

УДК 364.444:614.253.2(477)

О. П. КОРНІЙЧУК (Київ)

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПІДВАЛИНИ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України імені М. В. Птухи

У статті окреслено соціально-економічні підвалини розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейного лікаря на базі дослідження особливостей охоплення цими послугами громадян України та жителів м. Комсомольськ Полтавської області.

Станом на 1.01.2011 р. 59,46 % відсотків населення України не охоплено послугами первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря. Кількість сімейних лікарів складає близько 4,4% від їх загальної чисельності у системі ПМСД, а їх фінансування – 1 % від витрат на систему охорони здоров'я України. В м. Комсомольськ сімейні лікарі складають 8,3 % (з них 5 % – приватні, а 3,3 % – комунальні сімейні лікарі) від загальної кількості лікарів, а їх фінансування складає 6,4 % від загального бюджету системи охорони здоров'я.

Встановлено, що смертність громадян, в тому числі в працездатному віці, яких обслуговують приватні сімейні лікарі у м. Комсомольськ Полтавської області, на 18% нижча від показника населення, яке обслуговують лікарі поліклініки. При цьому витрати на утримання приватного сімейного лікаря на 40% менші, ніж комунального сімейного лікаря. Але 40% громадян міста протягом року не охоплено послугами ПМСД.

Інституція сімейного лікаря, передусім приватного, перебуває на початковому етапі розвитку і не є конкурентною монополістам – поліклінікам, а також центрам ПМСД, які формуються, у наданні медичної допомоги. Це призводить до суттєвого збільшення вартості медичних послуг для населення і витратності системи охорони здоров'я для місцевого та центрального бюджетів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: система охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, організаційно-економічний механізм, сімейний лікар.

Україна тривалий час посідає одне із перших місць в Європі за рівнем смертності населення.

Більш як три четверті **смертей** серед чоловіків та одну третину серед жінок працездатного віку **можна було б не допустити** та запобігти 25 % передчасних смертей за умови належного лікування [25], передусім, на наш погляд (авт.), через інститути первинної медико-санітарної допомоги.

Макро- і мікропроцеси в системі охорони здоров'я та методи регулювання її функціонування, у тому числі первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря, розглянуто у працях Н. Гойди, Н. Дьякова, І. Кіриченко, Л. Ковальчука, В. Князевича, В. Лехан, Л. Матюхи, В. Москаленко, К. Надутого, С. Парамонова, В. Саріогло, О. Сердюка, Г. Слабкого, М. Шинкарьової, Ю. Яценко та ін., а також вчених із країн ЄС – R. Atun, W. Voerma, M. Doeshier, R. Hobbs, J. Machinko, R.B.Sal, L. Shi, B. Starfield, K.White, G. Wienke та інших. За оцінками останнього, вчені із Великобританії та Нідерландів мають найцитованіші у світі матеріали із дослідження перспектив розвитку первинної медико-санітарної допомоги [27].

Необхідно зазначити, що у вітчизняних публікаціях системні дослідження окресленої про-

блеми представлені недостатньо. **Нез'ясованість** соціально-економічних закономірностей ефективності впливу впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря як ядра розвитку системи охорони здоров'я на подовження тривалості життя громадян та вигідності для економіки домогосподарств, підприємств, регіонів і національного господарства в цілому залишається однією з важливих причин стримування її розвитку.

При цьому актуальною з точки зору економічних засад є оцінка А. Гальчинського щодо персоніфікованої особистості не тільки як продукуючого суб'єкта дійсності, а й масштабу (одиниці виміру) розвитку економіки [1]. Через призму цього критерію ми побудували дослідження впливу ПМСД на засадах сімейного лікаря на тривалість життя громадян та їх захворюваність.

Для поглибленого дослідження зазначених проблем проведено, з огляду на засади системного підходу, вивчення фінансово-економічної, управлінської та медико-демографічної статистики в Головному управлінні охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації, управлінні охорони здоров'я і в поліклініці Комсомольська та безпосередньо на робочих місцях окремих сімейних лікарів.

Наш підхід вигідно вирізняється від попередніх проведенням обрахунку і порівнянням

коефіцієнтів смертності, госпіталізації, індексу здоров'я дітей першого року життя, викликів «швидкої допомоги» серед категорій населення, які обслуговують приватні сімейні лікарі та лікарі поліклініки в м. Комсомольськ Полтавської області. Крім того, проведено фінансово-економічне обґрунтування мінімальних потреб сімейного лікаря, медсестри та молодшої медичної сестри в заробітній платі та особливостей організації обслуговування пацієнтів, з огляду на критерії доступності та ефективності медичної допомоги в умовах обмеженого бюджетного фінансування. Цей аналіз базується на теоретичному обґрунтуванні організаційно-економічного та організаційно-правового механізмів розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря та його впровадження в Україні.

Мета статті – аналіз впливу економічного механізму розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря на соціальні чинники, пов'язані з тривалістю життя та станом здоров'я громадян на базі десятирічного досвіду реформування системи охорони здоров'я в м. Комсомольськ Полтавської області.

Дослідницьким завданням було підтвердження (чи спростування) гіпотези щодо прямої залежності між отриманням населенням якісної і доступної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря і зменшенням рівня смертності.

Практичним результатом дослідження стало підтвердження вищезазначеної гіпотези на базі статистичних відомостей управління охорони здоров'я м. Комсомольськ Полтавської області та Держстату України щодо прямої залежності між отриманням населенням якісної і доступної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря і зменшенням рівня смертності.

Матеріали і методи. Дослідження здійснене на засадах системного підходу з використанням методів аналізу та синтезу, порівняльного аналізу, узагальнення, логічного та графічного. Збір вищезазначеної інформації за 2005-2010 рр. здійснено з використанням форм статистичної звітності – РН-3, фінансової звітності – 4-2М, 4-2Д, 4-1Д, 4-1М, 2Д, 2М та медичної звітності – 071-1/0, 071-3/0, 071-2/0, 071/0, річні форми №12,17,20,21,31 [15,16,17,18].

Методична послідовність статичного групування передбачала використання двох взаємопов'язаних ознак – факторних та результативних. До факторних віднесено – середньорічні показники різних категорій населення, які обслуговують лікарі поліклініки медичного центру (МЦ) ПМСД; приватні сімейні лікарі та в цілому по місту.

До результативних – кількість госпіталізованих і померлих за рік у місті та із числа осіб, які

обслуговують лікарі поліклініки МЦ ПМСД і приватні сімейні лікарі, а також відповідна кількість звернень громадян за отриманням ПМСД у зазначені установи.

Зазначену групувальну ознаку визначено шляхом логічного аналізу за кількісними, дискретними ознаками. При цьому ми виходили із оцінок фахівців, що при аналізі показників смертності для об'єму сукупності 12 750 чол. надійність показника складає 10 % [21].

