

Клініка інтегративної сімейної медицини

За редакцією доктора наук з державного управління,
заслуженого лікаря України
Бориса Лемішка,
доктора медичних наук, професора, академіка
Академії вищої освіти України
Євгенії Заремби
і доктора медичних наук, професора
Андрія Базилевича





Вітаємо редактора монографії й творця реальної моделі «Клініки інтегративної сімейної медицини», кандидата медичних наук, доктора наук з державного управління, головного лікаря комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова, головного спеціаліста із загальної практики – сімейної медицини департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації, члена правління Української асоціації сімейної медицини, доцента кафедри сімейної медицини, дерматології та венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, заслуженого лікаря України, харизматичного лідера колективу медичних працівників

Бориса Богдановича Лемішка

зі славним ювілеєм. Бажаємо міцного здоров'я і подальших творчих успіхів у служінні народу України.

Автори монографії

Світлій пам'яті першопроходців
доцента Ярослава Петровича Базилевича,
головного лікаря Євгена Миколайовича Полатайка
і фундаторів сімейної медицини в Україні
академіка Михайла Петровича Павловського,
професора Володимира Павловича Виговського
присвячується

Автори

Клініка інтегративної сімейної медицини

За ред. доктора наук з державного управління,
кандидата медичних наук,
заслуженого лікаря України Б. Б. Лемішка,
доктора медичних наук, професора,
академіка Академії вищої освіти України Є. Х. Заремби
і доктора медичних наук, професора А.Я.Базилевича

Вельми шановному
Євгену Миколайовичу
з подякою та найкращими
побажаннями
з повагою Б. Лемішка

Львів
2016

К 493

УДК 614.21: 362.17

ББК 53 + 60.53

Л - 492

Рекомендовано до друку науково-інноваційною радою при головному лікареві комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова, протокол №2 від 15.03.2016 року

Рецензенти:

Є. Я. Склярів, доктор медичних наук, професор, зав. каф. терапії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького;

З. О. Надюк, доктор наук з державного управління, професор кафедри кадрової політики і державної служби Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України.

Колектив авторів: Лемішко Б.Б., Заремба Є.Х., Базилевич А.Я., Гришко Р. Ю., Громяцька Н.М., Синютка О. М., Мартинюк І. О., Білий Ю. В., Войтів Ю. Я., Зуб В. І., Гайдучок І. Г., Гдира О. В., Гичка М. М., Гогоша І. П., Камінська Х. А., Ковалишин О.А., Коваль В.І., Коваль С.І., Лабай І. М., Лемішко Г.Б., Лемішко О.Р., Мартинюк Ю.І., Остальська З.Й., Сеньків О.І., Фуртак І.І., Хабаль С.Й., Холодзьон О. С., Чечотка Б. Р.

Клініка інтегративної сімейної медицини; за ред. доктора наук з державного управління, кандидата медичних наук Б. Б. Лемішка, доктора медичних наук, професора, академіка Академії наук вищої освіти України Є.Х.Заремби і доктора медичних наук, професора А.Я. Базилевича. – Львів: Кепешук П.М., 2016. – 350 с.

У монографії подана модель клініки інтегративної сімейної медицини, опрацьована на засадах комплексного механізму державного управління процесом реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та її розвитком на регіональному рівні й на рівні місцевого самоврядування щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових і відновлення здоров'я хворих людей різних вікових груп.

Видання розраховано на фахівців загальної практики – сімейної медицини, студентів, лікарів-інтернів і викладачів вищих медичних навчальних закладів, а також державних службовців, які здійснюють управління системою охорони здоров'я в Україні.

ISBN 978-966-2763-75-1

о Лемішко Б.Б., Заремба Є.Х.,
Базилевич А.Я., 2016

| | <i>стор.</i> |
|---|--------------|
| Зміст | 3 |
| Перелік умовних скорочень | 5 |
| Вступ | 7 |
| Розділ 1. Історичні та методологічні аспекти розвитку сімейної (родинної) медицини | 10 |
| 1.1. Запровадження та розвиток родинної медицини в Україні | 10 |
| 1.2. Зарубіжний досвід функціонування інституту сімейної медицини | 28 |
| 1.3. Превентивна медицина і сімейний лікар | 35 |
| 1.4. Підготовка фахівців родинної медицини | 39 |
| 1.5. Державне управління системою охорони здоров'я | 43 |
| Розділ 2. Державне управління розвитком системи охорони здоров'я на регіональному рівні | 52 |
| 2.1. Політичний механізм державного управління розвитком сімейної медицини на регіональному рівні | 53 |
| 2.2. Економічний механізм державного управління розвитком сімейної медицини | 67 |
| 2.2.1. Сімейна та страхова медицина в Україні, форми медичного страхування | 74 |
| 2.3. Мотиваційний механізм державного управління медичною допомогою в клініці інтегративної родинної медицини | 85 |
| 2.3.1. Маркетинг в сімейній медицині | 92 |
| 2.4. Нормативно-правове забезпечення державного управління реформуванням системи охорони здоров'я | 98 |
| 2.4.1. Правовий механізм державного управління закладами охорони здоров'я Львівської області, що надають первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини | 110 |
| 2.4.2. Правове регулювання трудових відносин у зв'язку із розмежуванням системи охорони здоров'я між районом і об'єднаними територіальними громадами | 119 |
| Розділ 3. Організаційні засади родинної медицини | 125 |
| 3.1. Організація надання первинної медичної допомоги сімейними лікарями на регіональному рівні | 126 |
| 3.2. Інтегративна роль сімейного лікаря в клініці родинної медицини | 142 |
| 3.3. Місцеве самоврядування, територіальна громада і родинна медицина | 148 |
| 3.4. Створення громадської системи охорони здоров'я на базі інтегративної родинної медицини в умовах децентралізації | 169 |
| 3.5. Надання первинної медичної допомоги на засадах інтегративної сімейної медицини в об'єднаних територіальних громадах | 175 |
| 3.5.1. Порядок передачі закладів охорони здоров'я (підрозділів), переведення працівників | 176 |
| 3.5.2. Основні етапи та бюджетні засади формування мережі закладів охорони здоров'я об'єднаних територіальних громад | 180 |

| | |
|--|------------|
| 3.5.3. Прикладне значення інтегративної функції фахівців сімейної медицини | 185 |
| Розділ 4. Функціональна модель клініки інтегративної родинної медицини | 194 |
| 4.1. Модель центру первинної медичної допомоги у складі клініки | 195 |
| 4.2. Консультативний лікувально-діагностичний центр клініки інтегративної родинної медицини | 198 |
| 4.3. Участь лікарів-спеціалістів у наданні інтегрованої медичної допомоги в клініці | 207 |
| 4.4. Центр стаціонарної допомоги в клініці інтегративної сімейної медицини | 211 |
| 4.4.1. Положення про центр стаціонарної допомоги клініки інтегративної родинної медицини | 214 |
| 4.4.2. Поліпрофільні денні стаціонари клініки родинної медицини | 217 |
| 4.4.3. Особливості надання стаціонарної допомоги в домашніх умовах | 220 |
| 4.5. Хоспісна допомога хворим у домашньому стаціонарі | 224 |
| Розділ 5. Якість і ефективність первинної медичної допомоги в клініці інтегративної сімейної медицини | 229 |
| 5.1. Методи державного управління якістю первинної медичної допомоги в клініці інтегративної родинної медицини | 230 |
| 5.2. Безперервний професійний розвиток фахівців родинної медицини | 256 |
| 5.2.1. Використання безперервного професійного розвитку фахівців сімейної медицини у світі | 256 |
| 5.2.2. Становлення державного управління безперервним професійним розвитком лікарів в Україні | 263 |
| 5.2.3. Безперервний професійний розвиток фахівців центру первинної медичної допомоги | 272 |
| 5.3. Інновації в управлінні роботою фахівців родинної медицини | 280 |
| 5.4. Засади державного управління модернізаційним розвитком сфери первинної медичної допомоги на регіональному рівні | 288 |
| Післямова | 296 |
| Список використаних джерел | 302 |
| Додатки | 330 |

