12].

Навантаження та витрати робочого часу лікарів первинної ланки (за даними самооцінки профілів діяльності)

Показники	2008-2009 рр.	2012-2013 рр.
Частка лікарів, що мають додаткову роботу, %	18,18	18,03
Середнє число робочих годин у місяць за основною роботою, год (M±m)	156,86±17,39	161,94±7,88
Середнє число робочих годин у місяць, що витрачається на підвищення професійного рівня, год (M±m)	18,92±2,62	30,39±4,63
Середнє число особистих контактів з пацієнтами за місяць в амбулаторії чи вдома, кількість (M±m)	333,02±15,25	341,67±14,32
Середнє число телефонних консультацій в день, кількість (M±m)	3,12±0,63	5,65±0,73
Фактичний середній час, що витрачається на обслуговування пацієнта при амбулаторному прийомі, хв (M±m)	7,64±1,08	8,62±1,01
Фактичний середній час що витрачається на обслуговування пацієнта при відвідуванні на дому, хв (M±m)	8,97±1,52	8,85±1,60

В Україні, як і в більшості країн Східної Європи, показник питомої ваги жінок-лікарів, задіяних у наданні первинної допомоги, складає абсолютну більшість – 75,86%.

Оцінювання витрат робочого часу лікарів первинної ланки у 2008–2009 рр. та 2012–2013 рр. не виявило суттєвих розбіжностей (табл. 1). Майже кожен четвертий опитаний (18,18% та 18,03% відповідно) мають додаткову роботу. На основну роботу за місяць, за самооцінкою профілів діяльності, ЛЗП–СЛ витрачають порядку 156,86±17,39 год (2008 – 2009 рр.) та 161,94±7,88 год (2012–2013 рр.). Високими темпами (на 60,62%) зростає кількість часу, що витрачається на підвищення професійного рівня. Час, що витрачається у Європі лікарями загальної практики на самоосвіту за місяць складає не менше 15 год і досягає 37 год у Туреччині, де усім лікарям після закінчення вищого навчального медичного закладу, перш ніж отримати підготовку з вузької спеціальності, потрібно відпрацювати у первинній ланці сільської охорони здоров'я [4].

У порівнювані періоди збільшилася також кількість телефонних консультацій на 81,1% і досягла в середньому 5,65 на день, це позитивна тенденція, оскільки зростання кількості як телефонних, так і телемедичних консультацій, здатне оптимізувати навантаження на ЛПЛ. В європейських країнах цей показник коливається від 2 до 16 на день.

Опитані лікарів зазначили, що фактичний час, який вони витрачають на пацієнта як на амбулаторному прийомі, так і при відвідуванні вдома, майже не відрізняється як за місцем обслуговування (8,62±1,01 хв при амбулаторному прийомі, 8,85±1,60 при відвідуванні вдома), так і за періодами спостереження. Він нижчий за нормативні значення майже у 1,5 разу, що є відображенням ситуації, коли лікарі витрачають багато часу на механічну роботу, пов'язану з веденням записів, заповненням документів тощо.

У багатьох країнах лікар загальної практики працює, як правило, в партнерстві з іншими лікарями цієї спеціальності та середнім медичним персоналом. Однак у лікарів, які працюють у сільській місцевості, існує менше можливостей для партнерських відносин. Представників такої індивідуальної практики у нашому дослідженні виявилось майже чверть і усі вони проживають у сільській місцевості.

