

ІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

***Анотація.** У статті проаналізовано стан функціонування первинної медико-санітарної допомоги в Україні. Особливу увагу приділено визначенню окремих системних інституціональних проблем, у тому числі фінансово-економічної складової, розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря.*

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, сімейний лікар, система охорони здоров'я, фінансово-економічна складова.

***Аннотация.** В статье проанализировано состояние функционирования первичной медико-санитарной помощи в Украине. Особое внимание уделено системным институциональным проблемам, в том числе финансово-экономической составляющей, развитию ПМСД на принципах семейного медицины.*

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, семейный врач, система здравоохранения, финансово-экономическая составляющая

***Annotation.** The article analyzes condition of primary health care [PHC] functioning in Ukraine. The special attention is paid to determination of separate systematic institutional problems including financial-economical constituent and development of PHC, on family doctor basis.*

Key words: primary health care, family doctor, the health care system.

Постановка проблеми. На початку ХХ і у ХХІ ст. Україна займає одне із перших місць в Європі за рівнем смертності населення. Система охорони здоров'я у нашій країні традиційно побудована на моделі лікування гострих та хронічних захворювань.

Результатом дії останньої є те, що більше як три чверті смертей серед чоловіків та одну третину серед жінок працездатного віку можна було б не допустити, та запобігти 25% передчасних смертей при умові належного лікування, у першу чергу, **на наш погляд (авт.)**, через інститути первинної медико-санітарної допомоги [1, с. 9].

Досвід комплексних реформ національних економік, насамперед системи охорони здоров'я передових європейських країн, результатом яких стало збільшення тривалості життя та зменшення смертності, вказує на необхідність пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Макро- і мікропроцеси в системі охорони здоров'я та методи їх регулювання, у тому числі через організаційно-управлінські та фінансові механізми пріоритетного розвитку і впровадження первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейного лікаря, розглядалися у працях, В.М. Лехан, Л.Ф. Матюхи, В.Ф. Москаленко, Н.О. Рингач, В.М. Рудого, Г.О. Слабкого, М.В. Шевченко та ін., а також вчених із країн ЄС – К. Вайта, Р. Хоббса та інших.

Слід значити, що у вітчизняних публікаціях системні дослідження окресленої проблеми представлені недостатньо. Нез'ясованість економічних закономірностей ефективності та вигідності для економіки громадянина, домогосподарств, підприємств, регіонів і національного господарства в цілому впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря як ядра розвитку системи охорони здоров'я залишається однією з важливих причин стримування її розвитку.

Метою статті є аналіз процесу інституціоналізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря через призму організаційно-управлінської і фінансово-економічної складової.

Виклад основного матеріалу. Згідно із загально визнаними 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 [2].

У 2010 р. тільки 40% населення України було охоплено послугами первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря. За останні 5 років на 18% зросла кількість населення, якому надавалися послуги зазначеною категорією лікарів. Якщо будуть збережені такі тенденції,

то необхідно щонайменше 15 років, щоб надавати такі послуги всьому населенню України. Тільки у 40% областей – Вінницькій, Волинській, Житомирській, Закарпатській, Львівській, Полтавській, Тернопільській, Харківській, Черкаській, Чернігівській - цей показник перевищує загальноукраїнський. Для таких регіонів, як Луганська, Донецька, Дніпропетровська, Запорізька, Одеська області та м. Київ, необхідний термін може бути значно тривалішим (табл. 1).

