

**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

**Кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною
здоров'я**

**ОГЛЯД СИСТЕМ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ
ДОПОМОГИ РІЗНИХ КРАЇН ЄВРОПИ**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Дніпропетровськ - 2016

Підготували:

зав. кафедрою соціальної медицини, організації та управління охороною
здоров'я

д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України **В. М. Лехан**,

д. мед. н., професор **Л. В. Крячкова**, к. мед. н., доцент **В. В. Волчек**

Посібник складено для самостійної аудиторної та позааудиторної роботи слухачів курсів післядипломної освіти, інтернів, аспірантів та студентів VI курсів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації України.

Навчальний посібник призначено для післядипломної підготовки слухачів курсів підвищення кваліфікації за спеціальністю «організація охорони здоров'я», інтернів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина»; для навчання на третьому (освітньо-науковому) рівні за спеціальністю «Соціальна медицина»; для додипломної підготовки фахівців другого (магістерського) рівня освіти за усіма спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах МОЗ України за спеціальністю 222 «Медицина» кваліфікації освітньої «Магістр медицини», кваліфікації професійної «Лікар».

Затверджено на засіданні Центральної методичної комісії ДЗ

«Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

27.09.2016 р., протокол №1

Лехан В.М. Перетворення в системах первинної медичної допомоги (порівняльний аналіз підходів в країнах Європи та в Україні): навчальний посібник / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. – Дніпропетровськ, 2016.

- 30 с.

ЗМІСТ

Актуальність теми; навчальні цілі; вступ; характеристика ПМД в країнах Європи; характеристика структурного аспекту ПМД в країнах Європи; характеристика надання послуг ПМД (процесного аспекту) в країнах Європи; система первинної медичної допомоги в Україні на загальноєвропейському фоні; заключення; список використаної літератури; контрольні запитання; питання для обговорення / завдання; рекомендована література для самостійної роботи.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Основним завданням системи охорони здоров'я в цілому, а також окремих ланок, служб і фахівців є збереження і зміцнення здоров'я населення. Ключову роль у забезпеченні громадського здоров'я відіграє первинна медико-санітарна допомоги (ПМСД) організована на принципах загальної практики/сімейної медицини. Розбудова дієвої системи ПМСД є провідним напрямом перетворень у багатьох країнах світу і в Україні. За для досягнення позитивних результатів цей процес повинен спиратися не на інтуїтивні й емпіричні висновки, а на науково обгрунтовані, з доведеною ефективністю підходи до перетворень в системах первинної медичної допомоги та повинен проводитися з урахуванням національних особливостей і досвіду.

Частиною успішного процесу розбудови ПМСД є достатня інформованість фахівців усіх спеціальностей та осіб повноважних приймати управлінські рішення щодо підходів до організації та розвитку ПМСД, які довели свою ефективність.

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Перелік питань, які необхідно засвоїти після вивчення матеріалів навчального посібника:

- Технологія оцінки первинної медичної допомоги за сучасними Європейськими підходами [4];
- Характеристика структурного і процесного аспекту ПМД в країнах Європи;
- Оцінку результативності систем ПМД різних країн Європи;
- Порівняльний аналіз підходів до розвитку первинної медичної допомоги в країнах Європи та в Україні

1. ВСТУП

Протягом останніх років проблеми розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) / первинної медичної допомоги (ПМД)¹ в Україні посідають провідне місце як серед управлінських рішень національного рівня, так і тематики наукових досліджень [3]. Такі тенденції відповідають світовому тренду стосовно ПМД, оскільки, як свідчать матеріали Європейського форуму первинної медико-санітарної допомоги (European forum for primary care – EFPC, 2016), багато з проблем охорони здоров'я можуть бути вирішені при створенні стійкої системи ПМД [11]. У своєму виступі 15 вересня 2015 р. при заснуванні під егідою Фонду Білла і Мелінди Гейтс, Групи Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) нового партнерства з метою зміцнення первинної медико-санітарної допомоги та прискорення прогресу на шляху досягнення Цілей в галузі сталого розвитку Генеральний директор ВООЗ Маргарет Чен заявила, що «Сильні (стійкі) системи первинної медико-санітарної допомоги - це такі системи, до яких звертаються люди в своїх спільнотах для того, щоб залишатися здоровими і отримати медичну допомогу в разі хвороби. Якщо первинна медико-санітарна допомога ефективна, вона може задовольнити медико-санітарні потреби переважної більшості людей...» [8].

В Україні не вщухають дискусії щодо моделей, форм та механізмів розвитку первинної допомоги. В Європі також повсюдно триває процес вдосконалення та зміцнення ПМД.

Результати наукових досліджень показують, що сильна система ПМСД дає кращі показники здоров'я населення при менших витратах і більш високій суспільній задоволеності медичною допомогою [9, 10, 12]. Однак стійка система ПМД не може виникнути спонтанно. Для цього потрібна наявність відповідних умов, як на рівні системи, так і на рівні постачальників медичних послуг, а також їх готовність взяти на себе відповідальність за здоров'я населення.

¹ Міжнародним загальноживаним терміном, з урахуванням системи заходів щодо забезпечення громадського здоров'я є термін «первинна медико-санітарна допомога (ПМСД)». Коли мова йде суто про систему надання медичної допомоги вживається термін «первинна медична допомога (ПМД)». Останній термін наведено у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» і саме він буде здебільшого використовуватися у навчальному посібнику.

Міжнародні порівняння показників діяльності систем охорони здоров'я набувають все більшої популярності завдяки швидкому розширенню доступності медико-санітарної інформації [6].

У 2015 році під егідою Європейської обсерваторії з систем та політики охорони здоров'я було опубліковано результати масштабного багатоаспектного дослідження систем ПМД в країнах Європи [4]. Для визначення чіткого вектору розвитку ПМД існує гостра необхідність в аналізі інформації про стратегії і структуру організації послуг населенню на рівні цієї служби.

Матеріали, наведені у даному навчальному посібнику складені на підставі порівняльного аналізу підходів до розвитку первинної медичної допомоги в країнах Європи та в Україні, який проведено на підставі власних наукових досліджень щодо стану ПМД та матеріалів дослідження систем ПМД 31 країни Європи (Австрія, Бельгія, Болгарія, Великобританія, Греція, Данія, Естонія, Ірландія, Ісландія, Іспанія, Італія, Кіпр, Латвія, Литва, Люксембург, Мальта, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Словаччина, Словенія, Туреччина, Угорщина, Фінляндія, Франція, Чеська Республіка, Швейцарія, Швеція) [4]. При виконанні цього дослідження використовувалися систематичні огляди літератури, міжнародні бази даних (Організації економічного співробітництва та розвитку - ОЕСР, ВООЗ «Здоров'я для всіх», статистичної служби Європейського Союзу, Світового банку, European Union Public Health Information and Knowledge system – EUPHIX).

Для аналізу ситуації в Україні були використані нормативно-правові документи стосовно перетворень ПМД в Україні, матеріали Державної служби статистики, Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України.

Порівняння підходів до розвитку первинної медичної допомоги в країнах Європи та в Україні проводилося з застосуванням бібліосемантичного, історичного, медико-статистичного методів.

2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПМД В КРАЇНАХ ЄВРОПИ

В рамках Європейського дослідження для характеристики структури та організації ПМД (структурний аспект) проводилася комплексна оцінка 3-х компонентів (управління, економічних умов та розвитку трудових ресурсів); для судження про надання послуг ПМД (процесний аспект) аналізувалися 4 компоненти (доступність, безперервність, координованість та комплексність

допомоги); для описання результатів – якість та ефективність медичної допомоги.

Наявну інформацію було операціоналізовано в 41 особливості та 99 індикаторів з подальшим їх зважуванням за 3-х бальною шкалою: 1- низький, 2 – середній, 3- високий рівень. При узагальненні результатів оцінювалися структурний, процесний аспекти та результативність ПМД в різних країнах.

2.1. Характеристика структурного аспекту ПМД в країнах Європи

При оцінці компоненту «Управління» враховувалися індикатори: наявність програмних документів, що свідчать про пріоритетність розвитку ПМД, політики щодо справедливого розподілу практикуючих фахівців ПМД та міждисциплінарного співробітництва ПМД і інших секторів охорони здоров'я, централізація / децентралізація управління ПМД, наявність підрозділів ПМД в МОЗ, наявність окремого бюджету для ПМД, регламентованість вимог до структур ПМД та практикуючих лікарів, наявність клінічних настанов для лікарів загальної практики / сімейної медицини, наявність законів про права пацієнтів тощо.