Для визначення фактора впливу інституту приватного сімейного лікаря на стан здоров'я громадян порівняно із лікарями поліклініки та інших медичних установ по місту ми використали загальноприйняті формули: $m = M/S \times 1000$; $m_x = M_x/S_x \times 1000$; $K_{pfd} K = (N_{pfd}/S_m) \times 1000$; $K = (N_v/S_b) = (N_{vpfd}/S_m) \times 1000$; $I = (N_{ch}/S_m) \times 1000$; $G = N/S$; $A = N_x/S$ [2] (див. визначення формул та обрахунки у табл.1–8).

Коваріаційний аналіз загальної смертності населення смертності населення у працездатному віці та звернень громадян наведено у таблицях 9–11.

Дизайн дослідження побудовано на перевірку вищезазначеної гіпотези і передбачав використання описових, пояснювальних та оцінювальних моделей.

Використовуючи **описову модель**, ми дослідили зв'язок між смертністю і доступністю медичної допомоги населення, яке обслуговують приватні сімейні лікарями, лікарі поліклініки та лікарі інших закладів охорони здоров'я міста.

Згідно з **пояснювальною моделлю**, ми дослідили зв'язок між викликами швидкої допомоги для осіб, яких обслуговують приватні сімейні лікарі та лікарі інших закладів ПМСД та в цілому по місту.

Оцінювальна модель дозволила розкрити зв'язок між заходами міської влади із розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря і стабілізацією тенденцій смертності серед осіб працездатного віку. Для аналізу ефективності реформування системи охорони здоров'я нами використано порівняльний аналіз з використанням медичної та демографічної статистики, де контрольною групою є статистика обслуговування населення лікарями поліклініки, а основною – приватними лікарями. В ході аналітичного дослідження використано залежні змінні – стан смертності та якість і доступність первинної медичної допомоги. При цьому ми не розглядали такі змінні, як спосіб життя, стан довкілля та інші складові середовища проживання людини.

Дизайном оцінювального дослідження враховували такі важливі елементи, як:

- залежні і незалежні складові (рівень госпіталізації та доступність надання первинної

медичної допомоги приватними сімейними лікарями, лікарями поліклініки та інших установ міста);

- інструменти вимірювання (показники смертності, госпіталізації, охоплення населення послугами ПМСД та їх надання, частоти звернень громадян, індекс здоров'я дітей першого року життя, викликів швидкої допомоги);

- часові інтервали (протягом року; за п'ять років);

- фактори впливу на внутрішню і зовнішню валідність дослідження. Так, до неконтрольованих факторів необхідно віднести обслуговування близько 20 % населення на кожній ділянці безпосередньо за місцем роботи на гірничозбагачувальному комбінаті та відсутність звернень близько 40 % населення протягом року за отриманням ПМСД (див. табл. 6).

Для оцінки суспільного здоров'я використано такі **групи індикаторів**: ресурси – рівень оплати праці сімейного лікаря, медичної сестри та молодшої медичної сестри; продукт – бюджет системи охорони здоров'я, побудований за програмно-цільовим методом; вплив – зменшення захворюваності і смертності серед осіб, яких у системі ПМСД обслуговують в т.ч. приватні сімейні лікарі.

Проведено також аналіз економічних факторів, які обґрунтовують об'єм бюджету м. Комсомольськ на завершення впровадження пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря.

Фактично для отримання послуг первинної медико-санітарної допомоги мешканці м. Комсомольськ, у тому числі працівники Полтавського гірничозбагачувального комбінату (ГЗК), на власний розсуд звертаються до семи установ у системі охорони здоров'я міста. У них працює 1029 чол.: 207 лікарів, 397 – середнього медперсоналу, 158 чол. – молодшого медперсоналу. Лікарі становлять майже 20 % від загальної кількості персоналу. Близько 7,7 % із них системно, послідовно і професійно надають первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейного лікаря.

На цей час дев'ять приватних сімейних лікарів, або 5 % їх загальної чисельності, надають первинну медико-санітарну допомогу 36 % мешканців міста. У середньому це становить 2100 чол. із них 300 чол. – працівники Полтавського ГЗК. Це перевищує норматив, затверджений Міністерством охорони здоров'я України – 1400–1500 чол. для міста. Зазначені послуги 26 % населення надають шість сімейних лікарів поліклініки та один сімейний лікар Дмитрівської амбулаторії. Всього 62 % мешканців міста охоплено послугами сімейних лікарів (36 % приватними сімейними лікарями та 26 % – лікарями поліклініки). Таким чином, вірогідно майже 40 %

населення міста системно не охоплено обслуговуванням інститутом сімейного лікаря. Характерно, що 25 % бюджетних коштів витрачається на немедичний персонал, який складає 35% від загальної кількості працюючих у галузі.

Станом на 01.01.2004 року послугами ПМСД в м. Комсомольськ через інститут сімейних лікарів було охоплено 49,3 % населення [20]. Таким чином, за 5 років охоплення населення міста послугами сімейних лікарів зросло на 12,7% (49,3 % – 62 %).

Результати дослідження та їх обговорення. Результатом дослідження є те, що сімейні лікарі складають лиш 4,4 % від загальної кількості лікарів, а їх фінансування – 1% від витрат на систему охорони здоров'я України.

У м. Комсомольськ сімейні лікарі складають 8,3 % (з них 5 % – приватні, а 3,3% – комунальні сімейні лікарі) від загальної кількості лікарів, а їх фінансування складає 6,4 % від загального бюджету системи охорони здоров'я. При цьому стійкою є тенденція нижчої на 18 % смертності та захворюваності громадян, в тому числі в працездатному віці, яких обслуговують приватні сімейні лікарі порівняно з комунальними сімейними лікарями. Відповідно, ці показники протягом шести років фактично становлять 9 і 11 та 3 і 4 (табл. 1) [9, 10, 11, 12].

Коефіцієнт охоплення населення послугами ПМСД за останні 5 років в місті зменшився на чверть (табл. 3). Це при тому, що кількість населення, яке обслуговують поліклініки, збільшилася на 18 %, а у приватних сімейних лікарів залишився на незмінному рівні.

Наслідком цього є те що 40 % громадян міста системно не звертаються для отримання послуг ПМСД. Тобто, вони перебувають поза сферою профілактично-діагностичного обстеження. Так, до 20 % населення, яке входить в сферу обслуговування приватних сімейних лікарів, та 30 % поліклініки протягом року не звертаються за наданням допомоги (табл. 3).

Негативною є тенденція зменшення на 20 % звернень громадян для отримання ПМСД із числа тих, хто знаходиться на обліку у зазначених установах (табл. 4). Для лікарів поліклініки цей показник зріс на 5 % менший від показника приватних сімейних лікарів (табл. 4).

Про недостатню ефективність системи ПМСД в місті свідчить зростання протягом 5 років майже на 50 % звернень громадян для отримання необхідної ПМСД (табл. 5). Співвідношення кількості звернень громадян протягом 2010 року до лікарів поліклініки – 9 та приватних сімейних лікарів – 4 свідчить про ефективність надання послуг останніми.