Таблиця 1

Частка населення, охопленого ПМСД на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини (ЗЛП / СМ), 2006 і 2010 рр.*

Область, регіон	Населення, чол.	Прикріплено населення до закладів ЗЛП/СМ, чол.	Частка населення, охопленого ПМСД на засадах ЗЛП/СМ,	Область, регіон	Населення, чол.	Прикріплено населення до закладів ЗЛП/СМ, чол.
АР К	1980500	1954800	436002	743948	22,01	38,06
Вінницька	1694000	1634100	611078	1045595	36,07	63,99
Волинська	1039200	1034400	434327	581953	41,79	56,26
Дніпропетровська	3435000	3333200	249834	670610	7,27	20,12
Донецька	4601700	4420100	479647	922185	10,42	20,86
Житомирська	1323600	1279800	748856	981293	56,58	76,68
Закарпатська	1244600	1244500	858592	1044295	68,99	83,91
Запорізька	1854000	1800500	246708	426803	13,31	23,70
Івано-Франківська	1387200	1377000	465603	548091	33,56	39,80
Київська	1757400	1711900	372287	626647	21,18	36,61
Кіровоградська	1060100	1003600	361952	391021	34,14	38,96
Луганська	2395500	2286700	190437	400838	7,95	17,53
Львівська	2572800	2526400	727554	1286827	28,28	50,94
Миколаївська	1215700	1182600	340586	449540	28,02	38,01
Одеська	2398900	2377600	557955	652157	23,26	27,43
Полтавська	1547700	1479900	875233	1188102	56,55	80,28
Рівненська	1155400	1151500	292658	498072	25,33	43,25
Сумська	1218900	1159300	430909	530589	35,35	45,77
Тернопільська	1108800	1080900	721008	860139	65,03	79,58
Харківська	2820600	2739400	1462546	2185400	51,85	79,78
Херсонська	1121800	1086800	280066	420442	24,97	38,69
Хмельницька	1367400	1323800	414427	510494	30,31	38,56
Черкаська	1334700	1281800	364232	770940	27,29	60,15
Чернівецька	907200	901200	350053	571309	38,59	63,39
Чернігівська	1160200	1089700	401681	537408	34,62	49,32
Київ	2705700	2757900	144798	270097	5,35	9,79
Севастополь	379200	378800	90658	140566	23,91	37,11
Україна	46787800	45598200	12909687	18484473	22,01	40,54

* Джерело: за матеріалами ЦМС МОЗ, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» [3, с. 12 ; 4, с. 13].

За нашими розрахунками кількість населення України, яке обслуговується одним сімейним лікарем, становить 2014 чол. Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я № 72 від 23.02.2001 р. встановлено наступні нормативи: 1400-1500 чол. у містах; 1000-1200 у сільській місцевості [5]. Таким чином, норматив обслуговування населення одним сімейним лікарем у місті перевищений на 40%, а в

сільській місцевості – у 2 рази. Як результат, лікар вимушений майже наполовину менше часу приділяти пацієнту в місті і у 2 рази у сільській місцевості. Тільки у п'яти областях – Запорізькій, Миколаївській, Харківській, Черкаській стан забезпечення сімейними лікарями перевищує загальноукраїнський. Найнижчі показники укомплектованості мають Волинська, Київська, Дніпропетровська, Донецька, Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Одеська, Рівненська, Херсонська, Сумська, Чернігівська, Черкаська області (табл. 2).