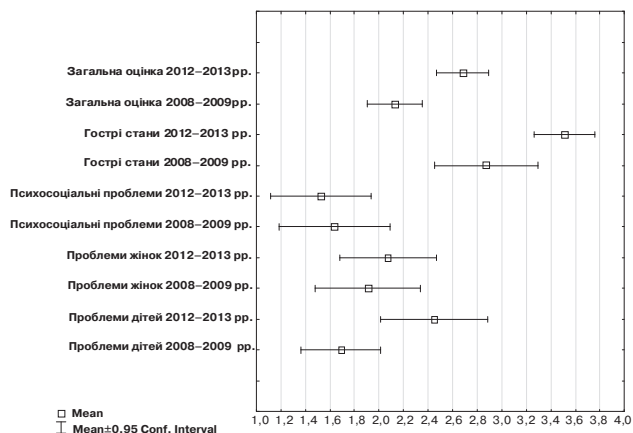
У більшості країн основна частина лікарів загальної практики контактує зі своїми колегами, щонайменше, раз на місяць. За частотою контактів з іншими фахівцями рангові місяці розподілилися наступним чином: на 1-му місці консультації з вузькими спеціалістами, на 2-му – з лікарями стаціонарів і на останньому – з соціальними працівниками. Подібна тенденція спостерігається і в країнах Європи. За роки дослідження частота контактів на 100 ЛЗП–СЛ на місяць з лікарями стаціонарів не змінилася (245,1% у 2008–2009 рр. проти 282,58% у 2012–2013 рр.), на 20,65% зростає частота контактів з соціальними працівниками (119,61% порівняно з

145,5%) та майже вдвічі (p<0,05) – з вузькими спеціалістами (276,47% порівняно з 442,42%), що свідчить про більшу активність сімейних лікарів у питаннях координації надання медичної допомоги на різних рівнях медичного обслуговування.

Потрібно відзначити, що за свідченням лікарів, за перший етап модернізації суттєво зросла (p<0,05) їхня забезпеченість обладнанням та інструментарієм: тонометрами та портативними електрокардіографами у 1,5 разу; хірургічними наборами – у 1,7; отофтальмоскопами та діагностичними системами сімейного лікаря – у 2,7; холестерометрами – у 6,1 разу. Однак частота використання комп'ютерного обладнання для повсякденної діяльності залишається низькою, тоді як у європейських країнах частка сімейних лікарів, що користуються комп'ютером для робочих цілей, включаючи ведення записів, сягає 75%, в нашій країні вона залишається майже незмінною і складає лише чверть з числа опитаних.

При вирішенні питання щодо залучення ЛПЛ у якості фахівців першого контакту з приводу широкого спектра медичних проблем зі здоров'ям, виключаючи адміністративні контакти (мал. 1), з'ясувалося що за шкалою від 0 балів – «ніколи» до 4 балів – «майже завжди», роль лікаря первинної ланки як вхідної точки охорони здоров'я несуттєво збільшилася з 2,13±0,11 бала у 2008–2009 рр. до 2,68±0,11 бала у 2012–2013 рр. Це кореспондується з європейськими країнами, де в середньому показник складає 2,9 бала і суттєво менше у порівнянні з країнами з розвинутою системою «воротаря», де його позначка сягає 3,5 бала [4].

За період спостереження відбулося збільшення частоти первинних контактів на рівні ЛПЛ з приводу проблем зі здоров'ям у дітей (на 44,9%) та жінок (на 8,5%), невідкладних



Мал. 1. Середні бальні оцінки (в діапазоні від 0 – «ніколи» до 4 «майже завжди») ролі лікарів первинної ланки у вирішенні проблем пацієнтів при першому контакті (середня арифметична ± 95% довірчий інтервал)

Зміна ролі лікарів первинної ланки як зони першого контакту з певних проблем зі здоров'ям за даними самооцінки профілів діяльності (% лікарів, які завжди обслуговують подібні випадки)

Проблеми зі здоров'ям	Кількість лікарів, які завжди обслуговують подібні випадки, %	
	2008-2009 рр.	2012-2013 рр.
Діти з висипом	33,33	30,30
Діти з вираженим кашлем	37,25	37,88
Діти з енурезом	1,96	10,61*
Діти з проблемами слуху	0	12,12*
Жінки з приводу контрацепції	1,96	1,92
Жінки з приводу порушення менструального циклу	3,92	6,06
Жінки з підозрою на пухлину грудей	0	24,24*
Пацієнти з боєм у шлунку	15,69	50,00
Пацієнти з боєм у грудях	23,53	59,09
Пацієнти з опіками	17,65	15,15
Пацієнти з гострими симптомами паралічу/парезу	7,84	37,88*
Пацієнти з погіршенням зору	3,92	9,09
Пацієнти з поліурією	1,96	33,33*
Пацієнти з боєм у суглобах	21,57	53,03
Пацієнти з деякими проблемами пам'яті	17,65	50,0*
Пацієнти з розтягненням зв'язок гомілковостопного суглоба	5,88	21,21*
Пацієнти з боєм в нижній частині спини	9,80	42,42*
Пацієнти з першими судомами	5,88	22,73*
Пацієнти з панічними атаками	0	9,09*
Пацієнти з проблемами пристрасті до алкоголю (алкогольною залежністю)	1,96	9,09*

