

# Комплексний механізм державного управління розвитком сімейної медицини Львівщини

Б.Б. Лемішко<sup>1,2</sup>, І.О. Мартинюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Департамент охорони здоров'я Львівської облдержадміністрації

<sup>2</sup>Комунальна 5-а міська клінічна поліклініка м. Львова

У статті розкрито комплексний механізм державного управління розвитком сімейної медицини Львівщини, її якість та ефективність.

**Ключові слова:** механізми державного управління, регіональний рівень, сімейна медицина, якість і ефективність.

Аналіз досліджень вітчизняних і закордонних учених у сфері державного управління (ДУ) засвідчив, що комплексний механізм державного управління (КМДУ) складається з практичних заходів, методів, важелів, стимулів та інструментів, за допомогою яких органи державної влади та місцевого самоврядування впливають на територіальні громади й суспільство, виробництво чи будь-яку соціальну інституцію з метою досягнення поставленої мети [1–3].

Оскільки чинники ДУ як науки мають політичну, організаційну, мотиваційну, економічну і правову основи, то найчастіше окремі механізми ДУ є політичними, організаційними, мотиваційними, економічними і правовими, що входять до КМДУ. Схематично комплексний механізм ДУ розвитком первинної медичної допомоги (ПМД) на засадах сімейної (родинної) медицини наведено на мал. 1.

Як видно з мал. 1, у комплексному механізмі ДУ інтегруються засоби наведених механізмів цілеспрямованого впливу органів ДУ та інших інституціональних органів (громадських чи професійних організацій тощо) на об'єкти управління.

**Мета дослідження:** показати вплив комплексного механізму ДУ ПМД на засадах сімейної медицини (СМ) на її якість і ефективність.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

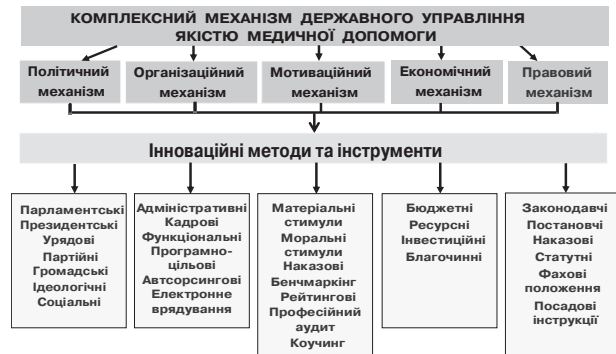
За рівнями ДУ медичною допомогою поділяється на мегарівень, макрорівень, мезорівень і мікрорівень. При цьому мегарівень управління виконується міжнародними інституціями, що інтегрують зусилля міжнародної спільноти на виконання міждержавних інтеграційних проектів у сфері управлінської діяльності. Це міжнародні клінічні настанови щодо надання медичної допомоги при різних захворюваннях.

Макрорівень (державний рівень), мезорівень (регіональний рівень) і мікрорівень (комунальний рівень) ДУ мають свою структуру та функції управління сферою первинної медичної допомоги на засадах родинної медицини (мал. 2).

При цьому об'єктами ДУ на рівні регіону (мезорівні) виступають громадяни, підприємства, заклади охорони здоров'я, установи та організації, засоби масової інформації, органи місцевого самоврядування, громадські організації та інші об'єкти управління.

Складовими моделі організаційного механізму ДУ в обласних державних адміністраціях є насамперед інтереси та потреби територіальних громад і суспільства, суб'єкта управління, їхні цілі та завдання, організаційні структури, їхні функції та завдання, методи та інструменти органів управління комунального рівня, а також результати управлінської діяльності на мезорівні.

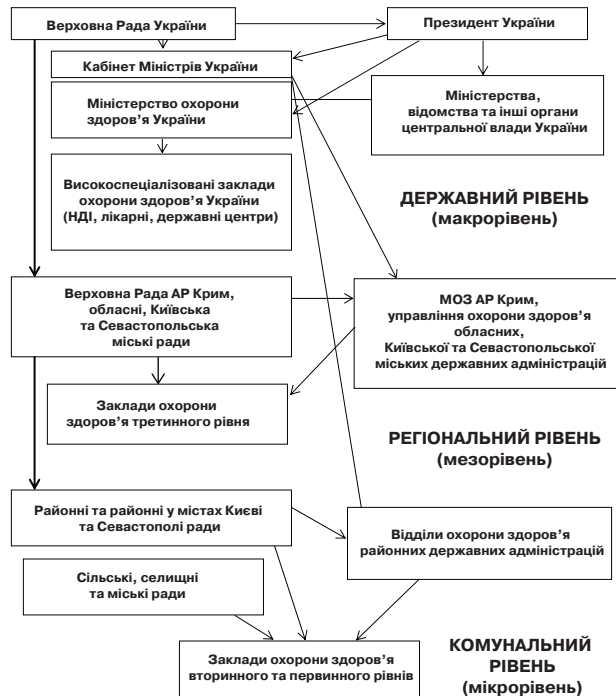
Важливою складовою ДУ на мезорівні є зворотний зв'язок, за допомогою якого об'єкти ДУ можуть впливати на суб'єкти ДУ, удосконалюючи при цьому сам організаційний механізм управління.