Таблиця 2

Стан забезпеченості населення сімейними лікарями, 2006 і 2010 рр.*

Область, регіон	Штатні посади, од.				Фактична наявність, чол.				
	2006		2010		2006		2010		
	Усього	на 10 тис. насе-лення	усього	на 10 тис. прикріп-леного насе-лення	усього	на 10 тис. насе-лення	усього	на 10 тис. прикріп-леного насе-лення	укомплек-тованість, (%)
АР К	267,25	1,35	463,0	6,22	234	1,18	356	4,79	
Вінницька	384,25	2,27	659,25	6,31	315	1,86	527	5,04	76,89
Волинська	227,0	2,18	299,75	5,15	166	1,60	227	3,90	79,94
Дніпропетровська	155,25	0,45	390,0	5,82	121	0,35	278	4,15	75,73
Донецька	284,75	0,62	588,75	6,38	217	0,47	407	4,41	71,28
Житомирська	453,5	3,43	603,5	6,15	359	2,71	483	4,92	69,13
Закарпатська	514,0	4,13	677,5	6,49	435	3,50	579	5,54	80,03
Запорізька	161,0	0,87	275,75	6,46	121	0,65	214	5,01	85,46
Івано-Франківська	326,75	2,36	364,75	6,65	231	1,67	274	5,00	77,61
Київська	184,75	1,05	341,0	5,44	149	0,85	256	4,09	75,12
Кіровоградська	207,25	1,96	163,0	4,17	143	1,35	108	2,76	75,07
Луганська	120,5	0,50	249,5	6,22	100	0,42	186	4,64	66,26
Львівська	438,5	1,70	752,25	5,85	414	1,61	714	5,55	74,55
Миколаївська	245,5	2,02	302,0	6,72	196	1,61	212	4,72	94,92
Одеська	325,0	1,35	392,75	6,02	250	1,04	291	4,46	70,20
Полтавська обл.	480,75	3,11	674,25	5,68	427	2,76	515	4,33	74,09
Рівненська	140,75	1,22	233,75	4,69	117	1,01	191	3,83	76,38
Сумська	241,0	1,98	304,0	5,73	199	1,63	229	4,32	81,71
Тернопільська	435,75	3,93	518,0	6,02	339	3,06	441	5,13	75,33
Харківська	982,25	3,48	960,5	6,79	767	2,72	700	4,95	85,14
Херсонська	137,0	1,22	205,0	4,88	117	1,04	156	3,71	72,88
Хмельницька	257,5	1,88	314,5	6,16	217	1,59	272	5,33	76,10
Черкаська	198,5	1,49	434,0	5,63	159	1,19	329	4,27	86,49
Чернівецька	203,25	2,24	345,75	6,05	165	1,82	276	4,83	75,81
Чернігівська	210,25	1,81	250,0	4,65	194	1,67	198	3,68	79,83
Київ	93,75	0,35	159,0	5,89	69	0,26	130	4,81	79,20
Севастополь	53,25	1,40	86,75	6,17	42	1,11	72	5,12	81,76
Україна	7729,25	1,65	11008,3	5,96	6263	1,34	8621	4,66	83,00

* Джерело: за матеріалами ЦМС МОЗ, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» [3, с. 16 ; 4, с. 15].

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 2010 року повинно бути, не менше ніж 17 242 особи. Реально ж їх кількість 13058 осіб і недоукомплектування становить 5 184 особи, або 40%. Середньоукраїнський показник перевищено в 40% областей – Вінницькій, Волинській, Житомирській, Закарпатській, Івано-

Франківській, Львівській, Рівненській, Хмельницькій, Чернівецькій, Чернігівській. Найбільш не укмплектованими є м. Київ і Севастополь, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька та Київська області.

Таким чином, у системі первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря в Україні задіяно 8 621 лікар (2006 р. – 6263) та 13 058 сімейних медичних сестер (2006 р. – 9250), із них, у сільській місцевості - відповідно 5 250 і 8 917 чоловік.

Зростання кількості фізичних осіб сімейних лікарів та сімейних медичних сестер за п'ятирічний період становило відповідно до 40 і понад 40 %.

Ураховуючи практику окремих областей України, за нашими оцінками, достатньо вірогідно, що кількість сімейних лікарів та сімейних медичних сестер становить близько 5-7% від загальної їх чисельності в системі ПМСД.

За оцінками фахівців, реальна щомісячна потреба громадян у первинній медико-санітарній допомозі становить близько 30% на 1000 мешканці протягом місяця. Послуги вторинного і третинного рівня потребують відповідно 1 і 0,14% чол. [8, с. 516 - 521]. У передових країнах 90% пацієнтів починають і закінчують лікування на рівні лікаря загальної практики і лише у 10% випадків пацієнти направляються на лікування до лікарень.