Примітка: * $p < 0,05$.

станів (на 22,2%). А от рівень первинних контактів з приводу психосоціальних проблем пацієнтів залишився практично незмінним.

Причинами такої ситуації є те, що лікарі ПМСД, які за загальноприйнятими канонами повинні обслуговувати до 80% проблем пацієнтів, не в змозі стати першою ланкою в ланцюзі медичного обслуговування через вільний доступ пацієнтів на рівні вторинної та третинної медичної допомоги, низьку якість і доступність первинної допомоги, недостатнє ресурсне забезпечення, відсутність достатньої мотивації тощо. Це суттєво звужує можливості лікарів ПМСД управління медичним маршрутом пацієнта.

Аналізуючи ситуацію окремо за різними медичними проблемами (табл. 2), з'ясувалося, що роль лікарів первинної ланки як першої точки контакту, суттєво зросла ($p < 0,05$) у випадку обслуговування дітей з енурезом (% лікарів, які завжди обслуговують подібні випадки, збільшилася з 1,96% до 10,61%); дітей з проблемами слуху (з 0 до 12,12%); жінок з підозрою на пухлину грудей (з 0 до 24,24%); пацієнтів з гострими симптомами паралічу/парезу (з 7,84% до 37,88%); пацієнтів з поліурією (з 1,96% до 33,33%); пацієнтів з деякими проблемами пам'яті (з 17,65% до 50,0%); пацієнтів з розтягненням зв'язок гомілковостопного суглоба (з 5,88% до 21,21%); пацієнтів з боєм у нижній частині спини (з 9,8% до 42,42%); пацієнтів з першими судомами (з 5,88% до 22,73%); пацієнтів з панічними атаками (з 0 до 9,09%); пацієнтів з алкогольною залежністю (з 1,96% до 9,09%).

Не змінилася тактика обслуговування по відношенню до дітей з висипом та кашлем (третина лікарів завжди залучені до первинного контакту з такими пацієнтами), жінок з приводу контрацепції та вагітності (відсоток лікарів, що беруть на себе таку функцію, не перевищує 5%), лікування опіків,

пацієнтів з суїцидальними нахилами та сексуальними проблемами.

Частота залучення лікарів первинної ланки до проведення хірургічних маніпуляцій (резекція врослого нігтя; видалення бородавок, плям рогової оболонки, підшкірної кістки з волосистої частини голови тощо) залишається невисокою і складала у 2008–2009 рр. 1,33%, у 2012–2013 рр. – 3,89%. Проведення внутрішньовенних інфузій в умовах денного стаціонару суттєво не змінилося і є рутинною практикою у 74,33% опитаних лікарів.

Аналіз розподілу лікарів за ступенем залученості до певних видів медичної допомоги (мал. 2) свідчить, що більшість ЛПЛ залучені повністю або частково до обслуговування вагітних, імунопрофілактики дітей, лікарського нагляду за дітьми до 4 років, планування сім'ї, в тому числі з призначенням контрацептивів, призначення гомеопатичних засобів (від 56,67% для імунопрофілактики дітей до 76,67% при контрацепції до- та післяпологовому обслуговуванні жінок). У даному випадку залучення до обслуговування вагітних в антенатальний період можна розглядати як участь у профілактичних заходах, оскільки ЛЗП–СЛ по суті виконують роль фільтра до більш спеціалізованих видів медичної допомоги. Подібна ситуація характерна в цілому для європейського регіону, де антенатальна та родопомічна допомога надається переважно фахівцями в галузі акушерства.