Виявлено, що в експліцитному вигляді цілісне бачення поточного і майбутнього розвитку ПМД представлено в програмних документах менше ніж в половині країн (Болгарії, Великобританії, Греції, Данії, Естонії, Іспанії, Литві, Люксембурзі, Мальті, Нідерландах, Норвегії, Словенії, Франції, Туреччині). Ще в 6 країнах (Ірландії, Італії, Кіпрі, Португалії, Румунії, Фінляндії) бачення було зосереджено на частковому реформуванні системи ПМД. Опосередковано про керованість розвитку ПМД в країні свідчить її представленість у вигляді підрозділів МОЗ. Такі підрозділи або державні інспекції наявні тільки в 12 країнах (Великобританії, Іспанії, Ірландії, Італії, Латвії, Литві, Нідерландах, Норвегії, Португалії, Румунії, Словенії, Швеції). В переважній більшості країн – 61 % (Болгарія, Великобританія, Греція, Данія, Естонія, Ірландія, Ісландія, Іспанія, Італія, Латвія, Литва, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Словенія, Туреччина, Угорщина, Фінляндія) первинна допомога має окремий від інших видів медичної допомоги бюджет.

В переважній більшості країн Європи реалізація основних функцій управління ПМД (встановлення пріоритетів, фінансування, планування поставок, забезпечення послуг, контроль якості) достатньо децентралізована і здійснюється на рівнях регіональних чи місцевих органів влади, або регіональних фондів медичного страхування, або трастів первинної медичної

допомоги. Централізовано на національному рівні ПМД реалізується лише в 6 країнах (Естонії, Угорщині, Латвії, Мальті, Словаччині і Швейцарії), невеликих за площею та з відносно малою чисельністю проживаючого населення.

Формальні професійні вимоги, що пред'являються до провайдерів медичних послуг в первинній ланці, існують у всіх країнах. Проте, в Кіпрі, Фінляндії та Угорщині такі вимоги менш конкретні, що дозволяє непрофільним лікарям надавати первинну допомогу. Крім того практично у всіх країнах, крім Бельгії, Фінляндії, Франції, Німеччини та Ірландії, постачальники послуг первинної допомоги повинні отримувати дозвіл на провадження медичної практики - так званий «дозвіл на експлуатацію» (виключення - Бельгія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Ірландія, Люксембург і Норвегія). У всіх країнах існують клінічні настанови з первинної допомоги (за виключенням Ірландії, Мальти, Швейцарії; по Греції та Ісландії дані відсутні) та законодавчі акти, які регулюють права пацієнтів (виключення – Греція).

За інтегральною характеристикою в першу п'ятірку країн з найбільш високим рівнем управління в системі ПМД (2,6-2,1 за 3-х бальною шкалою по мірі зменшення) входять Нідерланди, Іспанія, Великобританія, Португалія та Італія; в останню п'ятірку (2,1-2,25 бали по мірі збільшення) – Швейцарія, Кіпр, Люксембург, Угорщина та Ісландія.

Компонент «Економічні умови надання первинної медичної допомоги» оцінювався з використанням наступних індикаторів: витрати на ПМД та витрати на профілактику і громадську охорону здоров'я (обидва - в % від середньорічних витрат на охорону здоров'я); % населення, застрахованого в зв'язку з медичними витратами; % населення, застрахованого в зв'язку з придбанням прописаних ліків; статус лікарів загальної практики (ЛЗП) та їх взаємовідносини з фінансуючою стороною; система оплати праці лікарів загальної практики; середній сукупний річний дохід лікарів загальної практики в євро (з витратами на утримання практики включно).

Результати дослідження економічних умов надання ПМД свідчать, що питома вага витрат на ПМД від загальних витрат на охорону здоров'я в країнах Європи коливається в широких межах: найбільші (19,3 - 25,6 %) - у Великобританії, Франції, Швейцарії, Греції; найменші (4,7 - 7,1 %) - в Італії, Естонії, Чеській Республіці; частка витрат на профілактику і громадську охорону здоров'я найбільша (4 - 5,5 %) в Фінляндії, Німеччині, Бельгії, Литві, Естонії, в інших країнах профілактичні витрати істотно менші.

Надзвичайно важливими є характеристики охоплення населення страхуванням при отриманні первинної медичної допомоги та при придбанні прописаних ліків, які практично у всіх країнах складають 95 – 100 % (виключення: Ірландія – 33 % по медичній допомозі та 30% по лікарським засобам та Кіпр – 80 % і 35 - 40 % відповідно, дані по Туреччині відсутні).

Як свідчать дані таблиці 1, в більшості країн (15 країн – 48 %) основну масу ЛЗП складають самозайняті лікарі (підприємці), які працюють на умовах контрактів з органами охорони здоров'я або фондами медичного страхування, в меншому числі країн (10 країн – 32 %) ЛЗП мають статус найманих працівників в державних або комунальних закладах охорони здоров'я. Слід зазначити, що в одній країні можуть співіснувати ЛЗП з різним статусом (як наймані працівники, так і само зайняті).

Таблиця 1

Статус лікарів загальної практики (ЛЗП) в системі первинної медичної допомоги та їх взаємовідносини з фінансуючою стороною в країнах Європи

<i>Статус ЛЗП</i>	<i>Країна (частка лікарів системи ПМД)</i>
Наймані органами національного, регіонального або місцевого рівня працівники	Австрія (49%), Кіпр (50%), Фінляндія (100%), Франція (31,7%), Греція (50%), Ісландія (90%), Литва (80%), Мальта (35%), Португалія (99%), Словенія (72%), Іспанія (80%)
Самозайняті, які діють згідно контрактів з фондами медичного страхування або органами охорони здоров'я	Великобританія (73%), Туреччина (100%), Швейцарія (більше 90%), Словаччина (99%), Норвегія (93%), Нідерланди (85%), Люксембург (90%), Латвія (90%), Італія (100%), Угорщина (95%), Німеччина (87%), Естонія (95%), Данія (100%), Болгарія (86,6%), Бельгія (99,7%)
Самозайняті без контракту (допомога оплачується пацієнтами зі своєї кишені)	Австрія (29,1%), Кіпр (50%), Мальта (65%), Румунія (76%)

Статус ЛЗП не корелює з методами оплати їх праці: серед найманих працівників превалює плоска шкала оплати (посадові оклади) – 73 % країн, однак в ряді країн (27 %) використовується система, яка враховує інтенсивність (число зареєстрованих у ЛЗП пацієнтів) та результативність роботи. Серед

самозайнятих переважає змішана винагорода, яка поєднує подушну оплату з оплатою за окремі пріоритетні послуги. Гонорарний метод (оплата за послугу) зустрічаються набагато рідше (7 країн), перш за все там, де самозайняті лікарі працюють без контрактів (табл. 2).

Таблиця 2

Система оплати праці лікарів загальної практики в країнах Європи

<i>Характеристика працівників</i>	<i>Форма оплати</i>	<i>Країни</i>
Наймані працівники	Плоска шкала заробітної плати (оклад)	Австрія, Бельгія, Болгарія, Кіпр, Греція, Естонія, Ісландія, Люксембург, Мальта, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Словаччина, Угорщина, Фінляндія, Франція, Чеська Республіка, Швеція
	Заробітна плата, пов'язана з числом зареєстрованих пацієнтів в сполученні з досягненням запланованих показників	Великобританія Іспанія, Латвія, Литва, Португалія, Румунія, Словенія
Самозайняті працівники	змішана подушна, оплата за послуги і та інші компоненти	Австрія, Бельгія, Болгарія, Великобританія, Данія, Естонія, Ірландія, Іспанія, Італія, Латвія, Литва, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Словаччина, Словенія, Туреччина, Угорщина, Фінляндія, Чеська Республіка, Швеція
	Оплата за послугу	Кіпр, Франція, Греція, Ісландія, Люксембург, Мальта, Швейцарія

Середній сукупний річний дохід ЛЗП, з витратами на утримання практики включно, в різних країнах коливається в надзвичайно широких межах (максимально - 15 кратний розмах) - від 133- 150 тис. євро в Великобританії та Люксембурзі до 10,7-13,7 тис. євро в Литві та Болгарії, що є віддзеркаленням насамперед стану економіки тієї чи іншої держави, а також місцем в системі пріоритетів, яке посідає ПМД.

В цілому за інтегральним показником компоненту «Економічні умови надання ПМД» в п'ятірку країн з найбільш високими характеристиками (2,3-2,2 бали) входять Нідерланди, Іспанія, Великобританія, Португалія, Італія; в останню п'ятірку з найгіршими економічними характеристиками (1,9-2,05 бали) - Швейцарія, Кіпр, Люксембург, Угорщина, Ісландія.