Мал. 1. Механізми ДУ у сфері первинної медичної допомоги

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У Львівській області з успіхом застосовано у процесі реформування ПМД на засадах СМ та її розвитку комплексний механізм ДУ, основною складовою якого став програмно-цільовий метод управління, а інструментом реалізації методу стала обласна цільова програма «Розвиток первин-



Мал. 2. Структура органів, які беруть участь у формуванні та реалізації комплексного механізму ДУ охороною здоров'я населення України [1]

ної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2008–2011 роки». Після цієї програми успішно виконані ще дві подібних програми з відповідним фінансуванням з обласного бюджету, що суттєво вплинули на показники якості ПМД на засадах СМ.

Усі механізми ДУ щодо їхньої ефективності у розвитку ПМД на засадах СМ науково обґрунтовувались на Львівщині протягом 26 років, що дозволило довести і практично продемонструвати важливу роль і значення первинної медико-санітарної допомоги на засадах СМ у розвитковій охорони громадського здоров'я населення регіону.

Ефективність механізмів ДУ реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні досягнута за рахунок здійснення органами державної влади та місцевого самоврядування, медичними працівниками, а також територіальними громадами комплексу політичних, організаційно-правових, фінансово-економічних, санітарно-гігієнічних та профілактичних заходів, спрямованих на формування, збереження, зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп і відновлення здоров'я хворих.

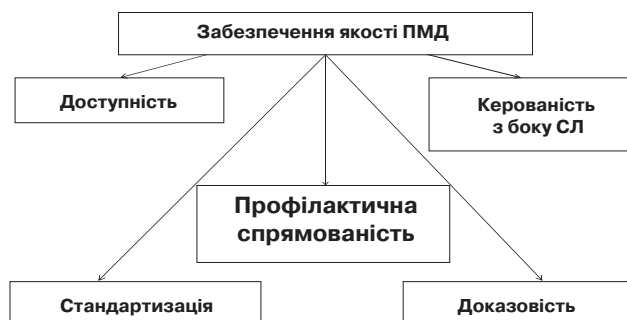
При цьому ПМД на засадах СМ не лише вирішувала суто медичні проблеми територіальних громад і окремих людей, але й низку соціальних проблем, що впливають на стан здоров'я окремих людей чи родин. Вирішуючи медико-соціальні проблеми, пов'язані зі станом здоров'я окремих пацієнтів і територіальних громад, фахівці СМ повинні використовувати в управлінні здоров'ям окремих родин та їхніх членів не лише свої знання у сфері СМ, але й турбуватися про соціальне благополуччя хворих і здорових громад сімейно-територіальних діляниць. Такі проблеми можна успішно вирішувати, залучаючи механізми державного управління здоров'ям територіальних громад, що дозволяють використовувати соціальні чинники політичного, організаційного, мотиваційного, економічного і правового впливу на здоров'я населення.

Діяльність фахівців СМ щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різного віку, профілактики захворювань при виникненні чинників ризику їхнього розвитку (профілактична спрямованість роботи) відбувається не лише у закритому середовищі родини, але й перетинається з іншими інституціями суспільства: школою, органами державної влади та місцевого самоврядування, релігійними конфесіями, підприємствами, комунальними службами та іншими суспільними інституціями, які мають відношення до регулювального впливу на стан здоров'я людини та її родини.

Отже, лише на основі застосування комплексного механізму ДУ медико-соціальними послугами територіальним громадам фахівці СМ можуть забезпечити адекватні заходи щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей, а також відновлення його у хворих. Адже за сучасним визначенням «здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб».

До важелів ДУ якістю ПМД на засадах СМ входять доступність, керованість, профілактична спрямованість, стандартизація і доказовість медичних втручань. При цьому доступність СМ забезпечується не лише географічним наближенням закладів охорони здоров'я до місця проживання людей, але й економічною та психологічною доступністю послуг фахівців СМ усім верствам населення без обмежень з будь-яких причин (мал. 3).