Перелік умовних скорочень

| | |
|-----------|---|
| АГ | - артеріальна гіпертензія |
| АСК | - ацетилсаліцилова кислота |
| АСМ | - амбулаторія сімейної медицини |
| АТ | - артеріальний тиск |
| БКУ | - Бюджетний кодекс України |
| БПР | - безперервний професійний розвиток |
| ВВМД | - відділення вторинної медичної допомоги |
| ВОЗ | - відділ охорони здоров'я |
| ВООЗ | - Всесвітня організація охорони здоров'я |
| ВПА | - внутрішньополіклінічний аудит |
| ВРУ | - Верховна Рада України |
| ВУЛТ | - Всеукраїнське лікарське товариство |
| ГІМ | - гострий інфаркт міокарда |
| ГКС | - гострий коронарний синдром |
| ГХ | - гіпертонічна хвороба |
| ДГІМ | - диспансеризовано на ГІМ протягом звітного періоду |
| ДДС | - децентралізований домашній стаціонар |
| ДМС | - добровільне медичне страхування |
| ДСК | - денний стаціонар клініки |
| ДОЗ | - департамент охорони здоров'я |
| ДСП | - денний стаціонар поліклініки |
| ЭКЛ ЗП-СМ | - загальна кількість лікарів, які працюють в ЗОЗ ЗП-СМ |
| ЗОЗ | - заклад охорони здоров'я |
| ЗП-СМ | - загальна практика-сімейна медицина |
| ІАЦ | - інформаційно-аналітичний центр |
| ІГІМ | - кількість хворих на ГІМ, по яких отримано інформацію щодо лікування в спеціалізованих ЗОЗ |
| ІХС | - ішемічна хвороба серця |
| КГІМ 2 | - кількість хворих на ГІМ, які були госпіталізовані протягом 2 год. від початку ГКС |
| КЕКГ | - кількість ЕКГ, які були зроблені хворим на ГКС протягом 30 хв. |
| КЗпП | - Кодекс законів про працю України |
| КМКП | - комунальна 5-а міська клінічна поліклініка м. Львова |
| КМУ | - Кабінет Міністрів України |
| КО | - кредитна одиниця |
| КП | - комунальне підприємство |
| КТУ | - коефіцієнт трудової участі |
| ЛЗП-СЛ | - лікар загальної практики-сімейний лікар |
| ЛНМУ | - Львівський національний медичний університет |
| ЛОДА | - Львівська обласна державна адміністрація |
| ЛОР | - Львівська обласна рада |
| ЛНМД | - локальний протокол медичної допомоги |
| МКР | - модель кінцевих результатів |

| | |
|----------|--|
| МОЗ | - Міністерство охорони здоров'я |
| МП | - міська поліклініка |
| МСЕК | - медико-соціальна експертна комісія |
| МУОЗ | - міське управління охорони здоров'я |
| НІР | - науково-інноваційна рада |
| НМД | - невідкладна медична допомога |
| ОДА | - обласна державна адміністрація |
| ОЗ | - охорона здоров'я |
| ОІГІМ | - отримання інформації про хворих на ГІМ та їх лікування |
| ОМС | - обов'язкове медичне страхування |
| ОТГ | - об'єднана територіальна громада |
| ПКВ | - перкутанне коронарне втручання |
| ПЛП | - приватне лікарське підприємство |
| ПМД | - первинна медична допомога |
| ПМСД | - первинна медико-санітарна допомога |
| ПНМД | - пункт невідкладної медичної допомоги |
| РЛ | - родинний лікар |
| РМ | - родинна медицина |
| СЛ | - сімейний лікар |
| СЛА | - сільська лікарська амбулаторія |
| СМ | - сімейна медицина |
| СОЗ | - система охорони здоров'я |
| ФАП / ФП | - фельдшерсько-акушерський пункт / фельдшерський пункт |
| ХОЗЛ | - хронічне обструктивне захворювання легень |
| ЦДС | - централізований домашній стаціонар |
| ЦРЛ | - центральна районна лікарня |
| ЦСД | - центр стаціонарної допомоги |
| ЦПМД | - центр первинної медичної допомоги |
| ЧД | - частота дихань |
| ЧНЛПМД | - частота наявних ЛПМД хворим на ГКС з елевацією сегмента ST |
| ЧСС | - частота серцевих скорочень |
| ШМД | - швидка медична допомога |
| ШПОЕ | - швидкість осідання еритроцитів |
| ЯМД | - якість медичної допомоги |
| WONCA | - Всесвітня організація сімейних лікарів |

ВСТУП

Проголошення Україною незалежності та її розбудова як демократичної, соціальної та правової держави породили проблеми послідовної цілеспрямованої трансформації як суспільства загалом, так і окремих сфер його життєдіяльності, що цілком відноситься й до складної системи охорони здоров'я (СОЗ), як найважливішої сфери життєдіяльності суспільства.

Становлення громадянського суспільства в Україні – це багатовимірна проблема, яка стоїть також перед всім цивілізованим світом. Вирішення її передбачає трансформацію економічної, політичної, соціокультурної, духовної та морально-етичної діяльності територіальних громад, суспільства і держави.

Складна ситуація, в якій опинилася сфера охорони здоров'я (ОЗ) України, потребує суттєвих змін, а трансформаційні процеси, що відбуваються в різних сферах життя українського соціуму, зумовлюють необхідність реформування системи охорони здоров'я.

Стратегічною метою реформ у СОЗ повинно бути підвищення якості та ефективності медичної допомоги. Це є особливо актуальним для України саме тому, що в національній системі охорони здоров'я ще не подолано істотного розриву між якістю медичних послуг та видатками на фінансування сфери.

У чинних нормативно-правових документах щодо стратегічного розвитку системи охорони здоров'я в Україні одним з основних пріоритетів визнано розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) на засадах сімейної медицини (СМ) з валеологічним і профілактичним спрямуванням роботи закладів загальної практики – сімейної медицини. Оскільки первинна медико-санітарна допомога є базовим рівнем надання медичної допомоги в усьому світі та в Україні, її кардинальне реформування вимагає суттєвих змін функціональних моделей лікувальних закладів другого і третього рівнів. На цьому акцентується увага в законах України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (2011 р.) і «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (2011 р.).

Проблеми державного управління сферою охорони здоров'я були предметом наукових досліджень таких українських учених: Я.П. Базилевича, А.Я. Базилевича В.Д. Бакуменка; М.М. Білинської, Ю.В. Вороненка, І.Д. Герича, М.В. Гладія, З.С. Гладуна, Р.Ю. Грицька, Д.М. Джафарової, Є.Х. Заремби, В.В. Загороднього, Д.В. Карамишева, В.М. Князевича, Б.Б. Лемішка, В.М. Лехан, В.Ф. Москаленка, З.О. Надпока, Я.Ф. Радіша, В.М. Рудого, О.І. Сердюка, І.М. Солоненка та ін.). Проте, незважаючи на глибину розробки даної проблематики і не применшуючи вагомості й значущості внеску вказаних вчених, зазначимо, що теоретичні і практичні аспекти державного управління сферою медичної допомоги у процесі її реформування на засадах сімейної медицини в Україні досліджені недостатньо. Проблема удосконалення структури закладів ПМД системою охорони здоров'я у процесі реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини ще не стала предметом окремого комплексного дослідження.

Кардинальне реформування вимагає суттєвих змін структурно-функціональних моделей лікувальних закладів другого і третього рівнів надання медичної допомоги. Потребує удосконалення чинної нормативно-правова база щодо державного управління процесом надання первинної медичної допомоги, функціонування інституту сімейної медицини. Залишається невирішеною проблема забезпечення якості медичної допомоги та ролі держави у цьому процесі. Зважаючи на сучасні реалії українського суспільства – загострення соціально-економічних проблем, демографічні проблеми – також потребує удосконалення мотиваційний механізм у державному управлінні сферою охорони здоров'я. Відповідно до наведених вище законів перехід до надання первинної медичної допомоги виключно на засадах сімейної медицини передбачено лише з 2020 року. На перехідний період до 2020 року останнім із названих вище законом визначено створення центрів первинної медичної допомоги як структурно відокремлених закладів охорони здоров'я. Це входить у протиріччя з функціональним забезпеченням якісної первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Тому здійснення реформування первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини потребує подальшої оптимізації шляхом поєднання комплексного впливу механізмів державного управління на цей процес.

Конституційне право на охорону здоров'я і медичну допомогу є найважливішим правом громадянина України. Саме тому прямим і найважливішим обов'язком держави є піклування про здоров'я людини та забезпечення його охорони згідно із Загальною Декларацією прав людини, Європейською соціальною хартією, Міжнародним пакетом про економічні, соціальні та культурні права.

Як засвідчує досвід економічно розвинутих країн, для кардинального реформування медичної сфери потрібні такі зміни, які б спрямовувались на створення якісно нової системи охорони здоров'я з додатковим залученням фінансів і введенням обов'язкового державного медичного страхування, подальшого розвитку добровільного медичного страхування (ДМС), легалізації платежів громадян, технічне переоснащення закладів і перетворення їх в некомерційні підприємства, підвищення якості медичної допомоги на основі її доступності широким верствам мешканців територіальних громад, керованості з боку родинних лікарів, профілактичної спрямованості, жорсткої стандартизації надання допомоги медичними кадрами та доказовості на основі протокольної системи медичних послуг.

Названі зміни можуть успішно реалізуватися на рівні первинної медичної допомоги лише у таких інтегрованих закладах, як клініки інтегративної родинної медицини, в яких фахівці родинної медицини працюють у центрах первинної медичної допомоги, що входять у якості підрозділів до клініки. При цьому сімейні лікарі виступають інтеграторами вузькопрофільних спеціалістів, що надають їм постійну консультативну лікувально-діагностичну пацієнторієнтовану допомогу в консультативному лікувально-діагностичному центрі та центрі стаціонарної допомоги на долікарняному етапі.

В умовах ринкової економіки горизонтальна і вертикальна інтеграція малих підприємств, які надають медичні послуги, сприяє залученню додаткових ресурсів і сталому їх розвитку, що показано на прикладі моделі комунальної 5-ої міської

клінічної поліклініки м. Львова, яка забезпечує окрім лікувальної та профілактичної первинної медичної допомоги територіальній громаді одного з адміністративних районів міста, також значну навчальну і науково-інноваційну роботу силами родинних лікарів, медичних сестер і спеціалістів вузьких профілів, які інтегровані в одному закладі охорони здоров'я, що називається клініка інтегративної сімейної медицини.