За роки спостереження зменшилася частка лікарів первинної ланки, не задіяних у обслуговуванні вагітних в антенатальний період, спостереженні, лікарському нагляді за дітьми до 4 років, плануванні сім'ї з призначенням контрацептивних засобів. Залишається високим відсоток ЛПЛ, що не залучені до імунопрофілактики дітей (43,33%) та планування сім'ї (36,67%). Дивує високий відсоток лікарів серед залучених до

гомеопатії, який тривалий час суттєво не змінюється і складає 66,67% у 2012 – 2013 рр., що можна пояснити прихильністю самих пацієнтів до цього методу лікування і активною маркетинговою позицією фірм, які займаються розповсюдженням гомеопатичних засобів та різноманітних біоактивних добавок. Це не є хорошою практикою, оскільки не існує доказів щодо ефективності подібних засобів.

У багатьох країнах світу лікарі первинної ланки надають профілактичні послуги. Стимулюється і активізується раннє виявлення захворювань, ідентифікація факторів ризику та пропаганда здорового способу життя. У європейській політиці «Здоров'я–2020» зазначається важливість комплексного проведення профілактичних програм та всебічного охоплення профілактикою усіх верств населення [7].

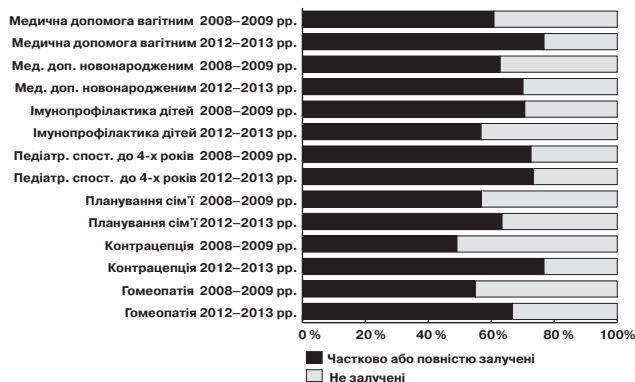
Тим не менш, незважаючи на зростаюче усвідомлення важливої ролі, яку лікарі первинної ланки повинні відігравати у профілактичних заходах, все ще залишається чимало перешкод на шляху їх практичного впровадження. Показники в Україні щодо залученості ЛПЛ до надання профілактичних послуг (рутинне визначення артеріального тиску, рівня холестерину тощо) ще нижче середнього показника європейських країн, однак протягом першого етапу модернізації ПМСД досягнуто певних успіхів у даному напрямку (табл. 3).

Розподіл відповідей лікарів первинної ланки стосовно приводу для проведення профілактичного дослідження свідчив, що вимірювання артеріального тиску проводять переважно (частота визначення цієї причини 96,7%) під час звичайних контактів з пацієнтами, що на 59,05% вище показника 2008–2009 рр. Вимірювання рівня холестерину крові проводять переважно у зв'язку з відповідними клінічними симптомами (83,3%) і більше за даним приводом на 28,7% показника минулих років. Взяття мазка шийки матки на предмет скринінгу раку матки та мануальне обстеження з метою виявлення новоутворення грудної залози проводять переважно під час спеціальних оглядів і частота їх проведення збільшилася.

На питання щодо навчання населення здоровому способу життя (боротьбі з тютюнопалінням, вживанням міцних напоїв, пропагандою здорового харчування) більшість лікарів первинної ланки (73,3% проти 54,9% у минулі роки) відзначили, що їх проводять під час регулярних контактів з пацієнтами. На роботу у спеціальних групах навчання та програмах зі здорового способу життя вказала третина обстежених (31,4%), що майже вдвічі вище за показник 2008–2009 рр.

ВИСНОВКИ

За перший період модернізації регіональної системи охорони здоров'я протягом 2009–2013 рр. первинна ланка зміцнила свою роль у якості зони першого контакту з вирішення поши-



Мал. 2. Розподіл лікарів за ступенем залученості до певних видів медичної допомоги (% до числа опитаних)

рених медичних проблем пацієнтів: проблем зі слухом та зором, хронічних захворювань, гострих станів, новоутворень. Однак недостатньо активно розширюється сфера первинного впливу на жінок та дітей, на вирішення психосоціальних проблем.