Керованість медичної допомоги з боку сімейного лікаря (СЛ) як найпростіший і найбільш доступний важель одержання вискоєфективної медичної допомоги саме у тому закладі і у того фахівця, де вона може бути надана пацієнту відповідно до його проблеми зі здоров'ям, закріплено статтею 35–1 Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [4].



Мал. 3. Важелі управління якістю ПМД

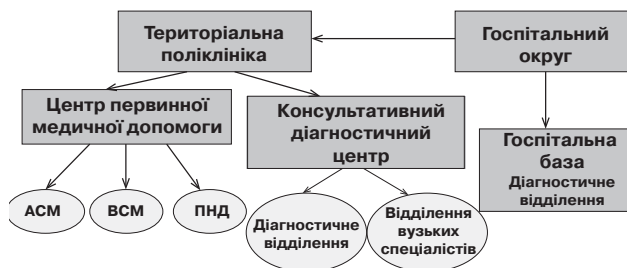
Профілактична спрямованість у роботі СЛ – це один із найважливіших важелів первинної та вторинної профілактики захворювань при будь-якій консультації здорової людини чи хворого фахівцем СМ з урахуванням екзогенних і ендогенних, інфекційних чи неінфекційних чинників ризику виникнення чи розвитку захворювання на основі концепції «чинників (факторів) ризику».

Чинники ризику, що зумовлюють виникнення неінфекційних захворювань, поділяють на керовані та некеровані. До керованих належать такі чинники, як стан довкілля, від якого залежить здоров'я людини на 20%, спосіб життя (50%) і медичні втручання (10%). До некерованих чинників ризику належать спадковість (20%), вік, стать, клімат, в умовах якого живе людина, стихійні лиха тощо.

СЛ, добре знаючи родину та її генеалогічне дерево, з урахуванням наявних некерованих чинників ризику виникнення певних захворювань може регулювати вплив керованих чинників ризику, що дозволяє попередити виникнення тієї чи іншої патології.

Сучасна охорона здоров'я в світі досягає вагомих результатів шляхом стандартизації профілактичних, діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів на принципах доказової медицини. Стандартизація і доказовість у практиці СЛ реалізуються на основі таких інструментів КМДУ, як уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги при різних захворюваннях і станах, затверджені МОЗ України, що розробляються на основі міжнародних клінічних настанов і стандартів медичної допомоги. У закладах ПМД розробляються локальні протоколи ПМД, що є інструментами управління якістю медичної допомоги.

У сучасній моделі охорони здоров'я Львівщини (мал. 4) до госпітального округу входять територіальні поліклініки та госпітальні бази. Територіальні поліклініки, своєю чергою, складаються із центрів ПМД, до яких входять амбулаторії та відділення СМ (АСМ і ВСМ) і пункти невідкладної допомоги (ПНД) та консультативні діагностичні центри (КДЦ), до яких входять діагностичні відділення (ДВ) і підрозділи вузьких спеціалістів (кабінети та відділення), в яких надається консультативна допомога хворим спеціалістами КДЦ.



Мал. 4. Структурна модель закладів охорони здоров'я Львівщини на перехідний період (2015–2019 рр.)

Індикатори якості роботи первинної медико-санітарної допомоги Львівщини на засадах СМ протягом 2007–2014 рр.

Індикатори якості	Роки		Динаміка
	2007	2014	
Закінчене лікування хворих на рівні СЛ, %	36,0	74,5	Збільшення на 38,5%
Направлено на лікування до вузьких спеціалістів, %	12,64	7,41	Зменшення на 5,23%
Кількість викликів швидкої медичної допомоги до хронічних хворих (на 10 тис. населення)	702	114	Зменшення на 78%
Госпіталізовано в лікарні II-III рівнів, %	1,8	1,3	Зменшення на 0,5%
Кількість вперше виявлених онкологічних захворювань у занедбаних стадіях, %	21,45	16,22	Зменшення на 5,23%
Питома вага деструктивних форм туберкульозу з числа вперше виявлених випадків, %	37,26	32,94	Зменшення на 4,32%
Кількість померлих від інфарктів міокарда (на 1000 дорослого населення)	0,47	0,23	Зменшення на 0,24
Кількість померлих від інсультів (на 1000 дорослого населення)	0,67	0,59	Зменшення на 0,08
Обстежено флюорографічно (на 1000 дорослого населення)			Збільшено на 51 особу

Протягом 2007–2014 років кількість фізичних осіб, сертифікованих СЛ, у закладах ПМД Львівщини збільшилась з 515 до 875 осіб, а кількість прикріпленого до них населення виросла з 34,2% до 65,26% (у сільських поселеннях – з 38,8% до 76,27%, у містах – з 31,1% до 56,74%). У 2014 році ПМД на засадах СМ надавалась у 306 закладах охорони здоров'я (221 заклад у сільській місцевості та 85 – у містах).