Індекс здоров'я дітей першого року життя, які обслуговують лікарі поліклініки, порівняно з

2004 роком, погіршився більш ніж в півтора раза – з 316,9 до 170,4, а для приватних сімейних лікарів за цей же період він покращився на 30 % (табл. 6).

Коефіцієнт госпіталізації громадян, яких обслуговують приватні сімейні лікарі, зменшився на 18 % (з 31,8 до 26,3), а поліклініки на 11 %

(з 42,6 до 37,8). При цьому за місто він зріс на 50 % (з 40,04 до 65,1) (за рахунок госпіталізації лікарями медчастини ГЗК, «швидкої допомоги» та безпосередньо лікарні). Лікарі лікарень госпіталізують більше 33 % від загальної кількості осіб, що проходили лікування протягом року (табл. 7).

Таблиця 1. Фактор впливу інституту приватного сімейного лікаря на загальну смертність громадян порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm – серед. чис. нас.	М чис. пом.	$m=(M-Sm)$ x1000	Sm – сер.чис.	М – чис. пом.	$m=(M-Sm)$ x1000	Sm – сер. чис. нас.	М–чис. пом.	$m=(M-Sm)$ x1000
1	2004	20169	164	8,1	28378	352	12,4	54350	589	10,8
2	2010	19260	181	9,4	30490	373	12,2	54353	570	10,5

Таблиця 2. Фактор впливу інституту приватного сімейного лікаря на смертність громадян у працездатному віці порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm – сер.чис.	М –чис. пом.	$m=(M-Sm)$ x1000	Sm – сер. чис.нас.	М - чис.п.	$m=(M-m)$ x1000 -	Sm–сер. чи.нас.	М –чис. пом.	$m=(M-Sm)$ x1000
1	2004	14918	173	3,1	18161,9	95	5,2	30417	165	5,7
2	2010	14323	153	2,9	19208,7	82	4,3	33738	132	4,5

Таблиця 3. Фактор впливу інституту приватних сімейних лікарів на коефіцієнт охоплення населення послугами ПМСД порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm сер. чис.	Nvpfd кіл. гром.	$Kpfd=(Nvpfd/Sm)$ x1000	Sm – сер.чис.	Nvp – кіл.гр.	$Kp = (Nv/Sm)$ x1000	Sm – сер.чис	Nv – кіл. гром.	$K = (Nv/Sm)$ x1000
1	2006	18814,5	14129	751	25439	15081	592,8	54267	45349	835,7
2	2010	19260	15045	781,2	32310	22908	709,0	54353	33903	623,8

Таблиця 4. Фактор впливу інституту приватних сімейних лікарів на коефіцієнт надання послуг громадянам, що звернулись за отриманням ПМСД порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm – сер. чис.	Npfd – кіл.гром.	$K=(Npfd/Sm)$ x1000	Sm – сер. чис.	Np – кіл. гром.	$K=(Np/Sm)$ x1000	Sm – сер. чис.	Nc – кіл. гром.	$K = (Nc/Sm)$ x1000
1	2006	18815	14129	750,9	25439	15081	592,8	50376	45349	900,2
2	2010	19260	15045	781,2	32310	22908	709,0	47812	33903	709,1

Таблиця 5. Фактор впливу інституту приватних сімейних лікарів на коефіцієнт звернень громадян за отриманням послуг ПМСД порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sb – кіл. гром.	Nvpfd – кіл. зв.	$K=(Nvpfd/Sb)$ x1000	Sb –кіл. гром.	Nvp – кіл. звер.	$K = (Nvp/Sb)$ x1000	Sb – кіл. гром.	Nv – кіл. звер.	$K = (Nv/Sb)$ x1000
1	2006	14129	62428	4,4	15081	194500	12,9	45349	531080	11,7
2	2010	15045	57698	3,8	22908	206209	9,0	33903	574148	16,9

Коефіцієнт викликів «швидкої допомоги» за місто зріс, що опосередковано свідчить про відсутність прогресу у розвитку інституцій ПМСД. При цьому у лікарів поліклініки цей показник зменшився більш ніж на 25% , а приватних – більш ніж на 33%. Для приватного сімейного лікаря Дяченко цей показник зменшився більш, ніж в 2 рази (табл.8).

Співвідношення фінансування первинного і вторинного рівня у місті становить близько 1:3. Для Полтавської області цей показник дорівнює 1,2:8. Реально він у двічі менший за рахунок відрахувань на послуги вторинного і третинного рівнів. Витрати на первинну допомогу в Комсомольську становлять 25,5% бюджету, але приватні сімейні лікарі зазначеного зростання фінансування не відчули. Воно не вплинуло на покращення їх мотивації праці. Закупівля обладнання і ремонт приміщень амбулаторії не проводилися.

За підсумками 2010 року витрати для бюджету міста в розрахунку на одного мешканця були у приватних лікарів на 40 % меншими, ніж у поліклініці (відповідно 50 і 70 грн). Тобто, витрати на утримання дев'яти приватних сімейних лікарів 2011р. практично будуть однаковими із фінансуванням шести

лікарів поліклініки (відповідно 980 і 900 тис. грн). Загалом витрати на 16 сімейних лікарів дорівнюють 2,03 млн грн, або 6,4 % від загального бюджету на систему охорони здоров'я і 25 % витрат на первинну медико-санітарну допомогу.

Виходячи із практичного досвіду сімейного лікаря у м. Комсомольськ, 2 % пацієнтів (40 чол.) були направлені на лікування до лікарні, а майже 15 % (140 чол.) проходили лікування без направлення сімейного лікаря до лікарні. Вартість лікування при цьому для бюджету міста зросла практично в кілька десятків разів. За попередніми оцінками, щомісячна оплата приватному сімейному лікарю за надання послуг денного стаціонару для восьми чоловік та стаціонару удома для 10 чол., дорівнює 900 грн. Вартість лікування 18 осіб протягом дев'яти днів у лікарні коштує 27 646 грн (18 осіб x 9 днів лікування x 169,18 гривні – середня вартість ліжкодня) [9, 10, 11, 12]. Враховуючи, що зазначена сума не виплачується приватному лікарю, то економічний ефект для бюджету міста складе більше ніж 27 тис. грн. При цьому слід урахувувати, що якість медичної послуги у сімейного лікаря буде достатньою.