Третім компонентом структурного аспекту є стан трудових ресурсів первинної медичної допомоги, при характеристиці якого аналізувалися індикатори: коло постачальників ПМД; питома вага серед постачальників осіб старшого віку (55 років і старше); середня тривалість робочого тижня; наявність формального опису завдань, які повинні виконувати ЛЗП; рівень доходу ЛЗП порівняно з іншими спеціалістами; планування кадрового потенціалу фахівців для ПМД; місце загальної практики/сімейної медицини в університетському навчанні; наявність післядипломної підготовки ЛЗП; наявність професійної підготовки медичних сестер для ПМД тощо.

В якості постачальників послуг первинної допомоги ЛЗП представлені в усіх 31 країнах, включених в дослідження; також у 27 країнах - стоматологи, 2/3 країн - гінекологи, педіатри та терапевти; у $\frac{3}{4}$ - медичні сестри віднесені до професій первинної ланки. Водночас в країнах, де пацієнти мають прямий доступ до ряду медичних спеціальностей, представники цих професій фактично є частиною первинної допомоги, незважаючи на те, що місце роботи таких фахівців звичайно розташовано в закладах вторинної медичної допомоги; існують також змішані практики, в яких задіяні як ЛЗП, так і спеціалісти, що аналізується детальніше в блоці «координація ПМД». В результаті картина щодо кола постачальників ПМД виглядає наступним чином: на одному полюсі - країни, де спектр постачальників ПМД залишається класичним і обмежується ЛЗП, медичними сестрами та стоматологами (Великобританія, Португалія), на іншому – країни, де в наданні ПМД крім ЛЗП приймають участь ще лікарі 10-11 спеціальностей як широкого профілю (акушери-гінекологи, педіатри,

терапевти), так і вузькі спеціалісти (хірурги, кардіологи, офтальмологи, невропатологи, оториноларингологи тощо) (Німеччина, Австрія) (врізка).

Врізка

Постачальники первинної медичної допомоги (приклади по окремих країнах Європи):

Великобританія – лікарі загальної практики, медичні сестри загальної практики, акушерки, стоматологи

Португалія – лікарі загальної практики, медичні сестри загальної практики

Німеччина - лікарі загальної практики, акушери-гінекологи, педіатри, терапевти, офтальмологи, оториноларингологи, кардіологи, невропатологи, хірурги, акушерки, стоматологи

Австрія - лікарі загальної практики, акушери-гінекологи, педіатри, терапевти, офтальмологи, оториноларингологи, кардіологи, невропатологи, хірурги, медичні сестри загальної практики, спеціалізовані медичні сестри, медичні сестри з домашнього догляду, фізіотерапевти, акушерки, трудотерапевти, логопеди, стоматологи

Більше третини країн (35,5 % - Бельгія, Кіпр, Чеська Республіка, Фінляндія, Ісландія, Ірландія, Мальта, Румунія, Словенія, Швейцарія, Швеція) не мають формального опису посадових обов'язків (кваліфікаційних характеристик) для ЛЗП.

Планування потреб в кадрових ресурсах для ПМД на місцях здійснюється лише в 4-х країнах (Бельгія, Данія, Естонія, Франція). Не виключено, що це впливає на віковий склад кадрів для ПМД. В багатьох країнах Європи реєструється постаріння ЛЗП (в 2/3 країн частка осіб 55 років і старше коливається в межах 40 – 65 %). Можливий зв'язок такої кадрової ситуації з наявною дискримінацією ЛЗП в рівнях їх доходів порівняно з лікарями інших спеціальностей. Лише в 3-х країнах (Португалія, Іспанія, Великобританія), які мають національні системи охорони здоров'я, рівень доходів ЛЗП співставний зі спеціалістами, в інших країнах він нижчий або набагато нижчий.

Досить сприятливою виглядає ситуація в Європі з підготовкою фахівців для ПМД. В переважній більшості країн сімейна медицина вивчається на

додипломному етапі навчання студентів (80 % країн); в 2/3 країн практично всі університети мають післядипломну підготовку з загальної практики/сімейної медицини (виключення - Австрія, Кіпр, Італія, Чеська Республіка, Німеччина тощо).

Інтегральна оцінка кадрового компоненту ПМД показує, що до першої п'ятірки з найбільш високими показниками (2,6 - 2,2 бали) належать Великобританія, Нідерланди, Данія, Португалія, Фінляндія; до останньої з найнижчими показниками (1,6 - 1,9 балів) - Ісландія, Люксембург, Латвія, Словаччина, Греція.

В цілому до країн з сильною структурою ПМД по всіх трьох компонентах (управління, економічні умови та кадрові ресурси) належать Великобританія, Данія, Фінляндія, Італія, Нідерланди, Португалія, Румунія, Словенія, Іспанія; відносно слабка структура ПМД виявлена в Болгарії, Кіпрі, Чеській Республіці, Греції, Ісландії, Люксембурзі, Польщі і Словаччині.

2.2. Характеристика надання послуг ПМД (процесного аспекту) в країнах Європи

Доступність ПМД є одним з найважливіших процесів, оскільки характеризує можливість отримати допомогу всім, хто її потребує, незалежно від соціально-економічного статусу, місця проживання, стану здоров'я тощо. Для аналізу цього компоненту в Європейському дослідженні використано наступні індикатори: забезпеченість ЛЗП та рівномірність їх регіонального розподілу; дефіцит ЛЗП у відповідності з національними нормативами; наявність обов'язкових мінімальних часів роботи практики ПМД; середнє число домашніх відвідувань ЛЗП на тиждень; використання телефонних консультацій та консультацій електронною поштою; наявність системи попереднього запису на прийом; форми надання ПМД в неробочі часи; платежі пацієнта за відвідування ЛЗП, за ліки по рецепту, за візити до спеціалістів за направленням ЛЗП, за домашні візити ЛЗП та задоволеність пацієнтів цінами на ПМД та її доступністю.

Необхідною передумовою для доступності ПМД є як адекватне забезпечення медичним персоналом, так і справедливість його розподілу всередині країни. Як вже зазначалося, у всіх країнах основним постачальником ПМД є ЛЗП, але різниця в забезпеченості ними між країнами сягає 7 кратного розміру: при середньоєвропейській забезпеченості 68 на 100 000 населення максимальний показник реєструється в Австрії - 153,3, мінімальний в Польщі -

20,8. Необхідно зазначити, що при оцінці таких відмінностей слід приймати до уваги залучення в різних країнах до надання ПМД й інших спеціалістів. Існують також значні розбіжності в регіональному розподілі ЛЗП: найбільші виявлені в Швейцарії, Швеції, Бельгії, Болгарії та Великобританії, найменші - в Португалії, Німеччині, Словаччині, Угорщині та Данії.

У всіх країнах, за винятком Австрії, Ісландії та Іспанії, існує нестача ЛЗП порівняно з національними нормативами, загроза якої зростає в зв'язку з постарінням цієї професійної групи.

Нормативна регламентованість часу роботи закладів ПМД має місце у всіх країнах за винятком Бельгії, Фінляндії, Франції, Німеччини, Ірландії, Люксембургу, Словаччини, Швеції та Швейцарії, однак тижнева тривалість роботи закладів коливається у широких межах - від 20 годин в Австрії до 52,5 у Великобританії. Безперервність ПМД потребує забезпечення нею і в позаробочі часи. Найбільш поширеною в Європі моделлю надання ПМД в позаробочий час є відділення невідкладної допомоги, в Кіпрі, Естонії, Латвії та Литві ця функція покладається на служби швидкої (екстреної допомоги). Частота домашніх відвідувань ЛЗП дуже варіює по всій Європі: від найвищого (13-37 відвідувань на тиждень в Бельгії, Мальті, Німеччині, Австрії, Франції) до найнижчого (0 - 1 в Португалії, Норвегії, Ісландії, Туреччині та Кіпрі). Занадто низький рівень домашніх відвідувань істотно утруднює отримання необхідної допомоги для тяжкохворих та людей з обмеженими по здоров'ю можливостями.

Підвищенню доступності ПМД сприяє використання нетрадиційних способів отримання консультацій в дистанційному режимі. Так, практично у всіх країнах (за виключенням Кіпру, Естонії, Греції, Литви, Люксембургу, Польщі, Румунії, Словаччини та Туреччини) доступні телефонні консультації; консультації електронною поштою поширені значно менше - часто практикуються лише в Данії, інколи в Ісландії, Ірландії, Італії, Литви, Норвегії, Португалії, Словенії, Іспанії та Великобританії.