Клініка – це заклад охорони здоров'я будь-якої форми власності, в якому окрім надання діагностичної, профілактичної та лікувально-реабілітаційної допомоги населенню проводиться науково-дослідницька і навчально-педагогічна робота.

Така модель клініки вперше опрацьована в Україні та апробована протягом 12 років авторами монографії у комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова на основі наукових механізмів державного управління процесами формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп, первинної та вторинної профілактики найпоширеніших в сучасному суспільстві захворювань, а також лікування хворих на догоспітальному етапі та їх медико-соціальної реабілітації.

У проведенні досліджень і реалізації науково-інноваційних перетворень в комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова щодо створення діючої моделі клініки інтегративної сімейної медицини та її практичної апробації брали активну участь всі лікарі та медичні сестри закладу, за що колектив авторів висловлює їм щире подяку.

Автори усвідомлюють, що перша у вітчизняній літературі монографія на тему інтегративної сімейної (родинної) медицини в Україні, в якій узагальнені наукові дослідження з механізмів державного управління розвитком первинної медичної допомоги на засадах інтегративної сімейної медицини та створення відповідної клініки, не позбавлена недоліків. Тому вони з вдячністю приймуть і врахують всі критичні зауваження, що будуть спрямовані на усунення виявлених недоліків.

РОЗДІЛ 1

ІСТОРИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ
(РОДИННОЇ) МЕДИЦИНИ

Однією з найскладніших і найкоштовніших сфер соціальної політики в будь-якій державі є охорона здоров'я, неефективність якої створює все більшу загрозу соціальному та економічному розвитку країни. Реформування її та участь громадськості в державному механізмі управління цим процесом сприяють ефективному створенню системи громадської охорони здоров'я, що є важливою складовою громадянського суспільства, як четвертої стадії суспільного розвитку [127, с. 10; 176, с. 4-12; 177, с. 42-45; 180, с. 35-39].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила політичну суть державного управління охороною здоров'я в Європі у своїй стратегії "Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні" ("Здоров'я для всіх") як фундамент її розвитку. Завданням 15 цього документу передбачено [103]:

- наявність як мінімум у 90 % країн Європейського регіону комплексних первинних медико-санітарних служб, що забезпечують наступність надання первинних медико-санітарних послуг через ефективну і виправдану з економічної точки зору систему консультацій із забезпеченням зворотного зв'язку з боку вторинного і третинного рівнів лікарняних служб;

- наявність у 90 % країн Європейського регіону сімейних лікарів і медичних сестер, які є основною складовою інтегрованої первинної медико-санітарної допомоги;

- наявність у 90 % країн Європейського регіону медико-санітарних служб, що забезпечують індивідуальну участь окремих громадян і визнають населення в якості одного із учасників процесу надання первинної медико-санітарної допомоги.

1.1. Запровадження та розвиток родинної медицини в Україні

Фундаментальною сферою всієї системи охорони здоров'я в Україні визнана ПМСД, яка найактивніше сприяє формуванню, збереженню і зміцненню не лише індивідуального здоров'я населення, але й робить найбільший внесок у формування громадського здоров'я [8, с. 16; 12, с. 61-62; 25, с. 32; 35, с. 81; 46, с. 163; 93, с. 226].

Вона несе найбільшу відповідальність за втрати здоров'я, визначає ефективне використання ресурсів охорони здоров'я і задоволення вимог населення країни системою охорони здоров'я [3, с. 123 – 146; 9, с. 9 - 10; 73, с. 1 - 5].

На ПМСД в Україні покладається вирішення таких завдань [304]:

- діагностика і лікування (до одужання чи повної компенсації) хворих на найбільш поширені захворювання, в т. ч. і не терапевтичного профілю;

- долікування хворих після одержання медичної допомоги на вторинному і третинному рівнях;

- цільове направлення хворих у спеціалізовані чи високоспеціалізовані заклади для одержання медичної допомоги у випадках, які виходять за межі компетенції лікарів закладу ПМСД;

- проведення комплексу профілактичних заходів, спрямованих на формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей;

- диспансеризація хворих і здорових людей з орієнтацією на донозологічну і ранню позологічну діагностику, а також медико-соціальну профілактику;

- надання невідкладної медичної допомоги.

Практично кожна національна система охорони здоров'я має первинну медико-санітарну допомогу, однак її підрозділи та фахівці розташовані у різних структурах системи. В Україні ПМСД сконцентрована переважно в амбулаторно-поліклінічних закладах [312].

Вона організується за територіальною ознакою і це є найбільш раціональним підходом до її удосконалення [71]. Саме цей принцип функціонування первинної медико-санітарної допомоги дає змогу найефективніше переводити цю систему надання медико-санітарної допомоги на принципи сімейної медицини [220, с. 147-150; 246, с. 150-153].

У більшості розвинених країн у наш час ПМСД ґрунтується на засадах сімейної медицини. Зумовлено це тим, що на початку 90-х років минулого сторіччя у системах охорони здоров'я європейських країн відбулися значні зміни, які були викликані стрімким зростанням витрат на охорону здоров'я і постарінням населення [279]. Отже, потреба економії коштів держав і пацієнтів, на думку Ю. В. Вороненка і співавторів [304], була однією з пріоритетних передумов упровадження сімейної медицини у систему ПМСД. Н. Г. Гойда [45, с. 11-13] вважає, що реформування ПМСД на засадах сімейної медицини в Україні було зумовлено внутрішньогалузевими чинниками, найважливішими з яких були такі:

- диспропорція в розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги, як наслідок екстенсивного в минулому розвитку системи ОЗ;

- активне здійснення "вузької" спеціалізації медичної допомоги, яка розглядалась як вирішальний засіб поліпшення якості медичного обслуговування;

- перекоси у фінансуванні галузі: на утримання амбулаторно-поліклінічних закладів, де починають і закінчують лікування близько 80 % пацієнтів, витрачалось до 20 % усіх асигнувань на охорону здоров'я, в т. ч. на ПМСД – лише 5 %.

У результаті зазначених диспропорцій відбулося суттєве звуження функцій, зниження ролі, зменшення авторитету і престижу дільничних лікарів терапевтів і педіатрів, втрата комплексності та наступності в наданні ПМСД, а також зниження ефективності профілактичної та диспансерної роботи.

Саме прорахунки у розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної, первинної, вторинної та третинної медичної допомоги є однією з основних причин, що вимагало реорганізації СОЗ на основі пріоритетного розвитку ПМСД на засадах СМ та оптимізації спеціалізованої й високоспеціалізованої медичної допомоги [271].

У кінці 80-х років минулого сторіччя розгорнулась значна робота в різних країнах з реформування національних систем охорони здоров'я. Це пов'язувалось з неефективністю існуючих на той час моделей системи охорони здоров'я щодо

забезпечення надання економічно вигіднішої та якіснішої медичної допомоги, яка могла б задовільнити надії населення [85, с. 58-60; 90, с. 9; 95, с. 229].

Численні недоліки вітчизняної охорони здоров'я пов'язувались з недосконалою організацією і якістю первинної медико-санітарної допомоги. Проблеми якості медичної допомоги як окремого громадянина, так і кожної родини та населення України в цілому, можна було вирішити лише за умов творчого використання досвіду міжнародної спільноти. Такий досвід розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на той час у розвинутих країнах уже був. І він полягав у реформуванні первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, що виявилась найсоціалізованішою сферою системи охорони здоров'я економічно розвинутих країн. Вона ставала найефективнішою та найбільш економічно вигідною ланкою національних систем охорони здоров'я, що виконувала їх головну функцію – формування, збереження, зміцнення здоров'я громадян сучасних держав і захищала споживачів медичних технологій від наживи з боку фахівців спеціалізованих видів медичної допомоги. При цьому фахівцями сімейної медицини надавалась не лише медична, але й соціальна допомога населенню. Обов'язковою умовою системи ПМСД на засадах СМ ставав принцип, який був на той час відсутній у вітчизняній системі охорони здоров'я: пацієнт чи родина перебували під медичною опікою однієї довіреної особи, до якої вони звертались багато років поспіль з усіма медико-соціальними проблемами. Такою особою ставав сімейний лікар [150, с. 34-35; 153; 169, с. 10-11; 172, с. 234].

Дискусія, що точилася у всіх країнах світу, встановила, що типовими помилками того часу було скорочення частки витрат у національних системах охорони здоров'я на первинну медико-санітарну допомогу, якою реально користувались 80-90 % хворих людей. Тому тенденція до зменшення на той час кількості лікарів первинної ланки та падіння їх престижу було визнано серйозною загрозою щодо раціонального використання кадрових ресурсів охорони здоров'я [187, с. 16-19; 188, с. 1-5].

Численні недоліки української системи охорони здоров'я були зумовлені також недосконалою організацією первинної медико-санітарної допомоги. Неякісні форми диспансеризації при хронічних захворюваннях, коли одного пацієнта спостерігали 3-4 спеціалісти, відслідковуючи кожний з них тільки свою хворобу, призвели до втрати медичними працівниками хворої людини [205, с. 21-22; 206, с. 17-18; 211, с. 31-33].

Тенденція надмірної спеціалізації призвела до дискваліфікації дільничного терапевта і перетворила його на диспетчера в державній системі охорони здоров'я України. В результаті цього розпочинали та закінчували своє лікування на рівні первинної медико-санітарної допомоги лише 18-26 % хворих, а не 80-90 %, як це відбувалося у всьому світі [227, с. 55].