Таблиця 6. Фактор впливу інституту приватних сімейних лікарів на підтримання здоров'я дітей першого року життя порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm –сер. чис. дит.	Nchp – кіл. дит.	I = (Nchp/Sm) x1000	Sm –сер. чис. дит.	Nchp – кіл. дит.	I = (Nchp/Sm) x1000	Sm –сер. чис. дит.	Nch – кіл. дит.	I = (Nch/Sm) x1000
1	2004	133	30	226,4	243	77	316,9	403	108	268
2	2010	129	39	302,3	399	68	170,4	489	120	245,4

Таблиця 7. Фактор впливу інституту приватних сімейних лікарів на коефіцієнт госпіталізації громадян порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники за ГЗК			Показники лікарні			Показники по місту		
		Sb – кіл. гр.	Nhpfд – кіл. гос. гр.	K = (Nhpfд/Sb) x1000	Sb – кіл. гр.	Nhpmc – кіл. госп. гр.	K = (Nhpmc/Sb) x1000	Sb –кіл. гр.	NhC – кіл. гос. гр.	K = (NhC/Sb) x1000	Sb –вс. гр.	NhC –кіл. гр. гос.	K = (NhC/Sb)*	Sb – кіл. гр.	Nh – кіл. гос. гр.	K = (N/Sb) x1000
1	2006	14129	449	31,8	15081	643	42,6	11256	741	65,8	8600	3295	89,8	45349	1833	40,4
2	2010	15045	395	26,3	22908	865	37,8	10587	947	89,4	9476	3292	38,3	33903	2207	65,1

Таблиця 8. Фактор впливу інституту приватного сімейного лікаря на виклики «швидкої допомоги» населенням порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm –сер. чис. нас.	Napfd – кіл. вик. шв. доп.	Ka = (Napfd/Sb) x1000	Sm сер. чис. нас.	Nap – кіл. вик шв. доп.	Ka = (Nap/Sb) x1000 –	Sm –сер. чис. нас.	Na – кіл. вик. шв. доп.	Ka = (Na/Sb) x1000 -
1	2006	18815	2410	128,1	15081	10260	680,3	54300	14008	258,0
2	2010	19260	1661	86,2	22908	11332	494,7	54319	13340	245,6

За оцінками фахівців, укладання договорів із 14 фізичними особами – приватними сімейними лікарями як платниками єдиного податку, дасть змогу охопити цією інституцією все населення міста, що суттєво покращить надання первинної медико-санітарної допомоги. Передумовою цього має стати підняття престижу роботи сімейного лікаря, зокрема підвищення рівня заробітної плати в комунальній сфері з урахуванням реального прожиткового мінімуму – 3500 грн. Крім цього, необхідно створити умови для отримання прибутку приватним сімейним лікарем також в сумі 3500 грн. Для бюджету міста це становитиме додатково майже 700 тис. грн. Відносно обсягу фінансування первинної медико-санітарної допомоги – 8 млн. на 2011 р. – це складає 8,7 %. При цьому слід враховувати, що за нашими оцінками типова структура бюджету міської поліклініки передбачає 76 % витрат на зарплату та нарахування на неї, 9 % на комунальні платежі, 15 % на надання інших послуг та придбання товарів.

Якщо в основу розрахунків оплати праці сімейного лікаря, в тому числі приватного, закласти подушні витрати, які перевищують 50 грн, то, відповідно, заробітна плата у нього буде більшою 3,5 тис. грн.

За результатами проведеного нами коваріаційного аналізу загальної смертності населення, в тому числі у працездатному віці, а також звернень громадян за наданням послуг ПМСД отримані значення демонструють відхилення показників приватних сімейних лікарів у м. Комсомольська Полтавської області порівняно з лікарями поліклініки, у тому числі, до від'ємних значень. Це доводить очевидну ефективність функціонування інституцій приватних сімейних лікарів.

Але при цьому громадськість міста, як інших населених пунктів України, є не суб'єктом, а об'єктом у системі охорони здоров'я. Будь-якого реального впливу на оптимізацію структури і пріоритетність надання ПМСД на засадах ЗЛП/СМ не має.

Враховуючи досвід реформування ПМСД на засадах сімейного лікаря в м. Комсомольськ, актуальним є дослідження особливостей впровадження цієї інституції в систему охорони здоров'я України.

За нашими підрахунками, проведеними на базі статистичних показників Інституту стратегічних досліджень МОЗ України [24], у 2010 р. близько 59,46 % населення України (із 45 598 200 чол. – 18 484 473 чол.) не було охоплено послугами первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря. За останні 5 років дещо зросла кількість населення, якому надавали послуги зазначеною категорією лікарів. (У 2006 році 72,4 % населення не було охоплено послугами ПМСД на засадах сімейного лікаря).

За нашими розрахунками, кількість осіб, яких обслуговує один сімейний лікар, становить 2144 чол. (18 484 473 чол. – чисельність прикріпленого населення / 8621 чол. – кількість фізичних осіб лікарів – 2144 чол. (навантаження). Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я від 23.02.2001 р. № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» встановлено такі нормативи обслуговування населення одним сімейним лікарем: 1400–1500 чол. у містах; 1000–1200 чол. у сільській місцевості [16]. За даними Державної служби статистики (таблиця РН 3), середня чисельність постійного населення за статтю і віком в 2010 році у містах склала 31 227 584 чол., а у сільській місцевості – 14 462 802 чол. Кількість сімейних лікарів у сільській місцевості складає – 5 250 чол., а у містах – 3 371 чол.

Таким чином, норматив обслуговування населення одним сімейним лікарем в сільській місцевості перевищений у 2,3 рази – 2754,8 чол. (14 462 802 чол. – 5250 чол. = 2754,8 чол.). А у містах у 6,2 рази – 9263,5 чол. (31 227 584 чол. – 3 371 чол. = 9263,5 чол.).

Аналогічна тенденція сформувалася щодо забезпечення сімейними медичними сестрами. Виходячи із вимог зазначеного вище наказу МОЗ, співвідношення медсестер і сімейних лікарів становить 2:1, тобто, медсестер у 2010 році повинно бути не менше ніж 17 242 особи. Реально ж їх кількість 13058 осіб і недоукомплектування становить (17242 – 13058 чол.).

Таким чином, у системі первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря в Україні задіяно 8621 лікар (2006 р. – 6263) та 13058 сімейних медичних сестер (2006 р. – 9250), із них, у сільській місцевості, відповідно, 61 % (5 250 чол.) і 68 % (8 917 чол.).

Кількість фізичних осіб сімейних лікарів та сімейних медичних сестер за п'ятирічний період зросла на 40 %.

Ураховуючи практику окремих областей України, за нашими оцінками, достатньо вірогідно, що кількість сімейних лікарів та сімейних медичних сестер становить близько 44 % від загальної їх чисельності в системі ПМСД (185,3 тис.) [19].

Дослідження оцінки ефективності інтервенцій місцевої влади в Комсомольську щодо розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря висвітило в цілому дієвість заходів. Це базується, як зазначалось вище, на виділенні близько 25,5 % коштів із бюджету системи охорони здоров'я на первинну медико-санітарну допомогу та створення умов для зручного прийому пацієнтів сімейних лікарів шляхом часткового розміщення кабінетів сімейного лікаря в місцях безпосереднього проживання громадян. Ефективність дій влади в системі охорони здоров'я знаходить підтвердження

у стабілізації тенденції із недопущення помітного зменшення смертності серед населення.

Економічний ефект від дій управління охорони здоров'я міста підтверджується меншими на 40 % витратами на фінансування діяльності приватних сімейних лікарів порівняно з комунальними сімейними лікарями поліклінік.