Майже у всіх країнах Європи значна увага приділяється забезпеченню фінансової доступності ПМД. У 16 країнах немає оплати за відвідування ЛЗП, в 15 – пацієнт доплачує певну суму за візит. Оплата за домашній візит ЛЗП більш поширена – не стягується плата лише в 12 країнах, доплата існує в 14 і повна оплата домашнього візиту в 4-х країнах (Кіпр, Франція, Ірландія і Латвія). В переважній більшості країн (26) практикується доплата за приписані за рецептом ліки, в окремих країнах оплата за ліки по рецепту не стягується

(Кіпр, Португалія, Румунія та Словенія), повна оплата приписаних ліків має місце лише в Ірландії. Стимулюючою до раціоналізації використання медичної допомоги є система оплати візитів до спеціалістів за направленнями ЛЗП: в 12 країнах оплата не стягується, в 9 - практикуються доплати, повна оплата зустрічалася лише в 2-х країнах (Кіпр та Франція) – табл. 3. При цьому більшість країн застосовують один або кілька з критеріїв для виключення доплат за послуги ПМД, зокрема: належність пацієнтів до соціально незахищених груп (за рівнем доходу, статусом зайнятості, правовим статусом), вагітні жінки, діти, студенти, донори крові, пенсіонери, ветерани війни, групи пацієнтів з певними захворюваннями тощо. Слід зазначити, що офіційна система оплати може суттєво відрізнятися від реальної через наявність неформальних платежів або при отриманні ПМД в приватних закладах, які не заключили контрактів з фінансуючими організаціями.

Таблиця 3

Оплата послуг в системі ПМД

<i>Види послуг</i>	<i>Ситуація з оплатою</i>
Відвідування лікарів	Немає оплати - 16 країн, доплати - 15 країн
Ліки за виписаними рецептами	Немає оплати - 4 країни (Кіпр, Португалія, Румунія і Словенія), доплати – 26 країн, повна оплата - 1 країна (Ірландія)
Візити додому	Немає оплати - 12 країн, доплати - 14 країн, повна оплата - 4 країни (Кіпр, Ірландія, Латвія, Франція)
Візити до спеціалістів за направленнями ЛЗП	Немає оплати - 12 країн, доплати - 9 країн, повна оплата - 2 країни (Кіпр, Франція,)

Слід підкреслити високу кореляцію між вартісною та загальною задоволеністю ПМД: в країнах з високою або дуже високою оцінкою цінової доступності загальна доступність також оцінюється високо (табл. 4).

За інтегральним критерієм найбільш високі показники доступності (2,45 - 2,35) отримані для Словенії, Нідерландів, Великобританії, Іспанії, Данії; найнижчі (1,9 - 2,1) - для Кіпру, Греції, Франції, Туреччини, Люксембургу.

Рівні задоволеності ціною та загальною доступністю в країнах Європи²

<i>Рівень задоволеності</i>	<i>Доступність</i>	
	<i>цінова</i>	<i>загальна</i>
Дуже низький (менше 60%)	Греція	Швеція
Низький (60 – 69 %)	<u>Португалія</u> , Ірландія, Кіпр	<u>Португалія</u> , Туреччина, Швеція,
Середній (70 – 79 %)	Румунія, Туреччина,	Латвія, Румунія, Греція
Високий (80 – 89 %)	<u>Італія, Словаччина, Бельгія, Болгарія, Чеська Республіка</u>	<u>Італія, Словаччина, Литва, Болгарія, Данія, Угорщина, Великобританія</u>
Дуже високий (більше 90%)	<u>Австрія, Іспанія, Литва, Польща, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Франція, Великобританія, Данія, Латвія, Угорщина, Швеція</u>	<u>Австрія, Іспанія, Литва, Польща, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Франція, Бельгія, Кіпр, Ірландія, Фінляндія, Чеська Республіка</u>

Безперервність ПМД означає, що пацієнти повинні отримати для себе переваги з наявності довгострокових відносин з основним лікарем, які виходять за рамки конкретних епізодів хвороби. Для оцінки цього компоненту використовувався такий комплекс індикаторів: наявність у ЛЗП списків пацієнтів, що приписалися до конкретного лікаря; середня чисельність населення на 1 лікаря ЛЗП; % пацієнтів, які відвідують обраного лікаря для вирішення загальних проблем зі здоров'ям; використання інформаційних технологій в загальній практиці; інформування ЛЗП про медичну допомогу, отриману пацієнтами в неробочі часи загальнолікарської практики; комунікації між спеціалістами і ЛЗП для завершення допомоги при конкретному епізоді захворювання; свобода вибору пацієнтами центру ПМД і лікаря ЛЗП;

² Підкреслено країни для яких спостерігається збіг оцінок цінової та загальної доступності

задоволеність пацієнтів їх зв'язком зі своїм ЛЗП, довірою до нього, тривалістю візиту до ЛЗП, змістом пояснень ЛЗП щодо призначеного лікування.

За результатами Європейського дослідження встановлено, що пацієнти більшості країн можуть вільно зареєструватися в будь-якому центрі первинної медичної допомоги та в будь-якого лікаря загальної практики, крім Фінляндії, Греції та Швеції, де пацієнтів прикріплюють до певного центра ПМД. Наявність списків зареєстрованих пацієнтів є нормою в більшості країн Європи, крім Австрії, Бельгії, Кіпру, Франції, Німеччини, Ірландії, Люксембургу, Мальти, Швеції і Швейцарії. Середня кількість населення, що обслуговується одним ЛЗП становить 1687 пацієнтів (найбільший розмір списку в Туреччині - 3687, найменший в Люксембурзі - 500, середній в Великобританії – 1745).

Безперервність найкраще досягається, коли пацієнти з загальними проблемами зі здоров'ям відвідують основного лікуючого лікаря і навпаки - страждає при відвідуванні кількох постачальників ПМД або спеціалістів [13]. Практика отримання консультацій у одного постачальника є звичайною для європейських країн з варіаціями з максимумом - більш 90% в Чеській Республіці та Словаччині і мінімумом - нижче 70 % в Австрії та Португалії.

Безперервність медичної допомоги підкріплюється безперервністю управління, яка базується на хороших інформаційних системах. В більшості країн інформаційні системи в ПМД використовуються для ведення медичної документації, фінансового управління, виписки ліків. Окремі країни використовують комп'ютерні системи для запису на прийом, зв'язку зі спеціалістами та фармацевтами. В більшості країн ЛЗП отримують впродовж доби інформацію про допомогу, надану їх пацієнтам в позаробочі часи або в інших закладах охорони здоров'я.

В середньому 85 % пацієнтів в Європі задоволені відносинами зі своїм лікуючим лікарем і довіряють йому.

Інтегральні показники безперервності ПМД найвищі (2,45 - 2,4) в Данії Іспанії, Естонії, Чеській Республіці, найнижчі (2,2 - 2,25) - в Туреччині, Мальті, Австрії, Швеції і Греції.

Фахівці первинної ланки можуть відігравати важливу роль у координації медичного обслуговування населення в цілому, що може позитивно впливати на ефективність використання ресурсів та якість надання медичної допомоги. Для характеристики компоненту «координація» застосовано комплекс індикаторів: особливості доступу пацієнтів до лікарів спеціалістів;

характеристики форм організації ПМД (індивідуальна практика ЛЗП, групова практика ЛЗП, змішана практика - ЛЗП та спеціалісти); взаємодія між ЛЗП і спеціалістами; координація роботи між ПМД та сектором охорони громадського здоров'я; використання ЛЗП телефонних консультацій зі спеціалістами; роль медичних сестер ПМД тощо.

Провідним способом координації в системі медичного обслуговування є так звана функція «воротаря», коли доступ до спеціалістів регулюється через систему направлень від лікарів загальної практики. В різних країнах Європи існують різноманітні способи доступу пацієнтів до лікарів спеціалістів - від прямого нерегульованого доступу до необхідності обов'язкового направлення ЛЗП для отримання консультації спеціаліста (табл. 5). В класичному вигляді контрольно-пропускна функція покладена на ЛЗП лише в третині країн (11), включених в дослідження. Проте в окремих країнах застосовуються економічні стимули, які опосередковано сприяють координованому доступу (наприклад безпосередній доступ до більшості фахівців можливий, якщо витрати на поїздки оплачуються в приватному порядку).