Ці та інші обставини спричинили пошуки вченими і працівниками практичної охорони здоров'я Львівщини нових механізмів реформування первинної медико-санітарної допомоги. Таким інноваційним на той час організаційним методом державного управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги було запровадження сімейної медицини. На пропозицію вчених і організаторів охорони

здоров'я Львова Міністерство охорони здоров'я України своїм наказом від 15.09.1988 р. дозволило розпочати перший на теренах колишнього СРСР медико-соціальний експеримент щодо започаткування сімейної медицини в Україні на базі поліклініки № 2 м. Львова. Ініціатором проведення цього експерименту виступили доцент Я. П. Базилевич, головний лікар поліклініки № 2 м. Львова Є. М. Полатайко, професор М. П. Павловський, доцент І. О. Мартинюк й інші вчені та працівники системи охорони здоров'я Львівщини [225, с.10; 239, с. 25-30; 242, с. 3-4; 259, с. 1-15; 306, с. 40-41].

Попередньо були опрацьовані концепція переходу до надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, професіограма і кваліфікаційні характеристики фахівців сімейної медицини; науково обгрунтовані форми і методи підготовки сімейних лікарів і медичних сестер з урахуванням рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [101; 309, с. 1-44; 322, в. 129-133; 346, с. 127].

Однак, упровадження СМ на Львівщині проходило не так успішно, як цього бажали засновники проекту. Було певне нерозуміння нововведень як серед населення, так і серед частини організаторів охорони здоров'я. На початку недостатньою була підтримка експериментальних заходів і з боку Міністерства охорони здоров'я Української РСР, а згодом і незалежної України.

З метою доведення суспільної та фахової важливості сімейної медицини для системи охорони здоров'я країни проводилась значна роз'яснювальна робота серед населення про переваги сімейної медицини. Потрібно було також наполегливо переконувати й керівництво Міністерства охорони здоров'я України. У 1989 році було проведено розширену нараду науковців регіону і працівників охорони здоров'я щодо реалізації експерименту "Сімейний лікар". Матеріали цієї наради видані окремою збіркою і містять 32 роботи, що були першими науковими розвідками у сфері сімейної медицини у колишньому СРСР [11, с. 12-13; 205, с. 21-22; 225, с. 10-11].

Тривалий час вирішення багатьох проблем комплексного механізму управління масштабним медико-соціальним експериментом і реалізацією практичних завдань ПМСД на засадах сімейної медицини трималося лише на ініціативі науковців і медичних працівників Львівщини [24, с. 27-31; 133].

З 1988 до 1992 р. на базі другої міської поліклініки міста Львова проходило вивчення трьох технологічних варіантів механізму управління переходом первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини.

За першим варіантом механізму перехід від територіально-дільничного принципу до сімейного відбувався поступово. На першому етапі такої технології реструктуризації сімейні лікарі починали надавати допомогу всім мешканцям дільниць, старшим 7 років; на другому – старшим 3 років і лише на третьому – з дня народження дітей. Кожний такий етап запровадження сімейної медицини у поліклініці № 2 міста Львова під час експерименту тривав 1-2 роки.

Другий варіант передбачав одночасний перехід окремих лікарів, які мали відповідну підготовку і практичний досвід роботи на посадах дільничних терапевтів чи педіатрів, до надання первинної медико-санітарної допомоги за сімейним

принципом усім мешканцям територіальної дільниці, включаючи дітей з дня їх народження.

Третій варіант механізму переходу дільничних терапевтів і педіатрів на принципи сімейної медицини розпочинався з першого варіанту такої трансформації. Тобто, до сімейного лікаря переходили всі мешканці дільниці старші 7-річного віку, яким він надавав первинну медико-санітарну допомогу впродовж 1-го року, а надалі переходив до надання такої допомоги всім мешканцям дільниці, починаючи з дня народження дітей. При такому варіанті до надання первинної медико-санітарної допомоги дітям з дня їх народження переходили лише ті дільничні лікарі, які мали попередню відповідну підготовку і практичний досвід роботи з педіатрії.

У 1990 р. поліклініка № 2 м. Львова перейшла до надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини населенню, починаючи з 7-річного віку, а у 1992 р. відкрито відділення сімейних лікарів і у Дрогобицькій центральній міській поліклініці [24, с. 27-31; 322, с. 129-133].

Паралельно з проведенням експерименту щодо реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у Львівських медичних навчальних закладах проходила підготовка фахівців сімейної медицини. На факультеті удосконалення лікарів і провізорів Львівського державного медичного інституту в 1989/90 навчальному році проведено два експериментальні цикли з перепідготовки дільничних терапевтів і педіатрів за опрацьованою у місті Львові оригінальною програмою “Лікар загальної практики/сімейний лікар”. У тому ж навчальному році за опрацьованими у Львівському державному медичному інституті програмами розпочалося навчання студентів VI курсу лікувального факультету (субординаторів) і лікарів-інтернів за спеціальністю “загальна практика – сімейна медицина”. Проводилось також навчання медичних сестер сімейної медицини [173, с. 1-23; 239, с. 1-30; 311, с. 1-50].

Проведений Міністерством охорони здоров'я в 1991 р. Всеукраїнський семінар з питань розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини схвалив результати експерименту з реорганізації ПМСД на принципах СМ у другій поліклініці міста Львова і рекомендував запроваджувати сімейну медицину в усіх регіонах України.

Кафедрами Львівського державного медичного інституту проводилось також навчання дільничних терапевтів і педіатрів за 200-годинною програмою з сімейної медицини без відриву їх від основної роботи. До цієї програми були включені питання з патології дитячого віку, терапії, неврології, акушерства і гінекології, хірургії, отоларингології тощо.

Важливим чинником у подальшому розвитку сімейної медицини на Львівщині було прийняття Верховною Радою України Закону “Основи законодавства України про охорону здоров'я”, в якому однією зі статей визначені правові, соціальні та економічні передумови переходу первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини, підґрунтям чого слугували здобутки сімейної медицини Львівщини [13, с. 19 – 20; 197; 205, с. 21 – 22].

Результати експерименту почали поширюватись в інших регіонах. Враховуючи важливість надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, керівництво області підтримало його результати, отримані у

процесі медико-соціального експерименту. Представником Президента України у Львівській області у 1993 р. було видано розпорядження "Про впровадження у Львівській області первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини", на основі якого опрацьована обласна програма "Сімейна медицина", яка почала реалізуватись у багатьох районах області [8, с. 16-17; 24, с. 27-31; 84, с. 1-5; 115, с.57]. Це була перша спроба створення комплексного механізму державного управління розвитком сімейної медицини на регіональному рівні.

З метою систематичної підготовки сімейних лікарів на додипломному етапі та проведення наукових досліджень у галузі сімейної медицини наказом ректора Львівського державного медичного інституту у 1993 р. була створена перша в Україні кафедра поліклінічної справи і сімейної медицини, на якій почалося навчання студентів VI курсу лікувального факультету. А через 2 роки кафедра терапії № 2 факультету післядипломної освіти реорганізована в кафедру сімейної медицини, на якій розпочато систематичну підготовку сімейних лікарів з колишніх терапевтів і педіатрів. На першу в Україні кафедру сімейної медицини на факультеті післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького покладено функції наукового і навчально-методичного центру з питань подальшого розвитку сімейної медицини [84, с. 1-5; 164, с. 64; 217, с. 43].

У листопаді 1995 р. з метою подальшого розвитку сімейної медицини і захисту прав сімейних лікарів на установчих зборах було засновано асоціацію сімейних лікарів Львівщини, до якої увійшло 150 осіб. Вона налагодила тісні фахові стосунки з сімейними лікарями Великої Британії, Сполучених Штатів Америки, Франції, Бельгії, Польщі, Чехії та інших країн [138].

Основними напрямками роботи асоціації сімейних лікарів стало поглиблення теоретичних знань і практичних навичок фахівців сімейної медицини з різних сфер медицини. Найважливішими засобами формування нового фахівця стала організація лекцій висококваліфікованих педагогів ЛНМУ, провідних університетів Великобританії, Сполучених Штатів Америки, Німеччини, Бельгії тощо; проведення навчально-методичних семінарів, круглих столів, науково-практичних конференцій з метою запровадження сучасних науково-інноваційних технологій з діагностики, профілактики захворювань, їх лікування і медико-соціальної реабілітації хворих [127, с. 23; 174, с. 46].

Проводились спільні семінари, круглі столи та творчі зустрічі з сімейними лікарями Англії, Сполучених Штатів Америки. Особливо часто сімейні лікарі міста Львова і області зустрічались з американським сімейним лікарем українського походження Ігорем Галярником і англійцем Йосипом Мулькою. Вони на новітньому рівні висвітлювали нашим фахівцям проблеми сімейної медицини в юридичному, економічному, психологічному аспектах, що особливо було цінним на той час вітчизняним фахівцям, оскільки попередні навчальні програми підготовки лікарів не приділяли уваги цим питанням, які гостро поставали у повсякденній практиці сімейних лікарів.