У 2010 р. в Україні здійснено 54 155 128 візитів пацієнтів до сімейних лікарів із них з приводу захворювань – 38 363 350 (30 850 655 - дорослих та 7 512 695 - дітей до 17 років), або 70%. Лікарями ЗП/СМ було проліковано 70% пацієнтів – (20 493 363 чол.), із них 13% (2 249 141 чол.) направлено до лікарів вузького профілю і 3% (999 522 чол.) – на стаціонарне лікування до лікарень. З профілактичною метою звернулося 15 713 687 осіб, що становить 14% від загальної кількості звернень.[3, с. 3] За іншими оцінками в Україні у закладах первинної ланки починають і закінчують лікування 30% пацієнтів у містах та до 50% - у сільській місцевості. [3, с. 9]

Слід ураховувати, 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 треба, і 75% пацієнтів при цьому залишаються без належної медичної допомоги [1, с. 63].

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 [8, с. 33].

Усі передові країни світу, в яких із 70-х рр. ХХ ст. спостерігається збільшення тривалості життя, упровадили ПМСД як основу розвитку системи охорони здоров'я вартість якої у 10 разів менша, ніж вторинного і третинного рівнів. У країнах Західної Європи 25% бюджету системи охорони здоров'я використовується у ПМСД. Державою-аналогом України за територією і населенням, є Франція. В ній лікарі загальної практики сімейної медицини становлять 54% від загальної кількості лікарів. У США цей показник дорівнює 39,2% [7, с.60].

У нашій державі на ПМСД виділяється до 10% фінансових витрат на систему охорони здоров'я[3, с.3], а на спеціалізовану допомогу – 85% [9, с 33]. Реально цей показник дорівнює 4-5% у зв'язку із необхідністю взаєморозрахунків із вторинним і третинним рівнем надання медичної допомоги. Враховуючи практичний досвід окремих обласних управлінь охорони здоров'я, 1% із зазначених 4-5% виділяється на сімейну медицину.

Вартість обслуговування одного випадку надання допомоги, на первинному рівні у 7-8 разів менше 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%. [3, с.9]

Таким чином, в Україні фактично належать навіть мінімально необхідного фінансування ПМСД. 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 їх утримання медичних закладів. Це руйнує принцип наступності і безперервності лікувального процесу [10, с. 68 - 71].

Слід ураховувати, що нині в Україні реальні витрати на систему охорони здоров'я вдвічі перевищують суми державного та місцевих бюджетів за рахунок приватних платежів пацієнтів (до 3% ВВП) [1, с. 59].

Реальні витрати на первинний рівень в Україні становлять 4-5%; а на спеціалізовану допомогу – 85% [9, с. 33].

В розвинених країнах світу фінансування ПМСД становлять не менше 30-40% витрат на систему охорони здоров'я, на ПМСД припадає 90% загального обсягу медичних послуг, а частка сімейних лікарів сягає 50% від усієї чисельності лікарів системи охорони здоров'я [3, с.3].

У 2010 р. нараховувався 4 581 заклад ПМСД на засадах загальної практики сімейної медицини, із них у сільській місцевості – 3 984, або 87% від загальної кількості. У зазначених закладах створено

10 453 дільниці. Порівнянні з 2006 р. кількість закладів ПМСД як у сільській місцевості, так і міських поселеннях, зросла на 28%.

Характерно, що тільки 62% сімейних лікарів і 68% сімейних медсестер працюють у закладах ПМСД у сільській місцевості, а 38% відповідно і 32% - у міських. У цілому дефіцит кадрів становить 13 444 особи. Негативним чинником є те, що одна чверть штатних посад сімейних лікарів не укомплектована. Близько 26% працівників (6 тис.) – це особи пенсійного віку.. Плинність кадрів становить близько 1 тис. - 5% щорічно. Практично кожен четвертий заклад не укомплектований основним працівником. У 2009 р. тільки одна п'ята частина випускників ВНЗів була направлена у сільську місцевість на посади сімейного лікаря.