Таблиця 5

Варіанти доступу до спеціалістів в країнах Європи

<i>Система направлень</i>	<i>Країни</i>
Відсутня - прямий доступ пацієнтів до більшості фахівців	Австрія, Бельгія, Кіпр, Німеччина, Люксембург, Швейцарія, Туреччина
Формально відсутня, але є стимули	Чеська Республіка, Данія, Фінляндія, Франція, Ісландія, Ірландія, Мальта, Словаччина
Часткова система воротаря – направлення потрібне тільки для вибору лікаря	Угорщина, Латвія, Польща, Швеція
Повна система воротаря - направлення потрібне до лікарів більшості спеціальностей	Болгарія, Естонія, Італія, Литва, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Румунія, Словенія, Іспанії, Великобританія

Організація первинної медичної допомоги може сприяти або перешкоджати координації, як в рамках первинної медичної допомоги, а також

між первинною і вторинною медичною допомогою. ПМД може бути організована як індивідуальна, групова практика ЛЗП або змішана практика з ЛЗП та спеціалістів. Найпростіше координація як всередині ПМД, так і з спеціалістами реалізується в умовах соло практики, проте така організація має багато організаційних обмежень (необхідність пошуку заміни в разі хвороби, відпустки, відрядження ЛЗП; труднощі з оплатою оренди, забезпеченням практики обладнанням тощо). Найменше можливостей координації в змішаній практиці, оскільки пацієнт отримує можливість лікуватися у декількох спеціалістів, утруднюється упорядкованість взаємодії зі спеціалістами вторинного рівня допомоги. ЛЗП, що працюють в групових практиках, число яких в багатьох країнах нестримно зростає, мають ширші можливості кооперації та розподілу функцій, консультування один з одним в складних випадках, сприяючи таким чином координації допомоги.

Індивідуальна практика як переважна форма організації ПМД, зустрічається в 11 країнах, групова – в 15. Змішана, з участю спеціалістів практика не є поширеною формою організації ПМД: істотну роль вона відіграє лише в Литві, де частка таких практик складає 80 %; від 7 до 20 % змішаних практик - в 7 країнах (Кіпр, Греція, Мальта, Словенія, Німеччина, Латвія, Румунія) і мізерно мала частина (1 % і менше) – ще в 5 країнах (Чеській Республіці, Фінляндії, Угорщині, Іспанії, Великобританії) – табл. 6.

Співробітництво між постачальниками ПМД та спеціалістами обмежено в країнах, де існують змішані форми практики, що може бути результатом взаємної конкуренції між спеціалістами, що зайняті в структурах як первинної, так і вторинної допомоги.

Телефонними консультаціями зі спеціалістами ЛЗП в більшості країн користуються тільки в 13 країнах.

Координація між ПМД та сектором охорони громадського здоров'я слабо розвинена в більшості країн. Тільки в 10 країнах дані ПМД постійно використовуються для визначення пріоритетів політики в галузі охорони здоров'я.

Роль медсестер в системі ПМД в більшості країн обмежена - тільки в 12 країнах медсестри виконують функції медико-санітарної освіти.

Узагальнена оцінка компоненту «Координація» показує більш низький її рівень порівняно з іншими процесними компонентами, більш виражені і відмінності між країнами: Швеція, Нідерланди мають найвищий рівень

координації медичної допомоги (2,3 - 2,2 бали); найбільш низькі її рівні реєструються в Австрії, Німеччині, Словаччині, Болгарії, Угорщині, Кіпрі (1,35 - 1,1,5 бали).

Таблиця 6

Форми організації ПМД

Форми організації	Країни (% практик)
Індивідуальна (соло) практика ЛЗП	Більшість – Словаччина (100 %), Австрія (95 %), Угорщина (95 %), Болгарія (95 %), Чеська Республіка (95 %), Латвія (92 %), Італія (78 %), Естонія (77 %), Бельгія (76 %), Швейцарія (63 %), Німеччина (62 %)
Групова практика ЛЗП	Більшість – Португалія (100 %), Фінляндія (98 %), Іспанія (97 %), Швеція (97 %), Туреччина (96 %), Польща (94 %), Ісландія (85 %), Литва (80 %), Великобританія (78 %), Ірландія (70 %), Румунія (67 %), Данія (64 %), Словенія (60 %), Нідерланди (58 %), Франція (54 %)
Змішана форма з частковою участю спеціалістів	Литва (80 %), Кіпр (20 %), Греція (20 %), Мальта (20 %), Словенія (20 %), Німеччина (9 %), Латвія (8 %), Румунія (7 %), 1 % і менше в Чеській Республіці, Фінляндії, Угорщині, Іспанії, Великобританії

Комплексність послуг первинної допомоги відображає ступінь залежності ПМД від послуг вторинної медичної допомоги. Чим ширше спектр послуг, які пропонуються пацієнтам в первинній ланці, тим така залежність менше і тим більш сильною є ПМД. Для оцінки цього компонента використовується комплекс індикаторів: наявність необхідного обладнання в практиці; участь ЛЗП та інших спеціалістів в першому контакті при виникненні проблем зі здоров'ям; участь ЛЗП та інших спеціалістів в лікуванні та подальшому догляді за пацієнтами; % від загального числа контактів з пацієнтами, які відбувалися виключно з ЛЗП; участь ЛЗП, медсестер загальнолікарської практики, інших спеціалістів у виконанні медичних

технічних процедур; участь ЛЗП, інших спеціалістів в наданні профілактичної допомоги; участь ЛЗП в санітарно-просвітній роботі тощо.

Можливості для надання послуг пов'язані з наявністю медичної обладнання в практиці первинної медичної допомоги. Матеріали Європейського дослідження свідчать, що структури ПМД, як правило, добре оснащені по всій Європі. Більш ніж 90 % від загального числа контактів з пацієнтами без направлення забезпечується ЛЗП в 9 країнах (Данії, Фінляндії, Ісландії, Нідерландах, Норвегії, Португалії, Іспанії), де переважає групова практика, та в Естонії і Швейцарії, де провідна роль належить індивідуальній практиці. В інших країнах, стосовно яких була доступна інформація, цей показник коливається в межах 70 – 87 %, за виключенням Латвії (16 %) та Румунії (35 %).

Медичні технічні процедури найбільш часто здійснюються лікарями загальної практики та медсестрами первинної ланки медичної допомоги в Бельгії, Фінляндії, Нідерландах, Норвегії та Швеції. Профілактичні заходи в більшості країн виконуються різними постачальниками.

Комплексність надання послуг ПМД найбільш повна в Литві, Норвегії, Болгарії, Бельгії, Великобританії, Іспанії, Фінляндії, Швеції, Португалії і Франції (близько 2,5 балів); більш вузький профіль послуг ПМД (2 - 2,2 бали) - в Словаччині, Італії, Греції, Кіпрі, Румунії. Інші країни займають проміжне положення щодо масштабу комплексності послуг ПМД.

На рис. 1 представлені узагальнені, з урахуванням всіх вимірів структурного та процесного аспектів, характеристики стійкості (сили) систем ПМД в різних країнах Європи. До країн з сильними системами ПМД віднесені Португалія, Іспанія, країни навколо Північного моря (Бельгія, Великобританія, Нідерланди і Данія), Словенія і три країни на північному сході Європи (Литва, Естонія і Фінляндія). Системи ПМД в центральній (Словаччина, Австрія, Угорщина), а також в Південно-Східній Європі (Болгарія, Греція, Кіпр) і Туреччині є відносно слабкими. Інші країни мають середній рівень стійкості.

Тобто зосередженості на окремих аспектах (наприклад, структурному) або функціях без урахування їх узгодженості в рамках системи не достатньо для досягнення високих кінцевих результатів. Відзначається доцільність в пріоритетному порядку сконцентрувати увагу на збільшенні доступності, координованості допомоги та забезпечення системи ПМД необхідними економічними ресурсами [7].