Важливою подією в розвитку сімейної медицини Львівщини було проведення розширеної колегії Міністерства охорони здоров'я України 26.05.1998 р. в місті Трускавці на тему "Шляхи реформування охорони здоров'я на обласному рівні". В роботі цієї колегії взяли участь начальники обласних управлінь охорони

здоров'я, головні лікарі обласних лікарень, головні спеціалісти головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації [41, с. 7-9; 172, с. 234; 333, с. 10-19].

У доповіді першого заступника начальника головного управління охорони здоров'я Львівської облдержадміністрації Н. Т. Мельник зазначалось, що на той час в області вже працювало 118 сімейних лікарів, 40 з яких надавали ПМСД населенню, включаючи дітей з дня їх народження [172, с. 26].

Зверталась увага учасників колегії на переваги в роботі сімейних лікарів. Якщо функція дільничного терапевта складала 5300, то функція сімейного лікаря – 7925, кількість викликів у дільничного терапевта – 1520 на рік, то у сімейного лікаря – 3976. У вихідні та святкові дні виклики на швидку допомогу від населення з дільниць сімейних лікарів майже не надходили.

Сімейні лікарі Львівщини на той час виставляли до 40 % діагнозів лікарів-спеціалістів і направляли на консультації до вузьких спеціалістів у 2,5-3 рази рідше, ніж дільничні терапевти. Рівень госпіталізації у сімейного лікаря був у 3-4 рази нижчий, ніж у дільничного терапевта, а кількість домашніх стаціонарів переважала в 1,5 рази (130 у сімейних лікарів при 83 – у дільничних терапевтів). В амбулаторіях і відділеннях сімейної медицини ліпше проводилась вакцинація населення і всі види профілактичних оглядів, практично відсутні випадки туберкульозу легенів і запущені випадки онкозахворювань. Сімейні лікарі забезпечували раннє взяття на облік 92 % вагітних, а у 45 % жінок фертильного віку – контрацепцію. Вони активно проводили навчання підлітків принципам безпечної статевої поведінки.

Населення оцінювало професійний рівень сімейних лікарів вище і висловлювало більше задоволення послугами сімейних лікарів, ніж дільничних терапевтів і педіатрів. Пацієнти сімейних лікарів рідше висловлювали бажання змінити сімейного лікаря, ніж дільничного терапевта чи педіатра [71, с. 34].

На основі проведених Д. М. Джафаровою [72, с. 15] досліджень на базі 1-ої міської клінічної лікарні міста Львова імені Князя Лева зроблені висновки про зменшення витрат економічних ресурсів при переході первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини. Показано, що вартість одного візиту пацієнта до сімейного лікаря в амбулаторії сімейної медицини в 1,5 рази менша, ніж у поліклініці.

Профілактичні огляди населення сімейними лікарями проводились переважно вдома при відвідуванні сімей. Переорієнтація населення на сімейних лікарів проходила переважно без особливих ускладнень на тих дільницях, де залишались ті лікарі, які працювали раніше дільничними терапевтами чи педіатрами. Упродовж місяця сімейний лікар обслуговував виклики вдома у такому співвідношенні: активні – 60-70 %, пасивні – 30-40 %.

У рішенні колегії Міністерства охорони здоров'я України від 26 травня 1998 р. зазначалось, що одним із пріоритетних напрямів удосконалення існуючої системи охорони здоров'я є перехід до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Колегія схвалила діяльність головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації з реорганізації первинної медико-санітарної допомоги в області шляхом розвитку сімейної

медицини і рекомендувала впроваджувати цей досвід у всіх областях [284, с. 17; 289, с.41-45; 296, с. 76-78].

Активна і ефективна реалізація принципів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у Львівській області впродовж тривалого часу, неодноразова демонстрація її переваг і досягнень на різних форумах і у владних структурах сприяли зміцненню і поширенню ідеї реформування першого рівня національної системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини в інших регіонах України та прийняттю постанови Кабінету Міністрів України “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” від 20 червня 2000 р. № 989 [250] і на її основі наказу Міністерства охорони здоров'я України “Про затвердження окремих документів з питань організації сімейної медицини” від 11.09.2000 р. № 214.

У грудні 2000 р. Указом Президента України № 1313/2000 була затверджена “Концепція удосконалення охорони здоров'я населення України”, в якій серед широкого кола завдань наголошувалося на необхідності здійснення реструктуризації системи охорони здоров'я з розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [251].

Наведені вище нормативні документи сприяли розвитку сімейної медицини в Україні, на чому акцентувалась увага делегатів першого українського з'їзду сімейних лікарів, який відбувся у місті Львові 7-9 листопада 2001 року [176, с. 31; 184, с. 113; 232, с. 14].

У доповіді Міністра охорони здоров'я України В. Ф. Москаленка основними завданнями реформування первинної медико-санітарної допомоги названі такі: створення нормативно-правової бази, наукове обґрунтування і апробація вітчизняних моделей сімейної медицини, психологічна підготовка медичних працівників, керівників лікувально-профілактичних закладів, населення, кадрове, матеріально-технічне забезпечення функціонування закладів сімейної медицини, удосконалення оплати праці сімейних лікарів, підвищення якості надання медичної допомоги та її об'єктивна оцінка, удосконалення управління та його основи – сучасного інформаційного забезпечення [176, с. 1-32].

На час роботи з'їзду в Україні кількість закладів охорони здоров'я, які працювали на засадах сімейної медицини, становила більше 400, а кількість штатних посад сімейних лікарів досягала 850, на яких працювало 726 фахівців. Значне зростання закладів і фахівців сімейної медицини відбулося у 2001 р. під час підготовки до з'їзду сімейних лікарів. Швидкими темпами упроваджувалась сімейна медицина у Львівській, Житомирській, Тернопільській, Хмельницькій, Миколаївській областях та в місті Києві.

На з'їзді обговорювалась “Концепція розвитку сімейної медицини в Україні”, яка ставила за мету поліпшення стану здоров'я населення на основі удосконалення системи медичної допомоги, забезпечення її доступності, наближення до кожної сім'ї, підвищення якості та ефективності при раціональному використанні ресурсів сфери. Вона регламентувала діяльність основних організаційних форм надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини – амбулаторій сімейних лікарів і поліклінік (відділень) сімейної медицини [67, с. 48; 140, с. 103-110; 337, с. 65-70].

Важливими розділами концепції, на переконання Міністра охорони здоров'я України, була також підготовка спеціалістів за фахом “Загальна практика – сімейна медицина”, наукові розробки щодо удосконалення моделей сімейної медицини, вивчення міжнародного досвіду та створення системи моніторингу за розвитком сімейної медицини в країні [344, с. 128].

Ще перед початком з'їзду були опрацьовані та видані такі нормативно-правові документи, що стосувались різних аспектів комплексного механізму державного управління розвитком сімейної медицини, як накази Міністерства охорони здоров'я України “Про проведення позачергової атестації лікарів, переведених на посади лікарів загальної практики – сімейних лікарів” від 11.04.2000 р. № 73 і “Про внесення доповнень до наказів Міністерства охорони здоров'я України” від 23.11.1993 р. № 229 та від 19.12.1997 р. № 359, якими були врегульовані питання проведення атестації сімейних лікарів.

Наказом Міністерства охорони здоров'я “Про внесення доповнень до переліку закладів охорони здоров'я” від 29.12.2000 р. № 372 до номенклатури закладів охорони здоров'я внесено амбулаторію загальної практики - сімейної медицини, а наказом Міністерства охорони здоров'я “Про внесення доповнень до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників” від 01.02.2001 р. №39 номенклатуру середніх медичних працівників поповнено спеціальністю “медична сестра загальної практики – сімейної медицини”. Цими документами затверджувався правовий механізм діяльності закладів і фахівців сімейної медицини.

У процесі підготовки до з'їзду було прийнято низку інших нормативно-правових документів, якими почала регламентуватись діяльність фахівців і закладів сімейної медицини. Так, наказом Міністерства охорони здоров'я “Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини” від 23.02.2001 р. № 72 надано статус офіційних інструментів державного управління положенням про лікаря загальної практики – сімейної медицини, про медичну сестру загальної практики – сімейної медицини, про відділення загальної практики – сімейної медицини, про денний стаціонар і стаціонар вдома; кваліфікаційним характеристикам лікаря зі спеціальності “загальна практика – сімейна медицина”, медичної сестри зі спеціальності “загальна практика – сімейна медицина”.

З міністерством фінансів погоджено розрахунок норм навантаження на фахівців сімейної медицини, і затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я” від 23.02.2000р. № 33. Цим наказом зафіксована в сімейній медицині 1 посада сімейного лікаря на 1500 чоловік дорослого і дитячого населення в містах і на 1200 чоловік – у сільській місцевості, що становило основу організаційного і економічного механізмів державного управління розвитком сімейної медицини.

Розроблені та затверджені наказами Міністерства охорони здоров'я медична облікова документація закладів і фахівців сімейної медицини (від 12.07.2001р. № 283), положення про амбулаторію загальної практики – сімейної медицини, обладнання сумки-укладки лікаря і медичної сестри загальної практики-сімейної медицини, перелік лікарських засобів для закладів (підрозділів) загальної практики-сімейної медицини [255, с. 13-14].