Збільшилися обсяги профілактичних заходів, що проводяться на первинному рівні у ході повсякденної практики консультивання пацієнтів, так рутинне вимірювання артеріального тиску здійснює 96,7% лікарів первинної ланки незалежно від первісної причини звернення. Серед причин розширення спектра та кількості профілактичних заходів зростання забезпеченості обладнанням та інструментарієм на рівні ПМСД та проведення спеціальних тренінгів, що відзначила переважна більшість лікарів.

Відзначені порушення у координації надання медичної допомоги на різних рівнях медичного обслуговування, зростає частота спільного ведення пацієнтів з вузькими спеціалістами в 1,6 разу, соціальними працівниками – на 21,6%.

Бюджет розподілу робочого часу лікарів первинної ланки практично не змінився, за виключенням збільшення кількості телефонних консультацій в середньому на 81,1% та кількість часу, що витрачається на підвищення професійного рівня на 60,62%.

Фахівці стверджують, що не слід очікувати швидкого впливу реформ на зміну профілів діяльності лікарів [12]. Однак за результатами проведеного дослідження ми можемо стверджувати, що відбулася певна зміна профілів діяльності лікарів первинної ланки в напрямку збільшення обсягів втручання профілактичного та лікувального характеру, що в свою чергу призвело до підвищення структурної ефективності системи охорони здоров'я. Проте повної реалізації обраної моделі [2] не відбулося, оскільки ПМСД України знаходиться у форматі перехідного періоду.

Таблиця 3

Розподіл відповідей лікарів первинної ланки на запитання стосовно проведення профілактичних заходів (частота відповіді, %)

Профілактичні заходи	Приводи до проведення профілактичних заходів									
	У зв'язку з симптомами		За проханням		Під час відвідування		У дорослих		Під час спеціалізованого огляду	
	2008-2009	2012-2013	2008-2009	2012-2013	2008-2009	2012-2013	2008-2009	2012-2013	2008-2009	2012-2013
Вимірювання артеріального тиску	35,3	30,0	29,4	33,3	60,8	96,7*	9,8	30*	17,6	26,7
Вимірювання рівня холестерину крові	64,7	83,3	11,7	26,7	0	13,3*	3,9	30*	7,8	33,3*
Взяття мазка шийки матки на предмет скринінгу раку матки	10	17,6	0	10*	27,5	30	5,9	20*	47,1	56,7
Мануальне обстеження з метою виявлення новоутворення грудної залози	45,1	66,7	13,3	21,6	45,1	66,7	15,7	33,7	11,7	68,7*

Примітка: * p<0,05.

Анализ изменений профилей деятельности врачей первичного звена
В.Н. Лехан, Л.В. Крячкова

С целью оценки эффективности мероприятий по модернизации первичной медицинской помощи в Днепропетровском регионе проведен сравнительный анализ профилей деятельности врачей первичного звена. Доказано, что первичная помощь за последние годы укрепила свои позиции и усилила профилактическую направленность.
Ключевые слова: *первичная медико-санитарная помощь, врач первичного звена, врач общей практики–семейной медицины, профиль деятельности.*

Analysis of changes in the profile of activities primary care physicians
V.N. Lechan, L.V. Kryachkova

Comparative analysis of service profiles of primary care physicians to assess the effectiveness of modernization of primary health care in Dnipropetrovsk region. Primary health care in last years has become stronger and more prophylaxis directed.