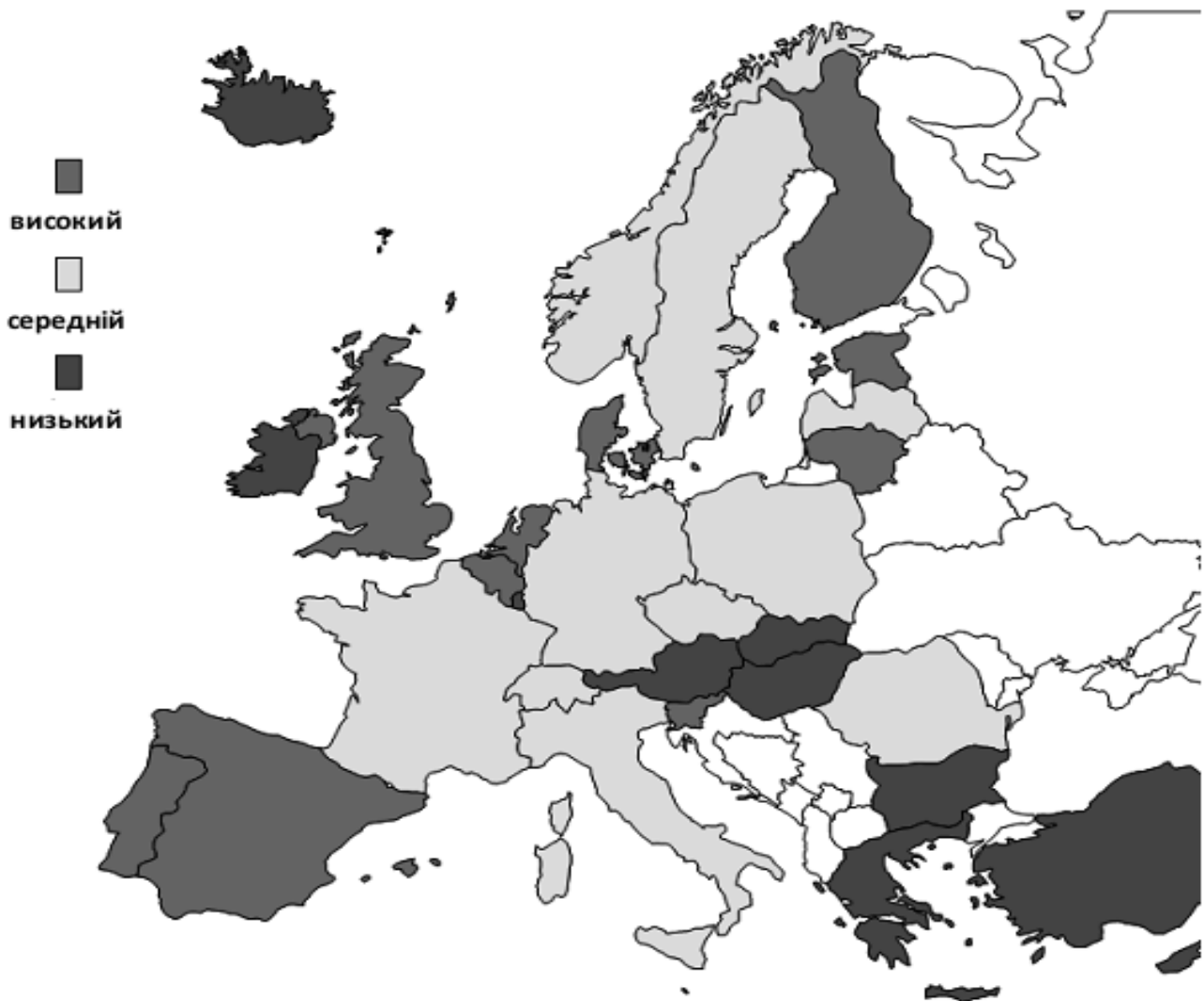


Рис. 1. Загальна характеристика систем первинної медичної допомоги в Європейських країнах залежно від їх стійкості (сили). Джерело: [4, с. 110].

Одним з найважливіших результатів Європейського дослідження є те, що сила системи не гарантує її ефективності. Велике значення має збалансованість різних компонентів структурного та процесного аспектів (рис. 2А), що в кінцевому рахунку впливає на якість ПМД (рис. 2В). Так, сильними і одночасно ефективними виявилися лише системи ПМД Нідерландів, Португалії, Фінляндії, Литви та Естонії. Водночас частина країн з відносно слабкими системами ПМД були визнані досить ефективними у відносному вираженні - Люксембург, Болгарія та Угорщина.

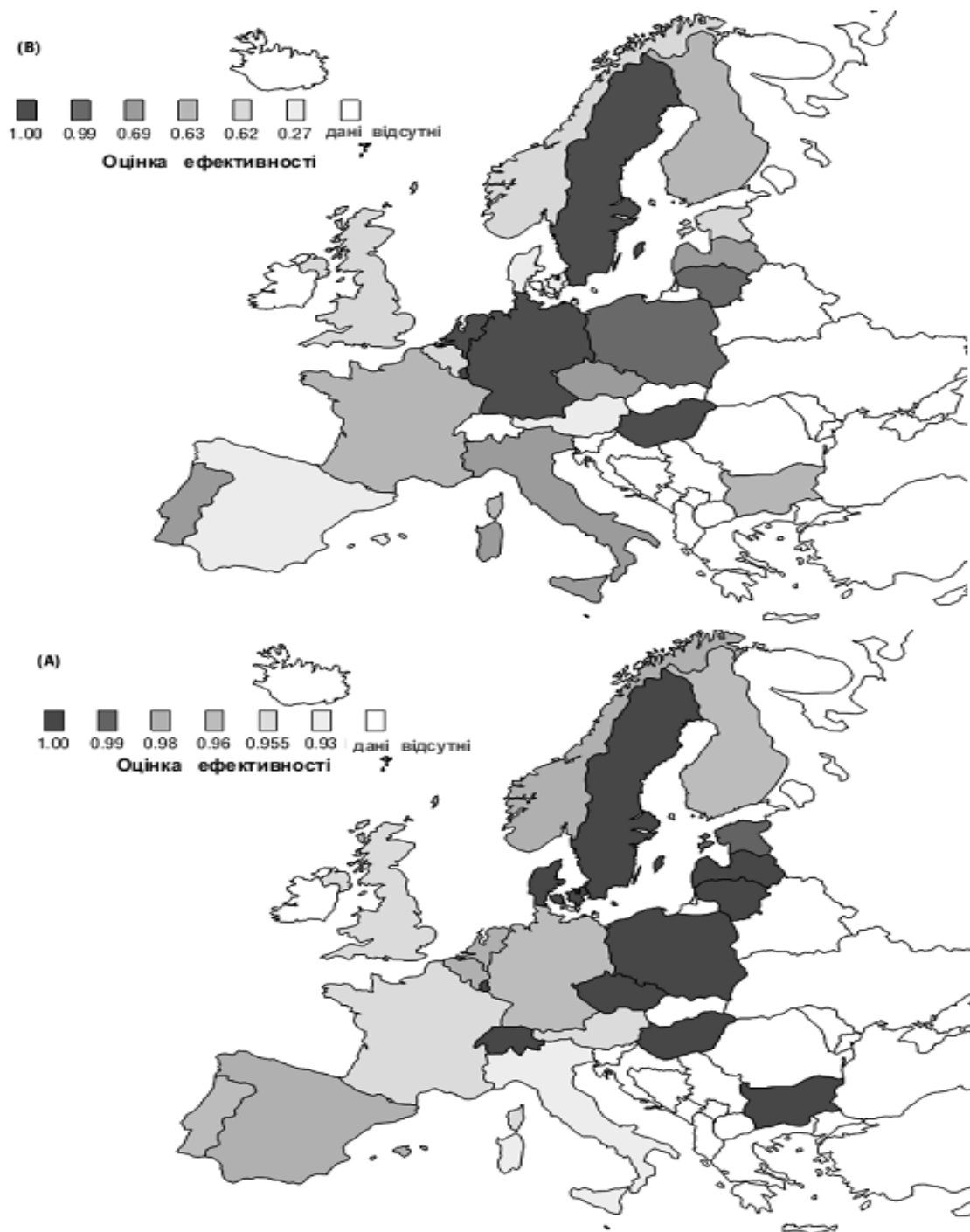


Рис. 2. Оцінка ефективності систем первинної медичної допомоги в Європейських країнах в розрізах (А) структура-процес та (В) процес-результат. Джерело: [4, с. 111].

При зіставленні стану ПМД з рівнем економічного розвитку різних країн виявлені дуже інтересні закономірності:

- більш багаті країни, як правило, мають більш слабку структуру і меншу доступність послуг ПМД;

- країни зі страховою моделлю мають більш низьку доступність і безперервність ПМД порівняно з національними системами охорони здоров'я, перш за все через відсутність воротаря і використання доплат при отриманні ПМД;
- більшість країн з перехідною економікою у Східній та Центральній Європі активно використовували зростання національного доходу для зміцнення доступності та безперервності ПМД.

Нідерландські вчені Р.Р. Groenewegen та D.M.J. Delnoij [5] прийшли до висновку, що розвиток ПМД в цілому є результатом політичної волі, залучених ресурсів, участі громадськості та сприяння зміцненню системі охорони здоров'я в цілому.