Делегатами I з'їзду сімейних лікарів висловлювалась низка пропозицій щодо реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Так, В. М. Пономаренко і О. М. Ціборовський від Українського інституту громадського здоров'я [232, с. 14] стверджували, що зроблені лише перші кроки у широкому запровадженні сімейної медицини у практику охорони здоров'я, оскільки механізми реорганізації первинної медико-санітарної допомоги населенню передбачають тривалий і складний процес та значний обсяг робіт за участю багатьох виконавців – науковців і практичних працівників системи охорони здоров'я.

Були висловлені пропозиції щодо подушного принципу оплати праці фахівців сімейної медицини, враховуючи особливості їх роботи, весь обсяг профілактичної роботи та відповідальність за стан здоров'я прикріпленого населення. Для підвищення відповідальності закладів первинної медико-санітарної допомоги, що працюють на засадах сімейної медицини, за стан здоров'я населення і його медичне забезпечення пропонувалось розробити та апробувати механізм часткового і повного фондотримання коштів на всю медичну допомогу закладами сімейної медицини і механізми їх розрахунків із закладами вторинного і третинного рівнів.

Пропонувалось також ввести керованість медичною допомогою населення з боку фахівців сімейної медицини, а також зворотній зв'язок між фахівцями різних рівнів медичної допомоги. З метою забезпечення якості роботи фахівців родинної медицини пропонувалось увести стандарти діяльності сімейних лікарів, забезпечити відповідний порядок акредитації закладів і атестації фахівців сімейної медицини.

Кадрове забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги фахівцями родинної медицини високої кваліфікації вимагало переорієнтації додипломної медичної освіти на підготовку фахівців сімейної медицини, створення системи теоретичної та практичної перепідготовки дільничних терапевтів і педіатрів на сімейних лікарів у закладах післядипломної освіти та навчально-практичних центрах сімейної медицини.

Подібні пропозиції щодо подальшого розвитку родинної медицини в Україні висловлювали й інші делегати першого з'їзду сімейних лікарів України [148, с. 11; 341, с. 71].

На час роботи першого з'їзду сімейних лікарів України в амбулаторіях і відділеннях сімейної медицини міста Львова вже працювало 118 сімейних лікарів і 140 медичних сестер ЗПСМ, які надавали ПМСД за принципами СМ 180 тис. населення, що складало 23 % населення міста. На одного сімейного лікаря припадало від 350 до 440 диспансерних хворих, з них 70-80 дітей, що менше у порівнянні із загальноміськими показниками. Це дозволяло поліпшити їх лікування і оздоровлення. Загалом на одного сімейного лікаря припадало 1550-1700 осіб, або 500-600 сімей, з них дітей до одного року 10-12 [61, с. 32]. Структура закладів сімейної медицини у місті Львові станом на початок 2001 р. наведена в табл. 1.1.

Як видно з наведеної таблиці, у місті Львові на час роботи з'їзду працювали 6 амбулаторій сімейної медицини, один центр сімейної медицини (сmt. Рудно) і 8 відділень сімейної медицини (2-а міська поліклініка).

У місті Львові були сформовані різні види закладів сімейної медицини, чим ще раз продемонстровано делегатам з'їзду реальні можливості реструктуризації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Існуючі на

той час моделі закладів сімейної медицини показали свою життєздатність, а фахівці, що працювали у цих закладах, ефективність своєї роботи з формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення.

Таблиця 1.1

Структура закладів сімейної медицини м. Львова у 2001 році

| № з/п | Назви підрозділів | Назви закладів | Рік відкриття | Кількість населення |
|------------------------|-------------------|----------------------|---------------|---------------------|
| 1-а міська лікарня | | | | |
| 1. | Амбулаторія СМ | вул. Польова, 29 | 1994 | 10 тис. |
| 2. | Амбулаторія СМ | вул. Варшавська, 56 | 1996 | 10 тис. |
| 3. | Амбулаторія СМ | вул. Шевченка, 116 | 1997 | 10 тис. |
| 4. | Амбулаторія СМ | вул. Хімічна, 7 | 1999 | 10 тис. |
| 2-а міська поліклініка | | | | |
| 5. | 7 відділень СМ | вул. Симоненка, 4 | 1989 | 105 тис. |
| 5-а міська поліклініка | | | | |
| 6. | Центр СМ | сmt. Рудно | 1998 | 6,5 тис. |
| 7. | Амбулаторія СМ | вул. Виговського, 41 | 2000 | 12 тис. |

У наступні роки реорганізація закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини набула нових темпів. При цьому на Львівщині сімейні лікарі набували все більшої популярності серед населення, а заклади сімейної медицини поступово збільшували обсяг допомоги населенню [25, с. 32; 27, с. 14; 31, с. 115; 314, с. 78; 326, с. 60].

Опрацьованою Українським інститутом громадського здоров'я і затвердженою делегатами I з'їзду сімейних лікарів України "Концепцією реформування первинної медико-санітарної допомоги" передбачено, що однією з умов переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини є поступовість і етапність реформування залежно від наявності необхідних кадрів, матеріально-технічної бази, готовності медичних працівників і організаторів охорони здоров'я, місцевої влади і всього населення до нових форм і методів роботи [38, с. 92; 78, с. 90; 313, с. 15].

Відзначалось, що реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини може бути успішним лише тоді, коли супроводжуватиметься змінами на інших рівнях медичної допомоги. Концепція передбачала визначення завдань і обсягів роботи лікаря загальної практики – сімейної медицини, структури і функцій медичних закладів первинної, вторинної та третинної допомоги, організації взаємодії між ними та наступності в роботі [83, с. 89].

У зв'язку з тим, що досягти зразу високого рівня роботи сімейних лікарів, які можуть надавати первинну медико-санітарну допомогу окремій людині та її сім'ї на засадах сімейної медицини дуже важко, були запропоновані проміжні моделі таких фахівців, а саме:

- лікар загальної практики з обслуговування дорослого населення, тобто майже сімейний лікар, який не надає первинну медико-санітарну допомогу дітям – так званий сімейний терапевт;

- лікар загальної практики з обслуговування дитячого населення, тобто майже сімейний лікар, який надає первинну медико-санітарну допомогу дітям – так званий сімейний педіатр.

При таких проміжних моделях сімейної медицини сімейний терапевт поступово перебирає на себе надання первинної медико-санітарної допомоги дітям, спочатку – з 12 років і старших, потім – з 7 років, тобто він поступово стає справжнім сімейним лікарем.

Відповідно до зазначених проміжних моделей діяльності сімейного лікаря на перехідний період передбачалось існування проміжних організаційних форм їх роботи, а саме:

- відділення загальної практики з надання первинної медико-санітарної допомоги дорослому населенню (сімейних терапевтів) на базі терапевтичних відділень поліклінік для дорослих;

- відділення загальної практики з надання первинної медико-санітарної допомоги дітям (відділення сімейних педіатрів) на базі педіатричних відділень дитячих поліклінік;

- відділення поліклінік, де працюють разом лікарі загальної практики з надання первинної медико-санітарної допомоги дорослому і дитячому населенню.

Оптимальним навантаженням для лікаря загальної практики, що надає допомогу дорослому населенню, визначалось 1500-1700 пацієнтів, для лікарів загальної практики з обслуговування дитячого населення – в межах 600-800 дітей.

Після першого з'їзду сімейних лікарів України почалась інтенсивна розбудова сімейної медицини в різних регіонах. Особливо активно створювались нові заклади сімейної медицини в Харківській області на основі «Програми удосконалення медичної допомоги на засадах сімейної медицини жителям сільської місцевості на 2001-2003 роки», яка ухвалена 19.06.2001 р. Харківською обласною радою [87, с. 17; 108, с. 70; 113, с. 28; 117, с. 93].

З 2001 по 2003 рр. було створено 111 амбулаторій сімейної медицини (АСМ) на 119 дільниць і 100 АСМ на 170 сімейно-територіальних дільниць реорганізовано з сільських лікарських амбулаторій (СЛА) і відділень у дільничних та міських лікарнях [332, с. 28].

З метою подальшого розвитку сімейної медицини обласною радою Харківщини 24.04.2003 р. було прийнято рішення “Про удосконалення медичної допомоги жителям області на засадах сімейної медицини до 2005 року”. На реалізацію цих програм було витрачено 5 млн. грн. з обласного бюджету, що спрямовані на укомплектування амбулаторій та відділень первинної медико-санітарної допомоги.

Усіма районними радами області ухвалені районні програми з розвитку сімейної медицини. До процесу становлення сімейної медицини були залучені промислові та сільськогосподарські підприємства, громадські організації та місцеві громади. На оснащення закладів сімейної медицини було витрачено додатково ще 3,5 млн. грн., з яких 2,5 млн. – позабюджетні [296, с.76; 312, с. 43-48].

Особлива увага зверталась на підготовку кваліфікованих кадрів для закладів сімейної медицини: сімейних лікарів, медичних сестер, головних лікарів, їх заступників, головних медичних сестер з актуальних питань менеджменту сімейної медицини.

Показники впровадження сімейної медицини були включені до рейтингової оцінки особистої діяльності голів районних державних адміністрацій, систематично розглядалися на рівні обласної державної адміністрації, райдержадміністрацій та органів місцевого самоврядування [292, с. 55; 296, с. 76].