Таким чином, покладання розпорядником бюджетних коштів на приватних сімейних лікарів відповідальності за якість і доступність первинної медико-санітарної допомоги підтвердило певну дієвість цих заходів.

Організаційний процес передбачає не тільки створення інституцій ПМСД, а й їх оновлення. Дуже важливим є безперервність в забезпеченні єдності організаційних структур через ефективний організаційно-економічний та організаційно-правовий організми.

За нашими оцінками, організаційно-економічний механізм розвитку первинної медико-санітарної допомоги є спосіб, що визначає порядок діяльності юридичних (власники, розпорядники бюджетних коштів і надавачі медичної допомоги) та фізичних (пацієнти) осіб з приводу її розвитку на базі інституту сімейного лікаря, формування організаційної інфраструктури та системи управління і регулювання. Це стосується державних регуляторів макро- і мікросередовища (Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Антимонопольний комітет України), системи охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, Міністерство регіонального розвитку та будівництва України, Міністерство науки, молоді та спорту України, Національна академія медичних наук України), законодавчої системи управління та регулювання, а також судової системи.

При цьому призначенням організаційно-економічного механізму в розвитку ПМСД є створення умов для підтримання здоров'я та надання доступної й якісної первинної медико-санітарної допомоги шляхом використання ресурсу медичного персоналу, інфраструктури та фінансових коштів державного, місцевого бюджетів та домогосподарств.

Організаційно-економічний механізм розвитку ПМСД включає правові, організаційні, методичні (нормативні) положення та заходи, які визначають поведінку пацієнта, лікарів, розпорядників бюджетних коштів та рух фінансових ресурсів для підтримання здоров'я пацієнтів і надання їм якісної і доступної первинної медичної допомоги.

Організаційно-правовий механізм розвитку ПМСД – це спосіб, що визначає норми діяльності юридичних осіб – розпорядників бюджетних коштів і надавачів медичної допомоги та фізичних осіб – пацієнтів у межах певної структу-

ри із законодавчим її закріпленням. Прийнятими законами України [4,5] до таких структур будуть належати центри ПМСД та приватні сімейні лікарі.

У нашій державі на ПМСД виділяється до 10% фінансових витрат на систему охорони здоров'я [24, 20], а на спеціалізовану допомогу – 85% [7]. Реально цей показник дорівнює 4-5% через необхідність взаєморозрахунків із вторинним і третинним рівнем надання медичної допомоги. Враховуючи практичний досвід окремих обласних управлінь охорони здоров'я, 1% із зазначених 4-5% припадає на сімейну медицину.

Таким чином, в Україні фактично немає навіть мінімально необхідного фінансування ПМСД. При цьому фінансові стимули та професійні критерії фактично відсутні, а рівень заробітної плати не залежить від обсягу і якості роботи [14]. Дії пацієнта і системи охорони здоров'я абсолютно не синхронізовані. Тобто відсутність координуючої ролі ПМСД на засадах сімейного лікаря не дає змоги раціоналізувати витрати на систему охорони здоров'я і провокує владу на утримання медичних закладів. Це руйнує принцип наступності і безперервності лікувального процесу [8].

У 2010 р. в Україні нараховували 4 581 заклад ПМСД на засадах загальної практики сімейної медицини, із них у сільській місцевості – 3 984, або 87 % від загальної кількості. Порівняно з 2006 р. кількість закладів ПМСД як у сільській місцевості, так і міських поселеннях, зросла на 28 %.

Не оснащені належним обладнанням 65 % сільських лікарських амбулаторій, районних і дільничних лікарень офтальмологічне обладнання мають лише 8 %, а ЛОР-обладнання – 5 % закладів. Заклади ПМСД менш ніж на 50 % укомплектовані санітарним транспортом (3497 наявних при потребі 8 тис. одиниць). Не всі заклади мають електрокардіографи. Дефібрилятори є лише у 5 % закладів. Тільки кожен третій заклад має комп'ютерну техніку [24]. Це суттєво блокує якість роботи медичного персоналу і відволікає від безпосереднього спілкування з пацієнтом. Заповнення близько 50 форм звітності забирає до 70 % робочих годин [13]. Абсолютно не укомплектовані заклади ПМСД у Севастополі, дуже низький рівень забезпечення медичним засобами в Луганській області та Києві [24].

Серед сільських лікарських амбулаторій 47 % розташовані на відстані понад 20 км, а 86% – на відстані понад 10 км від центральної районної лікарні. Абсолютна більшість ФАП (97 %) віддалені від місця перебування лікаря на 2 км і більше. Одна чверть сільських лікарських амбулаторій мають термін експлуатації понад 50 років. Реальна потреба в амбулаторіях становить 1500, а ФАПів – 1000 [24].

У 2010 р. на 10 % зросла кількість викликів швидкої медичної допомоги до хронічно хворих

з хронічними захворюваннями на території обслуговування сімейного лікаря (до 568 559, 2009 р. – 522 746 чол.). Характерно, що близько 70 % цих викликів були із сільської місцевості (378 666 чол.). Щодо причин смертності, то на 40 % зросла кількість померлих від інфаркту (8299 проти 5734 у 2009 р.) [24]. Фахівцями США (Shi L. та інш.) виявлено позитивну кореляцію між наявністю лікарів первинної ланки і більш сприятливою динамікою показників демографії та здоров'я населення, включно стандартизовані коефіцієнти вікової та загальної смертності, смертності від онкологічних причин та ішемічної хвороби серця, а також очікувану тривалість життя [26].

За оцінками фахівців, реальна щомісячна потреба громадян у ПМСД становить близько 300 пацієнтів на 1000 мешканців протягом місяця. Послуги вторинного і третинного рівня потребують, відповідно, 10 і 2 особи [28]. При цьому у передових країнах 90 % пацієнтів розпочинають і закінчують лікування на рівні лікаря загальної практики і лише у 10 % випадків пацієнти направляються на лікування до лікарень.

Згідно із загальноновизначеними оцінками, первинна медико-санітарна допомога як невід'ємна частина національної системи охорони здоров'я є її ядром і одночасно головним компонентом загального соціального та економічного розвитку суспільства [24].

Розвиток інституту приватного сімейного лікаря і центру ПМСД передбачає вдосконалення діяльності організаційної структури, упорядкування виробничих процесів.

За окремими оцінками в Україні у закладах первинної ланки починають і закінчують лікування 30 % пацієнтів у містах та до 50 % – у сільській місцевості [24].

Необхідно враховувати, що 60 % випадків перших відвідувань лікаря припадає не на сімейного лікаря, а на спеціаліста, а 50 % випадків пацієнт потрапляє не до того лікаря, до якого кого потрібно, і 75 % пацієнтів при цьому залишаються без належної медичної допомоги [25].