Показники здоров'я населення, за якими визначається якість допомоги в закладах ПМД, що працюють на засадах СМ, за цей час значно поліпшились, що засвідчують індикатори якості роботи (таблиця).

Як видно з таблиці, лікування хворих на сімейно-територіальних дільницях, що починається і закінчується на рівні СО, протягом 7 років зросло на 38,5%, що, як відомо, значно дешевше коштує, ніж на рівні вторинної медичної допомоги. При цьому значно (на 78%) знизилась кількість викликів швидкої медичної допомоги до хронічних хворих, що суттєво зменшило навантаження на цю службу і пов'язано зі збільшенням довіри хворих до свого СЛ. Про це свідчить також і зменшення відсотка пацієнтів (на 5,23%), які скеровувались на лікування до вузьких спеціалістів, а також рівень госпіталізації у лікарні II і III рівнів на 0,5%.

Про якість і ефективність роботи фахівців СМ свідчать такі індикатори, як кількість уперше виявлених онкологічних

захворювань у занедбаних стадіях, – зниження з 21,45% до 16,28% відповідно, що підвищило ефективність лікування таких хворих. Зменшилась на 4,32% також питома вага деструктивних форм туберкульозу поміж уперше виявлених його випадків, що свідчить про підвищену увагу СЛ до своєчасної діагностики цього захворювання на ранніх стадіях.

Якісна профілактична і лікувальна робота фахівців СМ проведена також щодо попередження таких тяжких ускладнень гіпертонічної хвороби, як інфаркти міокарда та інсульти. За рахунок своєчасної діагностики цих ускладнень, якісної медичної допомоги на догоспітальному етапі, а також своєчасної госпіталізації хворих у спеціалізовані відділення лікарень, у два рази знизилась смертність від інфаркту міокарда і визначилась тенденція до зниження смертності від інсультів.

**ВИСНОВКИ**

1. Комплексний механізм державного управління розвитком сімейної медицини на Львівщині сприяє суттєвому поліпшенню якості первинної медичної допомоги.

2. Досвід державного управління еволюційним реформуванням первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та її розвитком дозволяє рекомендувати його для запровадження в інших регіонах України.

**Комплексний механізм державного управління розвитком сімейної медицини Львівщини  
Б.Б. Лемішко, І.О. Мартынюк**

В статье раскрыт комплексный механизм государственного управления развитием семейной медицины Львовщины, ее качеством и эффективностью.

**Ключевые слова:** механизмы государственного управления, региональный уровень, семейная медицина, качество и эффективность.

**Complex mechanism of public administration by development of family medicine of Lvovshchina  
B. Lemishko, I. Martynuk**

In work the complex mechanism of public administration is opened by development of family medicine of Lvovshchina, its quality and efficiency.

**Key words:** mechanisms of public administration, regional level, family medicine, quality and efficiency.

**Сведения об авторах**

**Лемішко Борис Богданович** – Департамент здравоохранения Львовской областной государственной администрации, Коммунальная 5-я городская клиническая поликлиника г. Львова, 79022, г. Львов, ул. Выговского, 32. E-mail: 5kmp\_uoz\_lviv@ukr.net.

**Мартынюк Иван Онуфриевич** – Коммунальная 5-я городская клиническая поликлиника г. Львова, 79022, г. Львов, ул. Выговского, 32. E-mail: 5kmp\_uoz\_lviv@ukr.net.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Лемішко Б.Б. Механізми державного управління модернізаційним розвитком первинної медичної допомоги на регіональному рівні / Б.Б. Лемішко. – Львів: Сполом, 2013. – 265 с.  
2. Лемішко Б.Б. Державне управління безперервним професійним розвитком фахівців сімейної медицини / Б.Б. Лемішко, Я.Р.-М. Федорів, Р.Ю. Грицко // Ефективність державного управління: зб. наук. праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. – Вип. 30: за заг. ред. чл.-кор. НАН України В.С. Загорського, доц. А.В. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2012. – С. 184–189.  
3. Грицко Р.Ю. Державне управління системою освіти фахівців сімейної медицини / Р.Ю. Грицко. – Дрогобич: Просвіт, 2014. – 363 с.  
4. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги / Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI.

Статья поступила в редакцию 26.06.2015