Обласним управлінням охорони здоров'я були розроблені планові завдання сільським районам і обласному центру на 2001-2005 роки щодо розвитку мережі закладів сімейної медицини. Аналіз підсумків виконання планів розвитку СМ станом на 30.06.2005 р. показав, що в Харківській області була створена 921 дільниця сімейної медицини, з них 92 % - в районах і 8 % - в обласному центрі. Сімейні лікарі на той час надавали ПМСД 50 % населення області, а у сільській місцевості – 92,4 %.

Виконання програми реорганізації закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини сприяло відкриттю на базі ФАПів 135 амбулаторій сімейної медицини на 147 дільниць, на базі сільських лікарських амбулаторій – 75 АСМ на 126 дільниць, на базі дільничних лікарень відкрито 33 амбулаторії сімейної медицини і 4 відділення сімейної медицини на 283 дільниці.

У 12 поліклініках центральних районних лікарень організовано 116 сімейно-територіальних дільниць, а у 13 поліклініках центральних районних лікарень – 13 відділень СМ на 157 дільниць. Крім того, у складі 4 самостійних міських поліклінік організовано 56 дільниць, а у складі поліклінічних відділень міських лікарень – 96 дільниць і 6 амбулаторій сімейної медицини на 14 дільниць.

При закладах і відділеннях сімейної медицини Харківщини розгорнуто денних стаціонарів на 2 тис. 677 ліжок, в яких лише за перше півріччя 2005 р. проліковано понад 50 тис. хворих.

З метою підготовки значної кількості сімейних лікарів і проведення науково-дослідницької роботи в Харківській медичній академії післядипломної освіти (ХМАПО) створено перший в Україні факультет загальної практики - сімейної медицини, до якого увійшли 14 кафедр, а також лабораторія сімейної медицини. У цих підрозділах ХМАПО розгорнуті потужні дослідження проблем становлення і розвитку сімейної медицини на регіональному рівні. Вони включали проблеми якості та ефективності надання первинної медико-санітарної допомоги населенню регіону, об'ємів профілактичної, діагностичної та лікувальної роботи сімейного лікаря та його інформаційного забезпечення, подальшої реструктуризації спеціалізованої медичної допомоги, забезпечення моніторингу розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в регіоні.

медикаментозного забезпечення закладів і фахівців сімейної медицини, економічних методів діяльності закладів первинної медико-санітарної допомоги [290, с. 76].

За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 01.01.2005 р. кількість сімейних лікарів і закладів сімейної медицини була такою: Київська область – 73 лікарі в 50 амбулаторіях медико-санітарної допомоги, Кіровоградська – 153 дільниці сімейної медицини у 102 закладах сімейної медицини, Чернівецька область – 138 лікарів у 64 закладах сімейної медицини, Житомирська область – 279 фахівців сімейної медицини працювали у 149 закладах сімейної медицини [229, с. 15].

Загалом в Україні з 2000 р. до середини 2005 р. кількість закладів, що надавали первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини збільшилась у 5 разів, кількість штатних посад сімейних лікарів – у 9, а фізичних осіб сімейних лікарів, які працювали у закладах первинної медико-санітарної допомоги, майже у 8 разів. За даними моніторингу, станом на 01.07.2005 р. кількість закладів, що працювали на засадах сімейної медицини, становила 2732, з яких близько 85 % були розташовані у сільській місцевості, введено 5623 штатні посади лікарів загальної практики - сімейної медицини, на яких працювало 4580 фізичних осіб [121, с.18; 122].

Найбільша кількість сімейних лікарів працювала у Харківській (737), Закарпатській (346), Львівській (311), Житомирській (297), Полтавській (287) областях, а найменша – у Херсонській (40) і Луганській (47) областях. Медична допомога в Україні сімейними лікарями надавалась 20 % населення. Однак цей показник був різним у різних областях: у Закарпатській області – 58 %, Харківській – 50 %, Житомирській – 43 %, Тернопільській – 40 %, в Луганській – 3 %, Дніпропетровській – 4 %, місті Києві – 5 % [229, с. 15].

З такими показниками реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини підійшла система охорони здоров'я України до II з'їзду лікарів загальної практики – сімейної медицини, що відбувся у місті Харкові в жовтні 2005 р.

Президент України своїм Указом “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення” від 06.12.2005 р. № 1694/2005 зоб'язав Кабінет Міністрів України підготувати низку програм, серед яких є програма розвитку сімейної медицини в Україні [253].

Кабінетом Міністрів України опрацьована і затверджена Концепція Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2010 р. [111], основними завданнями і заходами якої були такі:

1. Удосконалення фінансово-правових механізмів зміцнення первинної ланки охорони здоров'я за рахунок розмежування фінансових потоків на первинну і спеціалізовану медичну допомогу, що сприятиме підвищенню ефективності роботи кожної з них.

2. Створення інституту сімейної медицини дасть змогу системно координувати процес реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах СМ.

3. Завдяки створенню в регіонах навчально-практичних центрів сімейної медицини стає можливим процес безперервного професійного розвитку і

атестування фахівців сімейної медицини та акредитації закладів первинної медико-санітарної допомоги.

4. Створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, як виконавців медичних послуг, сприятиме поліпшенню ПМСД на селі, тому що не всі сільські громади та їх представники - сільські ради – є ефективними замовниками медичних послуг і відповідальними щодо розвитку сільської медицини.

5. Оснащення амбулаторії загальної практики - сімейної медицини, згідно з Наказом МОЗ України від 20.06.2007 р. № 404, медичним обладнанням і санітарним транспортом дозволить реалізувати вимоги стандартів і якості ПМСД, що також призведе до підвищення її доступності, особливо у сільській місцевості.

6. Зміна механізму оплати праці фахівців сімейної медицини і вирішення питань житлового забезпечення підвищать їх мотивацію і зроблять спеціальність сімейного лікаря конкурентоспроможною на медичному ринку праці. Над вирішенням цієї проблеми будуть працювати як органи державної влади, так і органи місцевого самоврядування.

7. Комп'ютеризація робочих місць сімейних лікарів забезпечить значне поліпшення якості їх роботи за рахунок зменшення часу на технічну роботу, яка зараз забирає 70 % робочих годин; оперативного отримання інформації про хід лікування хворих в інших лікувально-профілактичних закладах; лікування хворих та проведення профілактичних заходів; оперативного пошуку та аналізу будь-якої інформації щодо лікування хворих згідно до принципів доказової медицини.

8. Держава в особі асоціації фахівців сімейної медицини має мати надійного партнера, з яким повинні вирішуватись такі професійні питання: створюватись стандарти діагностики та лікування для сімейного лікаря, моделі діяльності закладів і фахівців СМ, проблеми підготовки, перепідготовки та безперервного професійного розвитку таких фахівців.

Структурно-функціональна реорганізація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини є найбільш складним та витратним етапом її впровадження. Крім того, цю проблему підсилює відсутність у вітчизняній системі охорони здоров'я чіткого організаційно-функціонального та структурного розмежування первинного і вторинного рівнів медичної допомоги [45, с. 11-13; 351, с.64].

Згідно з “Основами законодавства України про охорону здоров'я” [197] розрізняють первинну, вторинну і третинну лікувально-профілактичну допомогу.

Первинна лікувально-профілактична допомога, як основна частина медико-санітарної допомоги, передбачає консультацію лікаря загальної практики-сімейного лікаря, діагностику та лікування основних найбільш поширених захворювань, скерування пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів (табл. 1.2).

Вторинна (спеціалізована) допомога передбачає кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику та лікування лікарями-спеціалістами.

Третинна (високоспеціалізована) допомога надається лікарями або їх групами, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань а також захворювань що рідко зустрічаються.

У чинній в Україні системі ОЗ первинна і вторинна лікувально-профілактична допомога надається у сільських лікарських амбулаторіях, дільничних лікарнях, поліклініках, міських і центральних районних лікарнях [304, с. 252].

Як стверджують А. Р. Уваренко та В. Д. Парій [319], у нашій країні первинна медико-санітарна допомога головним чином сконцентрована в амбулаторно-поліклінічній службі, зокрема ФАПах, лікарських дільницях, службах швидкої, невідкладної допомоги та санепідстановах. Інші автори [271] в містах до лікарів ПМСД умовно зараховують дільничних терапевтів і дільничних педіатрів, які в ідеалі мають надавати лікувально-профілактичну допомогу дорослому населенню і дітям при найпоширеніших захворюваннях.

Удосконалення первинної медико-санітарної допомоги на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я та її реформування на засадах СМ має важливе соціальне значення, тому що лише на такій основі можна досягти оптимальної організації та роботи механізмів державного управління системою охорони здоров'я у демократичному суспільстві, дотриматись вимог правово-директивних документів про обов'язковий мінімум безоплатної медичної допомоги [17, с. 60; 274, с. 33; 275, с. 27; 299, с. 9 - 19].

Принцип доступності людини до адекватної медичної допомоги – найважливіший принцип первинної медико-санітарної допомоги за його соціальним значенням і внеском у вирішення проблеми здоров'я нації. Одним із основних шляхів реалізації принципу доступності населення нашої країни до медичної допомоги є перехід ПМСД на засади сімейної медицини з упровадженням її реального профілактичного змісту і дійового контролю з боку громадськості за її функціонуванням [237, с. 48; 313, с. 15; 345, с. 30].