Хаотичність звернення населення на вторинний рівень надання медичної допомоги у 2 рази збільшує чисельність відвідувань лікарів, і у 6 разів – кількість відвідувань вторинного і третинного рівнів, переважно без будь-яких направлень [28]. Характерно, що ефективність медичних маршрутів пацієнтів, які проживають в сфері обслуговування сімейного лікаря, зростає на 30 % [22]. Як наслідок, реальні витрати на систему охорони здоров'я в Україні вдвічі перевищують суми державного та місцевих бюджетів за рахунок приватних платежів пацієнтів (до 3% ВВП) [25].

При цьому слід враховувати, що 80 % громадян України вважають себе бідними [3], а у 75 %

не вистачає доходів на придбання їжі, одягу та медичних послуг. Будь-яке звернення для отримання медико-санітарної допомоги, враховуючи неформальні платежі, може спричинити відносно катастрофічний рівень витрат. Він оцінюється у 40 % і більше платоспроможності домашніх господарств [25].

Вартість обслуговування одного випадку надання допомоги, на первинному рівні у 7-8 разів менша, ніж на вторинному. При зверненні пацієнта до сімейного лікаря, потреба у стаціонарній та швидкій допомозі загалом зменшується на 30 %, а у спеціалізованих амбулаторіях – на 40 % [24].

У законах України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» не визначено пріоритетність розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря, не передбачено обґрунтування розрахунку обсягу ПМСД, залучення громадян до укладання угод між розпорядником бюджетних коштів та надавачем медичних послуг [4, 5].

Сильною стороною проведеного дослідження є розрахунок прямої залежності між впровадженням інституції приватного сімейного лікаря та зменшенням смертності громадян, фінансово-економічне обґрунтування впровадження прямих договорів між розпорядником бюджетних коштів та приватними сімейними лікарями із своєчасним внесенням необхідних доповнень до бюджету у випадку змін цін на енергоносії.

Слабкою стороною є відсутність обґрунтування в статті подушних витрат, виходячи із конкретного типу хвороби пацієнта.

Дослідження обмежено статистичною базою приватних сімейних лікарів, поліклініки ПМСД та відділу статистики Управління охорони здоров'я м. Комсомольськ та Держстату України. Можливим джерелом помилок є первинний облік значених відомостей.

При цьому ПМСД є першою сходиною в контакті між окремою сім'єю, особою, громадою і національною системою охорони здоров'я, яка максимально наближає медичну допомогу до місць проживання/роботи і утворює перший елемент непереривного процесу охорони здоров'я. Це будується на шести актуальних принципах ПМСД, визначених фахівцям ВООЗ: самозабезпеченість; участь населення; міжсекторальне співробітництво; інтеграція служб охорони здоров'я; посилення уваги до груп високого ризику; використання раціональних технологій [13].

За оцінками Wienke G. та Voerma W., первинна медико-санітарна допомога є професійною

відповіддю пацієнту, який вперше контактує з системою охорони здоров'я [29]. Відповідно до висновків фахівців, сильні системи охорони здоров'я, засновані на первинній медичній допомозі, потребують менших витрат, ніж більш «відкриті» системи, а результати, досягнуті ними – кращі [29].

Для вирішення вищезазначених системних проблем розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря в Україні особливе значення має затвердження Кабінетом міністрів України:

1) методики обрахунку подушних витрат (нами розроблена); типовий договір між розпорядником бюджетних коштів та надавачем медичних послуг; типовий договір між надавачами медичних послуг і пацієнтами; типовий договір між лікарем та молодшим медичним персоналом;

2) положення про взаєморозрахунки між закладами первинного і вторинного та третинного рівнів;

3) положення про впровадження принципу глобального бюджету на всіх рівнях надання медичної допомоги, передбачивши розширення прав на госпрозрахункову діяльність, збереження державних дотацій комунальним підприємствам, насамперед щодо фінансування гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги;

4) порядку видачі приватними сімейними лікарями листків тимчасової втрати працездатності, оформлення рецептурних бланків (форми 1 та 3), використання наркотичних засобів для надання допомоги онкохворим;

5) порядку контрактної форми роботи сімейних та дільничних лікарів, терапевтів і педіатрів, а також адміністративно-господарського персоналу;

6) спрощення процедури проведення тендерів на надання ПМСД приватним сімейними лікарями (допуск лікаря до тендеру у випадку збору ними згоди 600 громадян, які мають бажання отримувати у нього послуги);

7) порядку удосконалення соціального захисту – передбачити, щомісячну заробітну плату з урахуванням складності та об'єму роботи та витрати роком від 3,5 до 5 тис. грн.

На рівні Міністерства охорони здоров'я України відрегулювати відповідними наказами:

1) спрощення процедури отримання категорії та ліцензії на приватну медичну практику, надавши це право міськ- та райвідділам охорони здоров'я;

2) затвердити типовий штатний розклад підприємств, в тому числі, групової форми загальної практики сімейної медицини із включенням до переліку медичних закладів; максимально скоротити статзвітність та набір меддокументації для сімейного лікаря;

3) узагальнити практику реформування системи охорони здоров'я в м. Комсомольськ Полтавської області та інших регіонах [6] з метою

прискорення прийняття необхідних постанов Кабінету Міністрів, розпоряджень МОЗ України щодо усунення перепон у розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря, а також направлення зазначених узагальнень для практичного врядування у пілотних регіонах.

До заходів органів влади слід віднести внесення змін до законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [4] і «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [5], які б передбачали пріоритетність розвитку первинної медико-санітарної допомоги і розподіл фінансування за видами ПМСД.

Проведене дослідження додає до раніше отриманих результатів ефективність діяльності приватних сімейних лікарів зі зменшення на 18 % госпіталізації громадян та їх смертності, в тому числі в працездатному віці. Зазначені взаємовпливи сімейного лікаря і пацієнта призводять до змін у таких явищах, як госпіталізація та смертність. Причиною явища є ефективність діяльності сімейного лікаря, наслідком – зменшення смертності громадян – на 18 % порівняно з лікарями поліклініки. Зазначена інституція приватного сімейного лікаря у взаємодії з пацієнтом, вірогідно, стали причиною змін у процесах зменшення смертності громадян. На наш погляд, не допущено помітного збільшення смертності в місті за рахунок позитивного впливу інституції приватного сімейного лікаря на покращення доступності та якості медичної допомоги. Причиною цього є формування нової атмосфери довіри у відносинах між пацієнтом і сімейним лікарем.

У випадку зменшення смертності і госпіталізації діють багатофакторні причини. Ми ж розглянули однофакторну структуру взаємодії сімейного лікаря та пацієнтів через призму зменшення смертності та захворюваності, в тому числі дітей першого року життя. Характерною є помітна ефективність надання послуг пацієнтам приватними сімейними лікарями за рахунок зменшення кількості відвідувань приватних сімейних лікарів порівняно з лікарями поліклініки.

Суттєвою проблемою у системі охорони здоров'я України є відсутність необхідного за об'ємами направлення фінансових ресурсів в інвестування нових інститутів – сімейних лікарів, насамперед приватних, розподілу витрат за видами надання медичної допомоги та фінансування інфраструктури, яка в ринкових умовах не відповідає реальним потребам громадян.