Не мають відповідного стажу для проходження атестації 40% сімейних лікарів, – 3 016 чол.,. Лише 1 570 лікарів мають вищу категорію (1 - шу – 2 669 ; 2 - гу. – 1 366 чол.) [3, с.8]. Не укомплектовані медсестрами 4% ФАПів [6, с.6]. Із 218,6 тис. лікарів 2010 року тільки 8 621 чол. працювали лікарями ЗЛП/СМ, або 3% від їх загальної кількості.

Суттєвою проблемою первинної медико-санітарної допомоги в Україні є її роздробленість. При цьому вона фінансово і функціонально поєднана із спеціалізованою амбулаторною допомогою.

Не оснащені належним обладнанням 65% сільських лікарських амбулаторій, районних і дільничних лікарень. Офтальмологічне обладнання мають лише 8%, а ЛОР-обладнання – 5% закладів. Заклади ПМСД менше ніж на 50% укомплектовані санітарним транспортом (3 497 наявних при потребі 8 тис. одиниць), не всі заклади мають електрокардіографами. Дефібриляторами - лише у 5% закладів. Тільки кожен третій заклад має комп'ютерну техніку [3, с.8]. Абсолютно не укомплектовані заклади ПМСД у м. Севастополь, дуже низький рівень забезпечення медичним засобами в Луганській області та м. Київ [3, с.27].

Серед сільських лікарських амбулаторій 47% розташовані на відстані понад 20 км, а 86% - на відстані понад 10 км. від центральної районної лікарні, Абсолютна більшість ФАПів (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 [3, с.6].

Як позитивне явище, слід зазначити створення за останні роки 149 нових закладів ПМСД на закладах ЗЛП/СМ, – з них 114 - у сільській місцевості та 45 – у містах [3, с.7].

У 2010 р. практично на 10% зросла кількість викликів швидкої медичної допомоги до хронічно хворих 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 (8 299 проти 5 734 у 2009 р.) [3, с.7].

Система відтворювальних зобов'язань лікаря і населення, місцевої влади і населення є рушійною силою впровадження здорового способу життя через розвиток ПМСД на засадах сімейного лікаря.

У зв'язку з цим Актуальним є дослідження розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря у м. Комсомольськ з 1998 року. Спільно з фахівцями головного управління охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації, управлінням охорони здоров'я міськвиконкому та практикуючими лікарями загальної практики – сімейної медицини м. Комсомольська проведено фінансово-економічний аналіз діяльності установ, які беруть участь у реалізації програми «Сімейна медицина».

Первинна медико – санітарна допомога в місті надається відповідно до закріплених дільниць та з урахуванням побажань громадян міста згідно з поданими заявами. Фактично, для отримання послуг первинної медико-санітарної допомоги, мешканці м. Комсомольськ, у тому числі працівники Полтавського гірничо - збагачувального комбінату (ГЗК), на власний розсуд, звертаються до семи установ в 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. Приблизно 7,7% із них системно, послідовно і професійно надають первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейного лікаря. Характерно, що 25% бюджетних коштів витрачається на немедичний персонал, який дорівнює 35% від загальної кількості працюючих у галузі.

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. – не є працівниками 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. Таким чином, вірогідно майже 40% населення міста системно не охоплено обслуговуванням інститутом сімейного лікаря.

Викликів швидкої допомоги на 1000 населення було менше у понад 2 рази (86,2 і 245), а для окремих сімейних лікарів, майже у 4,4 рази (відповідно 49,5 і 245), ніж в цілому для міста. Економія коштів становила майже 1 млн. грн, або до 30% витрат на цю послугу 2009 року.

Загальний рівень госпіталізації, в розрахунку на 1000 населення, у приватних сімейних лікарів на 30% нижчий ніж порівняно із загальним показником по місту (13,3 і 17,4).