2.3. Система первинної медичної допомоги в Україні на загальноєвропейському фоні

ПМД в Україні набула масштабного розвитку лише у другому десятилітті 21 століття. За цей короткий період основні зусилля були зосереджені переважно на структурному аспекті.

Що стосується управління ПМД. Вербально первинна допомога проголошена як пріоритетний напрямок розвитку системи охорони здоров'я, однак спеціальних програмних документів, що підтверджують таку позицію немає, підрозділ ПМД в МОЗ після чергової реорганізації центрального органу влади в системі охорони здоров'я в новій структурі відсутній, фінансового розмежування ПМД та вторинної допомоги немає, хоча його доцільність була доведена в регіональних пілотних проектах, які реалізовувалися в 2010-2014 рр., закон про захист прав пацієнтів, незважаючи на неодноразові подання різних проектів, до цього часу не прийнято. Існують державні вимоги як до структур ПМД, так і до медичного персоналу, але вони потребують удосконалення з врахуванням швидкого просування сучасних організаційних та медичних технологій. Реалізація основних функцій управління ПМД в основному зосереджена на місцевому рівні, що характеризує управління ПМД як децентралізоване. Дуже активно на державному рівні відбувається розробка або адаптація існуючих клінічних настанов та клінічних протоколів для потреб фахівців первинної допомоги, в тому числі з застосуванням синдромального підходу. В цілому, узагальнюючи все вищезазначене, можна характеризувати компонент «Управління» в Україні як досить слабкий.

Економічні умови надання первинної медичної допомоги в Україні виглядають наступним чином. Питома вага витрат на ПМД від загальних витрат на охорону здоров'я в середньому по Україні останнім часом зросла практично вдвічі - до 8,09 % [1], проте її розмір істотно менший, ніж в стійких європейських системах ПМД (близько 20%). В Україні отримання ПМД в комунальних закладах охорони здоров'я є формально безоплатним. Інакше виглядає ситуація з забезпеченням ліками. На відміну від європейських країн рецептурна система відпуску ліків для потреб ПМД практично не працює і населення практично не застраховано від витрат на їх придбання за виключенням окремих категорій хворих.

Основна маса постачальників медичних послуг – наймані працівники, які працюють у комунальних установах. Вони отримують посадові оклади за відпрацьований час, розмір яких нижчий, ніж в інших галузях економіки. Формально ці оклади співставні з окладами спеціалістів, однак реальний дохід фахівців ПМД з врахуванням неформальної складової істотно нижчий. Запроваджена в пілотних регіонах оплата праці медичного персоналу з доплатами залежно від кількості обслуговуваного населення та якості виконаної роботи, яка поклала початок мотивації фахівців ПМД до більш інтенсивної та якісної роботи, не набула поширення в країні і після закінчення в 2014 р. пілотного проекту в цих регіонах була практично згорнута, залишившись лише на окремих територіях за ініціативи місцевих органів влади. Формально проголошені договірні відносини постачальників ПМД з фінансуючою стороною практичної реалізації не отримали.

В цілому економічні умови надання ПМД в Україні можна кваліфікувати як незадовільні.

Що стосується характеристики трудових ресурсів в системі ПМД. В Україні в останні роки здійснюється інтенсивна підготовка сімейних лікарів як через інтернатуру, так і шляхом перенавчання практикуючих терапевтів та педіатрів. В результаті чисельність лікарів загальної практики постійно зростає як в абсолютному, так і в відносному виразі (рис. 3), проте рівень забезпеченості менший за такий в країнах Європи з сильними системами ПМД майже вдвічі. Проблемним залишається також рівень професійної підготовки фахівців, які надають первинну допомогу. В якості постачальників послуг ПМД сьогодні навіть в закладах та підрозділах ПМД задіяні ЛЗП, терапевти, педіатри і досить широкий спектр фахівців інших спеціальностей, а

враховуючи наявність прямого некерованого доступу до спеціалістів, число постачальників ПМД за профілями обмежується лише переліком таких спеціалістів в штаті поліклінічного підрозділу.

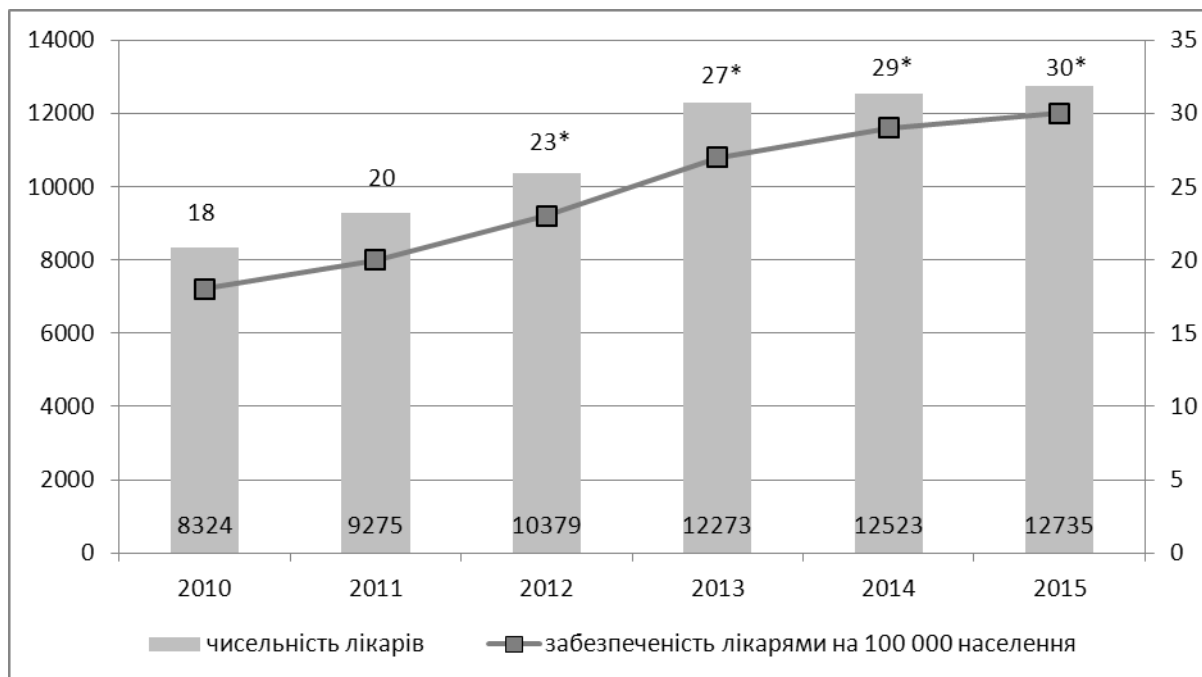


Рис. 3. Динаміка забезпеченості лікарями загальної практики / сімейними лікарями в Україні

Примітка. $p < 0,05$ порівняно з показником 2010 р.

В пілотних регіонах було розпочато запровадження різних заходів, спрямованих на збільшення доступності, безперервності та координації ПМД: створення центрів ПМД та розгалуженої мережі амбулаторій, наближених до місця проживання населення, вільний вибір лікаря первинної ланки, система направлень лікарями ПМД до спеціалістів тощо. Ці рішення залишилися нереалізованими через їх слабку методичну підготовленість та практичну відсутність інформаційного супроводу впровадження. На основі поглибленого аналізу було визначено шляхи вирішення проблем, що перешкоджають інтенсивному розвитку ПМД в країні [2], але подальші перетворення в системі ПМД було практично призупинено.

В цілому система ПМД в Україні залишається занадто слабкою і потребує здійснення системних та послідовних перетворень з врахуванням передового досвіду країн Європи.

Сьогодні в МОЗ та в Верховній Раді України існує пакет документів, які могли б суттєво вплинути на темпи та якість розвитку первинної медичної

допомоги в Україні. До їх числа можна віднести: Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України (в якій передбачається функціональна реструктуризація центрального та регіональних органів управління охороною здоров'я зі зміцненням організаційного потенціалу по напрямку первинної медичної допомоги, створення ефективної інфраструктури ПМД, збільшення питомої ваги фінансування ПМД до 25 – 30% від обсягів фінансування охорони здоров'я тощо); Проект Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України (передбачено запровадження державного гарантованого пакету медичних послуг, який зокрема включає послуги ПМД, основні види амбулаторних послуг за направленням лікаря первинної ланки, покриття витрат на ліки перш за все призначені лікарями первинної ланки; створення Національної агенції з її регіональними підрозділами, яка повинна здійснювати фінансування на договірних засадах, в тому числі й закладів первинної ланки); Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я від 10.12.2015р. №2309а-д (яким регламентується автономізація закладів охорони здоров'я, що надають всі види медичної допомоги); Проект Закону про засади державної політики охорони здоров'я від 17.07.2015р. №2409а (в якому прописано в тому числі комплекс заходів щодо забезпечення пріоритетного розвитку ПМД); Проект Закону про організацію медичного обслуговування населення в Україні від 15.04.2016р. №4456 (передбачається щодо ПМД - запровадження подушної оплати послуг, оплата праці медичного персоналу відповідно до інтенсивності та якості роботи, планування розвитку мережі закладів ПМД, запровадження системи управління якістю медичної допомоги, координація ПМД з іншими видами медичної допомоги тощо). Справа за малим – ці нормативні акти необхідно прийняти і послідовно реалізовувати.