Негативним фактором також є збереження конституційних вимог безкоштовної медицини.

Таблиця 9. Коваріація загальної смертності населення, яке обслуговують приватні сімейні лікарі та лікарі поліклініки м. Комсомольськ Полтавської області

№ за/п.	Рік	Показники коефіцієнта смертності громадян, які обслуговуються у приватних сімейних лікарів	Показники коефіцієнта смертності громадян, які обслуговуються у поліклініці	Коваріація
1	2004	8,1	12,4	0,75
2	2005	10,7	14,8	0,70
3	2006	9,4	15,8	0,41
4	2007	10,1	13,2	0,36
5	2008	8,8	12,1	0,11
6	2009	8,4	11,6	0,17
7	2010	9,4	12,2	0

Таблиця 10. Коваріація смертності населення у працездатному віці, яке обслуговують приватні сімейні лікарі та лікарі поліклініки м. Комсомольськ Полтавської області

№ за/п.	Рік	Показники коефіцієнта смертності громадян у працездатному віці приватних сімейних лікарів	Показники коефіцієнту смертності громадян у працездатному віці поліклініки	Коваріація
1	2004	3,1	5,2	0,09
2	2005	3,6	6,7	0,12
3	2006	2,8	5,8	-0,01
4	2007	3,6	4,7	0,09
5	2008	3,3	4,4	0,02
6	2009	3,0	3,5	-0,03
7	2010	2,9	4,3	0

Таблиця 11. Коваріація коефіцієнта звернень громадян за отриманням ПМСД серед населення, яке обслуговують приватні сімейні лікарі та лікарі поліклініки м. Комсомольськ

№ за/п	Рік	Коефіцієнт звернень громадян за отриманням ПМСД до приватних сімейних лікарів	Коефіцієнт звернень громадян за отриманням ПМСД у поліклініку	Коваріація
1	2006	4,4	12,9	0,34
2	2007	3,9	9,5	0,11
3	2008	4,3	10,2	0,15
4	2009	3,8	8,6	-0,0002
5	2010	3,8	9,0	0

Цю умову не здатна задовольнити соціально-економічна система будь-якої розвиненої країни. Особливим тягарем вона лягає на бюджети країн з перехідною економікою, до яких відноситься Україна. Як наслідок, більшість послуг на первинному рівні надають на застарілій матеріально-технічній базі.

У Комсомольську Полтавської області в ході реформування системи охорони здоров'я впроваджено чіткий розподіл первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Інституція приватного сімейного лікаря знаходиться в нерівноправних умовах і організація медичної та фінансово-економічної діяльності організована через посередника – поліклініку ПМСД.

Фактично, приватний сімейний лікар у Комсомольську як самостійна незалежна від іншого

надавача ПМСД інституція, знаходиться на початковому етапі розвитку. Всі фінансові потоки проходять через поліклініку ПМСД. За таких умов природно, що чисельність приватних сімейних лікарів в місті зменшилась з 11 до 9.

Разом з тим, через зазначені причини приватний сімейний лікар, як і комунальний сімейний лікар в поліклініці, не були зацікавлені в 100 % охопленні населення послугами ПМСД. Як наслідок, 40 % пацієнтів взагалі не звертались за наданням медичної допомоги. Заробітна плата приватного сімейного лікаря фактично знаходиться в тіні. При цьому він декларує на себе та на медичних сестер мінімальний рівень заробітної плати.

Незважаючи на це, соціально-економічний ефект від впровадження інституту приватного сімейного лікаря очевидний.

Дослідження доповнює наявні нароби щодо фінансово-економічного обґрунтування розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря через розкриття конкретних параметрів перерозподілу фінансових ресурсів на користь зазначеної інституції. Обраховано мінімальний рівень заробітної плати сімейного лікаря, медичної сестри та молодшої медичної сестри для початку процесу надання престижності зазначеній професії і на цій основі забезпечення доступності та якості медичної допомоги.

Таким чином, планово-директивна система охорони здоров'я вичерпала свій ресурс ще в 80–90 рр. ХХ ст. і не забезпечувала повноцінний процес відтворення на сучасній матеріально-технічній базі надання медичних послуг населенню. Але її принципи практично збережені і нині. Доповненням до тенденцій початку 90-х рр. необхідно зазначити бурхливий розвиток тінізації фінансово-економічної діяльності установ медичної сфери.

Існуюча система є достатньо витратною для громадянина. Вона вимагає практично вдвічі більше часу для отримання послуг у системі охорони здоров'я. Таким чином, опір лікарів спеціалізованої допомоги, низька дієвість державного регулятора, пасивна громадська позиція пацієнтів є основними причинами законодавчого невизнання пріоритетності ПМСД та введення таких визначальних критеріїв її якості, як зменшення смертності громадян, особливо у працездатному віці, захворюваності та викликів «швидкої допомоги». Як наслідок, в бюджеті 2012 року відсутній розподіл витрат за видами надання медичної допомоги.

При цьому має місце фактичне нормативно-правове та управлінсько-економічне блокування з боку Міністерства охорони здоров'я України при підтримці діючого механізму ПМСД, розвитку інституції приватного сімейного лікаря. Суттєвою проблемою первинної медико-санітар-

ної допомоги в Україні є її роздрібленість. При цьому вона фінансово і функціонально поєднана із спеціалізованою амбулаторною допомогою.

Повноцінне функціонування такого фактора, як приватний сімейний лікар, а також комунальний лікар поліклініки, може бути досягнутий при введенні:

1. Економічно обґрунтованого реального об'єму подушних витрат.

2. Укладання контракту між приватним сімейним лікарем і молодшим медичним персоналом щодо об'єму та складності надання ними медичної допомоги та умов оплати.

3. Укладання угоди про надання первинної медичної допомоги між сімейними лікарями та пацієнтами.

4. Укладання угоди між розпорядником бюджетних коштів та їх надавачами щодо повної оплати наданих ними послуг, в тому числі денного стаціонару та стаціонару вдома, введенні додаткових оплат за якість і доступність надання медичної допомоги, в тому числі за екстреним викликом, при зменшенні захворюваності дітей, госпіталізації та смертності громадян. Особливої уваги заслуговує економічне обґрунтування складання дефектних актів за фактами допущених помилок лікарями ПМСД.

Висновки

Використання аналізу причинно-наслідкових зв'язків за функціональною ознакою між розвитком ПМСД на засадах сімейного лікаря і зменшенням госпіталізації та смертності громадян у Комсомольську Полтавської області показало, що зазначені фактори є прямо залежними.

До перспектив подальших досліджень необхідно віднести обґрунтування реальних витрат на обслуговування одного пацієнта виходячи із особливостей його стану здоров'я, обслуговування населення на дільниці, відповідальності сімейного лікаря і в цілому за місто, район та область.