Індекс здоров'я дітей на 30% перевищував відповідний при їх обслуговуванні в поліклініці (відповідно 40 і 32) (табл. 4)

Таблиця 3

**Порівняльні показники діяльності приватного сімейного
лікаря та лікарів в поліклініці м. Комсомольськ**

Показники загальної смертності у розрахунку на 100 тисяч населення

Показник	2006	2007	2008	2009	2010
Приватні лікарі ЗПСМ	9,5	10,1	8,8	8,4	9,4
Поліклініка МЦ ПМСД	12,8	11,1	11,2	10,7	12
Місто	12,2	11,1	10,9	10,5	10,9

Показники смертності у працездатному віці

Приватні лікарі ЗПСМ	3,8	4,4	3,6	3,4	3,2
Показник	2006	2007	2008	2009	2010
Поліклініка МЦ ПМСД	4,7	4,5	5	3,2	3,6
Місто	4,5	4,7	4,5	3,5	3,7

Індекс здоров'я дітей першого року життя

Приватні лікарі ЗПСМ	33,9	37,8	33,6	46,3
Поліклініка МЦ ПМСД	21,8	28,3	20,9	27,1
Місто	25,3	25,3	23,5	31,7

Загальний рівень госпіталізації у розрахунку на 1000 населення

Приватні лікарі ЗПСМ	12,7	11,7	12,6	12,7	13,3
Поліклініка МЦ ПМСД	17,3	13,5	17,5	18,1	14,2
Місто	15,8	15,3	15,4	17,5	17,4

Виклики швидкої допомоги у розрахунку на 1000 населення

Приватні сімейні лікарі	98,4	94,6	79,4	88,4	86,2
Місто	258,6	256,5	242,8	233,2	245

Виклики швидкої медичної допомоги на дільниці у розрахунку на 1000 населення

Дільниця Дяченко Л.Б.	70,5	88,8	80,1	82	49,5
Місто	242,7	258,6	256,5	233,2	245

Джерело: За матеріалами форм статистичної звітності 071-1/0 ; 071-3/0 ; 071/0 ; 31 ; 12 ; 001-0 ; 101/0 із залученням приватних сімейних лікарів та спеціалістів поліклініки м. Комсомольськ.

Співвідношення фінансування первинного і вторинного рівня у місті становить 1 : 3. Для Полтавської області цей показник дорівнює 12%, а 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 грн. 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.

За нашими попередніми обрахунками, удвічі можливе скорочення витрати на лікування хворих цукровим діабетом. Для бюджету міста це становить майже 200 тис. грн. на рік. У цілому зазначене стосується і решти інвалідизуючих хвороб у випадку їх своєчасного діагностування і контролю за перебігом через інститут сімейного лікаря з використанням механізму програмно-цільового фінансування.

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 чол. та стаціонару удома для 10 чол., дорівнює 860 грн. Вартість лікування 18 осіб протягом дев'яти днів у лікарні коштує 27 646 грн. Таким чином, економічний ефект для бюджету міста наближається до 27 тис. грн. При цьому слід ураховувати, що якість медичної послуги у сімейного лікаря буде достатньою.

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 до 3500 грн. Крім цього, необхідно створити умови для отримання прибутку приватним сімейним лікарем також 3500 грн. Для бюджету міста це становитиме додатково майже 700 тис. грн.

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 впливає.

Пріоритетність розвитку ПМСД на засадах ЗЛП/СМ визнана 33 роки тому на Алма-Атинській конференції. Її вдале впроваджена в країнах Західної, Центральної та Східної Європи сприяло суттєвому збільшенню тривалості життя громадян унаслідок забезпечення якості і доступності ПМСД.

У проекті закону України «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. [11].

Висновки. Ключовою проблемою розвитку ПМСД на засадах ЗЛП/СМ є супротив діючої вертикалі управління системою охорони здоров'я від центрального до районного рівнів щодо надання їй статусу основи розвитку системи охорони здоров'я.