3. ЗАКЛЮЧЕННЯ

В Європейському регіоні національні системи ПМД відзначаються значним розмаїттям. При наявності істотних відмінностей структурних та процесних аспектів їх об'єднує універсальне охоплення населення ПМД та позиціонування ЛЗП як наріжного каменю первинної допомоги.

Сила та ефективність систем ПМД не мають прямого зв'язку з рівнем економічного розвитку країни. Більш важливими умовами для формування сильної ПМД є узгодженість та збалансованість в рамках системи структурного

та процесного аспектів, їх окремих компонентів. Визнано, що провідне значення для ефективності системи ПМД мають збільшення доступності, координованості допомоги з застосуванням принципу воротаря та забезпечення її необхідними економічними ресурсами.

В Україні намітилися чітка тенденція до розвитку ПМД як однієї з провідних складових системи охорони здоров'я. Однак система ПМД залишається дуже слабкою перш за все через недостатню системність та послідовність управлінських рішень щодо напрямків, моделей та механізмів розвитку ПМД.

Для розробки програми та моніторингу розвитку ПМД в Україні доцільно взяти на озброєння, в якості якірного, комплекс індикаторів, застосований в Європейському дослідженні первинної медичної допомоги.

Список використаної літератури

1. Аналіз перешкод на шляху розвитку системи первинної медичної допомоги в Україні та можливі підходи до їх подолання / [В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, В. В. Волчек] // Медичні перспективи. – 2016. – Том XXI. – №2 (ч. 1). – С. 9 – 16.

2. Лехан В. М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 67 – 86.

3. Устінов О. В. Реформа первинної медичної допомоги - 2013: сучасний стан, проблеми, шляхи вирішення / О. В. Устінов // Український медичний часопис. - 2013. - № 5 (97). - С. 24-27.

4. Building primary care in a changing Europe: case studies / [D. S. Kringos, W. G. W. Voerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman]. - World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. – 315 p.

5. Groenewegen P. P. De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief / P. P. Groenewegen, D. M. J. Delnoij // Medische Sociologie: sociologische perspectieven op ziekte en zorg. Ed. by C. W. Aakster, J. W. Groothof. – Groningen/Houten: Wolters-Noordhof, 2003. – P.155 – 172.

6. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research/ Edited by Irene Papanicolas and Peter C. Smith. European

Observatory on Health Systems and Policies Series: Open University Press, 2013. - 360p.

7. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe / F. Pelone, D. S. Kringos, P. Spreeuwenberg [et al.] // International Journal for Quality in Health Care. – 2013. – №25(4). – 381 – 393.

8. New partnership to help countries close gaps in primary health care [Електроний документ] / [WHO. Media centre]. – жовтень 2016. – Режим доступу: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/partnership-primary-health-care/en/>. – Назва з екрану. – Дата звернення: 05.10.2016.

9. Scott I. Why Family Medicine? A Fact Sheet for Prospective Family Physicians (The College of Family Medicine in Canada) [Електроний документ] / I. Scott, G. Chami. – Режим доступу: http://www.cfpc.ca/Why_Family_Medicine/. – Назва з екрану. – Дата звернення: 05.10.2016.

10. Starfield B. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health / B. Starfield, L. Shi, J. Macinko // Milbank Quarterly. - 2005. - Vol. 83 (3). - P. 457-502.

11. Statement on strengthening people-centred health systems [Електроний документ] / [EFPC]. – жовтень 2016. – [2 с.]. – Режим доступу: http://euprimarycare.org/sites/default/files/statement_on_strengthening_people_-_final.pdf. – Назва з екрану. – Дата звернення: 05.10.2016.

12. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries / C. Schoen, R. Osborn, P. T. Huynh [et al.] // Health Affairs. - 2005. - W5. – P. 509 - 525.

13. Wilson A. The delivery of primary care services / A. Wilson, A. Windak, M. Oleszczyk [et al.] // Building primary care in a changing Europe. Ed. by D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman. - World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. – P. 67-102.

Контрольні запитання

1. Які системи первинної медичної допомоги оцінюються як сильні?
2. Назвіть основні аспекти аналізу первинної медичної допомоги у європейському регіоні.
3. Які компоненти складають структурний аспект оцінки ПМД?

4. Які компоненти характеризують процеси надання послуг первинної медичної допомоги?
5. Назвіть провідні індикатори компоненту «Управління» первинною медичною допомогою.
6. Назвіть провідні індикатори компоненту «Економічні умови надання первинної медичної допомоги».
7. Назвіть провідні індикатори компоненту «Стан трудових ресурсів первинної медичної допомоги».
8. Назвіть провідні індикатори компоненту «Доступність первинної медичної допомоги»
9. Назвіть провідні індикатори компоненту «Безперервність первинної медичної допомоги»
10. Назвіть провідні індикатори компоненту «Координація первинної медичної допомоги»
11. Назвіть провідні індикатори компоненту «Комплексність первинної медичної допомоги»
12. Назвіть основні форми організації первинної медичної допомоги в європейських країнах?
13. Який статус можуть мати лікарі загальної практики в країнах Європи?
14. Які форми оплати послуг первинної медичної допомоги використовуються в країнах Європи?
15. Дайте порівняльну оцінку різним системам оплати лікарів загальної практики в Європі.
16. Які існують варіанти доступу пацієнтів до спеціалістів в країнах Європи?
17. Які характеристики найбільшою мірою впливають на ефективність первинної медичної допомоги?
18. Назвіть основні структурні та організаційні проблеми первинної медичної допомоги України порівняно з європейськими країнами.

Питання для обговорення / завдання

Проведіть самостійну оцінку системи первинної медичної допомоги України, аналізуючи структурний та процесний аспекти ПМД, попередньо

розробивши комплекс індикаторів для оцінки кожного визначено компоненту оцінки.

Рекомендована література для самостійної роботи

Основна

1. Лехан В.М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення/ В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2015. - № 3. - С. 67-86.
2. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В. М. Лехан, А. В. Іпатов, Е. В. Борвінко [та ін.]; під ред. В.М.Лехан. - 2-ге вид., доп. - Дніпропетровськ, АРТ-ПРЕС, 2002.-367 с.
3. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире / [Всемирная организация здравоохранения]. – Женева: ВОЗ, 2008. – 125 с.
4. Building primary care in a changing Europe: case studies / [D. S. Kringos, W. G. W. Voerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman]. - World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. – 315 p.

Додаткова

1. Аналіз перешкод на шляху розвитку системи первинної медичної допомоги в Україні та можливі підходи до їх подолання / [В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, В. В. Волчек] // Медичні перспективи. – 2016. – Том XXI. – №2 (ч. 1). – С. 9 – 16.
2. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко. - Wiadomosci Lekarskie 2014, Tom LXVII, gr.2czesc. II, P. 210 – 214.
3. Общепрактическая и семейная медицина : учебное пособие / Х. Х. Абхольц, К. Безель, Р. Бени [и др.]; под ред.: М.М. Кохена, пер. с нем. М.В. Дорошко и др. - Мн. : Беларусь, 1997. - 620 с.
4. Воерма W. G. W. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи / W. G. W. Voerma, D. M. Fleming. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001. – 182 с.
5. Saltman R. B. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care // R. B. Saltman, A. Rico, W. G. W. Voerma. – European Observatory on Health Systems and Policies Series : Open University Press, 2006. – 286 p.

Здано на складання 20.10.2016. Підписано до друку 20.10.2016. Формат 210x148. Папір офсетний. Друк ризографічний. Гарнітура Times. Ум. друк. арк. 9,75. Обл.-вид. арк. 8,4. Тираж 100 прим. Зам. № 10113

Видавництво «*Літограф*»
Ідентифікатор видавця у системі ISBN: 2267
Адреса видавництва та друкарні:
49000, Дніпропетровськ, вул. Паторжинського, 29/б
тел. : (066) 369-21-55, (056)713-57-25
E-mail: Litograf.dp@gmail.com