Список літератури

1. Гальчинський А. Принципи ноогенези в контексті вчення В. Вернадського / А. Гальчинський // Економіка України – № 5 – 2010р.
2. Демографічна статистика: нав. – мет. посібник. - К.: МБК 2003 року. – 132с. — с. 29.
3. Дьяков Н. Вимірювання бідності / Н. Дьяков //– Робота та зарплата. – 2002 – № 46 (338).
4. Закон України “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я для поліпшення медичного обслуговування” [Електронний ресурс]— Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
5. Закон України “Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій області і місті Києві” [Електронний ресурс] — Режим доступу: [:http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=1=40538pf3511](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=1=40538pf3511)
6. Ковальчук Л. «Без університетських лікарень неможливо реформувати медицину» / Л. Ковальчук, О. Скрипник. – Дзеркало тижня. 2012. – № 4 03 лют. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://dt.ua/HEALTH/leonid_kovalchuk_bez_universitetskih_likaren_nemozhливо_reformuvati_meditsinu-96692.html
7. Лехан В. М. Нові підходи до первинної медичної допомоги / В. М. Лехан // Головний лікар. – 2002 рік. – № 1 (9). – С. 33 - 41.
8. Лехан В. М. Облaсті реформи первинної медико-санітарної допомоги в Україні / В. М. Лехан, А. В. Іпатов, К. К. Душovenко // Медичні перспективи. — 1996 рік. – № 1 – С. 68 – 71.

9. Лист Управління охорони здоров'я м. Комсомольськ № 03 — 3/1610 від 27. 12.2011
10. Лист Управління охорони здоров'я м. Комсомольськ № 13/3 — 20/702 від 27 Пі.12. 2011 р.
11. Лист Управління охорони здоров'я м. Комсомольськ № 19/1 — 20/53 Пі від 18. 01. 2012 р.
12. Лист Управління охорони здоров'я м. Комсомольськ № 181 — 8/166 з 19. 04. 2012 р.
13. Матюха Л. / Актуальні проблеми на шляху сімейної медицини / Л. Матюха, К.О. Надутий // Сімейна медицина. — 2007. — № 3. — С. 10— 13.
14. Москаленко М. Ф. Принципи оптимального здоров'я. — К.: Книгаплюс, 2008. — 320 с.
15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження облікових статистичних форм» № 588 від 01.12.2004. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041201_588.html
16. Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» №72 від 23.02.2001 р. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://asl.dp.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=68&Itemid=96
17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження форми звітності про медичну допомогу дітям до 18 років та інструкції щодо її заповнення» № 630 від 01.12.2004 [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060919_630.html
18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» № 244 від 01.12.2004 р.
19. Первинна медична допомога / сімейна медицина: монографія / [під ред. В. Князевича]. — К., 2010. — с. 404.
20. Солоненко І. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні. 2007 / І. Солоненко — К., 2007. — С. 211.
21. Саріогло В. Г. /Методологічні підходи до визначення набору граничних значень для розрахунку демографічних показників населення / В. Г. Саріогло // Статистика України. — 2011. — № 3. — с. 3
22. Сердюк А. І. / Ефективність організаційної моделі первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню: досвід комплексної оцінки / А. Сердюк, І. М. Шинкарьова / Міжнародний журнал по медицині. — 2006. — № 1.
23. Ситуаційний аналіз сімейної медицини в Україні за січень-червень 2009 року — К., 2009. — 32 с.
24. Ситуаційний аналіз сімейної медицини в Україні. 2010 / Г.Слабких. — К., 2011. — 28 с.
25. Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. — К.: ВЕРСО-04, 2009. — 72 с.
26. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to its more focused on primary health care? / R. Atun // Chief Physician. — 2009. — № 11. — С.58-67.
27. Hobbs R.H. «Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis» from 02.01.2011 [Electronic resource] — Mode of access: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d1028.full?sid=f6b1e105-29d7-4a1d-9620-449a3125e18>
28. White K. L. The General Physician: Past and Future / White KL // J. gen. int. Med. — 1990. — Vol. 5, № 6. — P. 516-521.
29. Wienke G., Boerma W. / Coordination and integration into European primary care / G.Wienke, W. Boerma // The chief doctor. — 2006. — № 12.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ НА ПРИНЦИПАХ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

О. П. Корнийчук (Київ)

В статье очерчены социально-экономические основы развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на основе семейного врача на базе исследования особенностей охвата этими услугами граждан Украины и жителей г. Комсомольск Полтавской области.

По состоянию на 1.01.2011 г. 59,46 % процентов населения Украины не охвачено услугами первичной медико-санитарной помощи на принципах семейного врача. Количество семейных врачей составляет около 4,4% от их общей численности в системе ПМСП, а их финансирование – 1% от расходов на систему здравоохранения Украины. В г. Комсомольск семейные врачи составляют 8,3 % (из них 5 % – частные, а 3,3 % – коммунальные семейные врачи) от общего количества врачей, а их финансирование составляет 6,4 % от общего бюджета системы здравоохранения .

Установлено, что смертность граждан, в том числе в трудоспособном возрасте, которые обслуживаются частными семейными врачами в г. Комсомольск Полтавской области, на 18 % ниже, чем среди населения, обслуживаемого врачами поликлиники. При этом расходы на содержание частного семейного врача на 40 % меньше, чем коммунального семейного врача. Но 40 % граждан города в течение года не охвачены услугами ПМСП.

Институт семейного врача, в первую очередь частного, находится на начальном этапе развития и не является конкурентным монополистом - поликлиникам, а также центрам ПМСП, которые формируются, в оказании медицинской помощи. Это приводит к существенному увеличению стоимости медицинских услуг для населения и затратности системы здравоохранения для местного и центрального бюджетов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: система здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь,

организационно-экономический механизм, семейный врач.

SOCIO-ECONOMIC FOUNDATIONS DEVELOPMENT OF PRIMARY MEDICOSANITARY CARE IN UKRAINE AS A FAMILY DOCTOR

О. П. Корнійчук (Kyiv)

The article outlines the socio-economic foundation of primary health care (PHC) as a family physician at the study of the coverage of these services the citizens of Ukraine and the people of Komsomolsk, Poltava region.

As of 01.01.2011 was 59.46 % of the population of Ukraine was covered by such services of primary health care by a family doctor. The number of family doctors is about 4.4 % out of the total number of PHC system, and their funding – is 1 % out of the cost of health care in Ukraine. In Komsomolsk family physicians are 8.3 % (including 5 % – private and 3.3 % – communal family physicians) out of the total number of doctors and their financing is 6.4% out of the total health budget. It was found out that mortality of citizens, including those of working age that are served by private family doctors in Komsomolsk, Poltava region's, 18 % lower than among the population served by physicians clinics. Thus the cost of maintaining a private family doctor is on 40 % less than the communal family doctor. But 40 % of the city inhabitants weren't covered by PHC services during the year.

The institution of family doctor, especially private, is at the early stage of its development and is not competitive to the monopolists – hospitals and PHC centers, created for providing medical care. It leads to a significant increase in the cost of medical services for the population and expenses on health system, local and central budgets.

KEY WORDS: health care, primary health care, organizational and economic mechanism, a family physician.