В Україні ж у системі охорони здоров'я діє «модель Семашко». Вона означає фінансування установ та мінімальну офіційну оплату праці медичного персоналу. В її основі лежить мотивація лікарів до розширення спеціалізації медичної допомоги як головного засобу її поліпшення.

Як наслідок, це торкнулося і розмивання сутності сімейного лікаря, і розпорошення його функцій серед педіатрів, дільничних терапевтів, акушерів-гінекологів, підліткових та цехових лікарів. При такій кількості лікарів, отримати ефективну допомогу пацієнту ставало все проблематичніше.

Таким чином, можна зробити припущення, що державний бюджет фінансує виживання інфраструктури і лікарів, а приватні платежі пацієнтів є винагородою за їх реальну працю лікарів. Так, 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.

Частка лікарів в ЗЛП/СМ становлять 3% від загальної їх кількості, і фінансуються 1% витрат на систему охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я України на всіх рівнях є вкрай неефективною у зв'язку з монопольним виробництвом і наданням медичних товарів та послуг. Будь-яка конкуренція на первинному і

вторинному рівнях відсутня. Виходячи зазначеного, за оцінками фахівців, у людини практично немає вибору, особливо у ПМСД і отриманні послуг у лікарні.

Отже ПМСД фактично переведена у статус залишкової функції у сфері надання медичних послуг та медичної допомоги в Україні.

Правила гри на ринку медичної допомоги та медичних послуг, який є недосконалим і нерозвинутим, фактично встановлюють монополісти. Будь-якого дієвого впливу уряду як регулятора, немає. Така інституція як сімейний лікар, у першу чергу приватний, перебуває на початковому етапі розвитку і не є конкурентом монополістам – поліклінікам у наданні ПМСД. Це призводить до суттєвого збільшення вартості медичних послуг і витратності системи охорони здоров'я.

При цьому більше ніж 50% звернень громадян до лікарів є не за адресою. У 75% випадків це не дає жодного результату. Враховуючи неефективність платежів та зазначених дій пацієнтів, існуюча система є достатньо витратною для громадянина, вона вимагає практично вдвічі більше часу для отримання послуг у системі охорони здоров'я.

У зв'язку із зазначеним у проекті бюджету на систему охорони здоров'я у 2012 році необхідно передбачити врахування вимог Постанови Кабінету Міністрів України № 1782 від 31.12.2004 року щодо виділення 23% витрат на ПМСД.

Список використаних джерел

1. Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. – К.: ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.
2. Первичная медико-санитарная помощь: отчет о Междунар. конф. по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 6-12. сент. 1978., Всемирная организация здравоохранения - Женева, 1978. – с. 106.
3. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / за ред. Г.О Слабкого. – К., 2011. – 28 с.
4. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні протягом 2006 – I півріччя 2009 рр. – К., 2009. – 32 с.
5. 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
6. Кириченко І. Соціальне самопочуття: ми його втрачаємо? [Електронний ресурс] /І. Кириченко // Дзеркало тижня – 2011 - 21 трав., № 18. – С. 15. - Режим доступу: dt.ua
7. Hobbs, R.H. Emerging challenges for European general practice / Hobbs R.H // - European Journal of General Practice – 1995. - №1. – p. : 172-175.
8. White K. L. The General Physician: Past and Future /White K.L. // J. gen. int. Med. – 1990. - Vol. 5, №6. – P. 516-521.
9. Лехан В. Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги./ Лехан В. // Главный врач. – 2002. - № 1 (9). - С. 33 - 41.
10. Лехан В.М., Напрямки реформи первинної медико-санітарної допомоги в Україні / Іпатов А.В., Душovenко К.К // Медичні перспективи. – 1996. - № 1 - С. 68 - 71.
11. Проект закону «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [Електронний ресурс]. -Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=&pf3511=40538