Key words: *primary health care, primary care physician, the doctor of the general practice/ family medicine, service profile.*

Сведения об авторах

Лехан Валерия Никитична – ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49027, г. Днепропетровск, пр. К. Маркса, 24. E-mail: socmed@dsm.dp.ua
Крячкова Лилия Викторовна – ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49027, г. Днепропетровск, пр. К. Маркса, 24. E-mail: socmed@dsm.dp.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Корнійчук О.П. Соціальний вимір показників розвитку охорони здоров'я / О.П. Корнійчук // *Сімейна медицина*. – 2013. – № 2 (46). – С. 6–9.
2. Лехан В.М. Новая модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / [В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, М.В. Шевченко] // *Widomosci Lekarskie*. – 2014. – tom LXVII. – nr.2. – cz. II. – P. 210–214.
3. Надута-Скринник О.К. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої інноваційної моделі первинної медичної допомоги на засадах загальної практики–сімейної медицини: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: [спец.] 14.02.03 «Соціальна медицина» / О.К. Надута-Скринник; Нац. мед.

акад. післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – К., 2012. – 24 с.
4. Boerma W.G.W. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи / W.G.W. Boerma, D.M. Fleming. – ВОЗ: Европейское региональное бюро, 2001. – 182 с.
5. Eijkenaar F. Performance profiling in primary care: does the choice of statistical model matter? / Eijkenaar F., Vliet R.C. // *Med. Decis Making*. – 2014. – № 34 (2). – P. 192–205.
6. Evaluation of structure and provision of primary care in Ukraine. A survey-based project in the regions of Kiev and Winnitsa / [W.G.W. Boerma, D.S. Kringos, Th.A. Wiegiers et al.] – ВОЗ: Европейское региональное бюро, 2010. – 124 с.
7. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century / [World Health Organization]. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. – 181 p.
8. Kongstvedt P.R. Managed Care: What It Is And How It Works / Peter R. Kongstvedt. – Canada: Jones & Bartlett Publishers, 2009. – 275 p.
9. Primary care in a post-communist country 10 years later Comparison of service profiles of Lithuanian primary care physicians in 1994 and GPs in 2004 / [Liseckiene I., Boerma W.G., Milasauskiene Z. et al] // *Health Policy*. – 2007 – Sep 83 (1). – P. 105–113.
10. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care / [W.L. Schafer, W.G. Boerma, D.S. Kringos et al] // *BMC Fam Pract*. – 2011. – № 20. – P. 112–115.
11. Ryan A.M. Profiling provider outcome quality for pay-for-performance in the presence of missing data: A simulation approach / A.M. Ryan, Yuhua Bao // *Health Serv. Res.* – 2013. – № 48 (202). – P. 810–825.
12. Saltman R.B. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care // R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. – European Observatory on Health Systems and Policies Series: Open University Press, 2006. – 286 p.
13. Schoenbaum S.C. Impact of profiles on medical practice – Background paper for conference on profiling / Schoenbaum S.C., Murrey K.O. // *Physician Payment Review Commission*. – 1991. – № 15. – P. 72–124.

Статья поступила в редакцию 25.12.2014

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

НОВЫЙ ПРИБОР ОБЛЕГЧИТ ЖИЗНЬ ДИАБЕТИКОВ

Новый лазерный сенсор, определяющий уровень сахара в крови, может изменить жизнь миллионов людей, страдающих от диабета. Стандартная процедура измерения уровня глюкозы предусматривает уколы и другие инвазивные методы.

В настоящий момент пациенты с диабетом вынуждены наблюдать за уровнем сахара в крови с помощью тестов, требующих образца крови. Это причиняет значительный дискомфорт и неудобство.

Новая технология, разработанная профессором Джин Джоуз и

командой из университета Лидса, Великобритания, предусматривает небольшое устройство с низко мощным лазером и позволяет измерять уровень глюкозы в крови без прокалывания кожи. У прибора имеется функция постоянного наблюдения, и его можно носить на себе. По мнению разработчиков, эта идея способна облегчить жизнь многих диабетиков, позволив им контролировать уровень глюкозы без необходимости имплантата.

Что касается медицинских учреждений, новый прибор может

сократить расходы, связанные с традиционными методами контроля уровня сахара в крови, а также обеспечить бесперебойное наблюдение за состоянием пациентов и прогрессом в их лечении.

Технология лицензировала компанией Glucosense Diagnostics. Для появления продукта на рынке необходимы дополнительные клинические исследования и оптимизация.

Источник: www.health-ua.org