Державна підтримка первинної медико-санітарної допомоги є основою її розвитку і реорганізації на засадах сімейної медицини [136, с. 305-312; 140, с. 103-110; 141, с. 186-193]. Однак актуальною є і активізація самозабезпечення економічно активної частини населення, його медико-соціальної адаптація до негативних умов так званого перехідного періоду нашого суспільства. Розвиток ПМСД та удосконалення механізмів державного управління цим процесом на сучасному етапі її реформування на засадах сімейної медицини повинні реалізуватись одночасно з удосконаленням медико-соціальної політики в державі [10; 23; 27; 203; 318, с.522; 326, с. 60; 327, с. 513].

Про територіальні принципи реформування інфраструктури ПМСД у великих містах ще у 1994 р. повідомив В. Л. Корецький [319, с. 27]. Він рекомендував два рівні управління первинною медико-санітарною допомогою. Перший – сімейно-територіальний медичний комплекс. Такий комплекс об'єднує терапевта, педіатра, стоматолога, акушер-гінеколога і службу швидкої та невідкладної допомоги. У ньому має працювати 6 бригад у складі названих фахівців, які надають допомогу 25 тис. населення певного мікрорайону цілодобово.

Другий рівень автор уявляв у вигляді амбулаторного центру здоров'я, який організовується на кожні 100 тис. населення міста і де надається спеціалізована лікувально-діагностична і реабілітаційна допомога мінімум 20 лікарями-спеціалістами.

Визначення поняття первинної медико-санітарної допомоги

| № | Автор, джерело інформації | Рік | Визначення |
|----|---|------|---|
| 1. | Європейське регіональне бюро ВООЗ [304, с. 294] | 1973 | Первинна медико-санітарна допомога включає консультацію та першу допомогу, яку надають одноосібно чи разом спеціалісти з охорони здоров'я і споріднених професій з профілактичною та лікувальною метою. |
| 2. | Алма-Атинська конференція [304, с. 295] | 1978 | Первинна медико-санітарна допомога – це не тільки лікування поширених захворювань і травм основними засобами, але й сприяння в організації раціонального харчування, забезпеченні доброякісною водою, проведенні санітарно-оздоровчих заходів, охорони здоров'я матері та дитини, імунізація проти основних інфекційних хвороб, профілактика ендемічних хвороб і боротьба з ними, санітарна просвіта населення. |
| 3. | Основи законодавства України [197, с. 44] | 1992 | Первинна медико-санітарна допомога – це основна лікувальна та профілактична допомога, проста діагностика, направлення в складних випадках на консультацію більш високого рівня та основні санітарно-освітні заходи. |
| 4 | Інститут медицини, США [304, с. 294] | 1995 | Первинна медико-санітарна допомога – це забезпечення інтегрованих доступних послуг щодо охорони здоров'я клініцистами, які відповідають за значну більшість потреб особистості, розвиток довготривалого партнерства з пацієнтами на рівні родини та громади. |

Більшість закордонних і вітчизняних дослідників вважають, що до складу мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги мають входити фельдшерсько-акушерські пункти, лікарські амбулаторії, медико-санітарні частини та поліклінічні заклади, станції швидкої та невідкладної допомоги, санепідустанови, центри здоров'я, заклади медико-соціальної допомоги, аптеки [271, с. 20; 319, с. 10].

Найактуальнішою проблемою у системі первинної медико-санітарної допомоги у наш час є її реформування на засадах сімейної (родинної) медицини як у містах, так і в сільській місцевості [15, с. 19; 45, с. 11; 72, с. 15; 98, с. 15; 123, с. 68; 128; 150 с.34; 169, с.10].

Організація ПМСД на принципах сімейної медицини визначається рівнем економіки та соціального розвитку суспільства і його окремих регіонів [177, с. 60; 119, с. 32; 247; 265]. А. Р. Уваренко, В. Д. Парій [319] вважають, що реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини – це створення за змістом нової підсистеми ОЗ, що потребує не лише реструктуризації ПМСД, а й вирішення цілої низки важливих проблем, які вже вирішені у багатьох цивілізованих країнах, де модель ПМСД на засадах СМ найпоширеніша. Це дає змогу створити малозатратне, але найефективніше медичне забезпечення населення цих країн, а при використанні групової лікарської практики забезпечує інтегроване медичне обслуговування майже на 90 % потреб населення. Первинна медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини дозволяє здійснювати постійний контакт пацієнта і лікаря, доступність медичної допомоги та високий рівень її якості, раціональне використання матеріальних і фінансових ресурсів, застосування ефективних медико-профілактичних технологій [172, с. 20-30; 241, с. 27]. Країни, де впроваджена СМ, мають свої обґрунтовані та адаптовані до їх національних систем охорони здоров'я організаційні моделі закладів сімейної медицини.

Як зауважує Н. Г. Гойда [45, с. 11-13], упровадження сімейної медицини в Україні (створення мережі закладів, введення штатних посад фахівців СМ, впровадження різних моделей та інше) спочатку здійснювалось без належного наукового підґрунтя. І далі автор продовжує думку про те, що упровадження сімейної медицини повинно бути поступовим і етапним залежно від готовності адміністративної території, складовими якої є:

- розуміння керівниками адміністративних територій та органів управління і закладів охорони здоров'я змін, які відбуваються в охороні здоров'я при переході первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини;
- готовність медичних працівників, особливо лікарів-спеціалістів, сприйняти пріоритетність первинної медико-санітарної допомоги;
- готовність населення отримувати медичні послуги в системі сімейної медицини;
- наявність посад лікарів загальної практики - сімейної медицини;
- підготовлені спеціалісти - сімейні лікарі;
- належна оснащеність закладів сімейної медицини;
- стабільне й достатнє фінансування закладів сімейної медицини;
- належні умови оплати праці фахівців сімейної медицини;
- наукове обґрунтування кожного з етапів реформування первинної медико-санітарної допомоги.

У разі відсутності однієї із зазначених складових спостерігається уповільнення темпів упровадження і зниження ефективності діяльності вже існуючих закладів СМ, що має місце в нашій країні в даний час.

В Україні реорганізація ПМСД на засадах сімейної медицини визнана державною проблемою [37, с. 435; 41, с. 7-9; 77, с. 89], однак ще недостатньо

вивчений досвід регіонів, які першими почали її упроваджувати [188, с. 4-5; 221, с. 1-12]. Це передбачає не тільки опис функціонування нових моделей надання допомоги населенню, але й оцінку соціальних, медичних та економічних результатів такої перебудови [113, с. 28; 137, с. 209; 149, с. 11-12; 156]. Без аналізу досягнутого, визначення стратегічних і тактичних помилок, наведення беззаперечних доказів практичних переваг реформування ПМСД на засадах сімейної медицини, подальший розвиток сімейної медицини в Україні буде неможливим [127, с. 103-110; 189, с. 87; 192, с. 66; 200, с. 107; 201, с. 468].

Необхідно відзначити важливу роль медичних сестер сімейних лікарів, які працюють на сімейно-територіальних дільницях, надаючи суттєву професійну допомогу сімейним лікарям у їх поліпрофільній діяльності [60, с. 8; 162, с. 136; 170, с. 107-109].

1.2. Зарубіжний досвід функціонування інституту сімейної медицини

Уперше спроба визначити концепцію ПМСД була зроблена ще у 1970 р. на 23-ій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. За цим визначенням, "служби первинної медико-санітарної допомоги є загальними службами системи охорони здоров'я, з якими населення зустрічається при першому зверненні за медичною допомогою. Первинний контакт між населенням і службами охорони здоров'я відбувається саме тут. Первинні служби займаються здоров'ям людей, а також здоров'ям суспільства. Вони є відповідальними не тільки за лікувальні, а й за профілактичні види діяльності стосовно окремих особистостей та в цілому" [103].

Основні принципи первинної медико-санітарної допомоги були сформульовані чіткіше у Загальній програмі роботи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), де сказано, що ПМСД повинна бути побудована у відповідності з такими принципами:

- вона повинна відповідати звичаям зацікавлених верств населення і задовольняти їх фактичні потреби;
- повинна бути повністю включена в національну службу охорони здоров'я або бути підтримана на інших рівнях від периферійних підрозділів у таких сферах як технічна допомога, прийом і лікування хворих, які потребують особливого нагляду;
- у деяких країнах робота щодо забезпечення первинного медичного обслуговування повинна бути узгоджена з іншими секторами комунального розвитку, наприклад, із сільським господарством, освітою, житловим будівництвом та комунальними службами;
- більша частина медичних і санітарно-гігієнічних заходів, які здійснюються у рамках первинного медико-санітарного обслуговування, повинна, по можливості, проводитися периферійною мережею служб охорони здоров'я і виконуватися персоналом, найбільш підготовленим для цієї мети".

У доповідях Генерального директора ВООЗ і Директора-виконавця Дитячого фонду ООН на Алма-Атинській конференції у 1978 році, в якій взяли участь представники 134 країн і організацій ООН, підкреслювалось, що ПМСД спрямована

на вирішення основних проблем охорони здоров'я населення і включає заходи зі зміцнення здоров'я, профілактики, лікування та реабілітації.

Первинна медико-санітарна допомога обов'язково повинна виконувати такі функції:

- сприяння раціональному харчуванню і достатньому забезпеченню доброякісною водою;
- реалізація основних санітарно-гігієнічних заходів;
- охорона здоров'я матері й дитини, включаючи планування сім'ї;
- вакцинація проти основних інфекційних захворювань;
- профілактика місцевих ендемічних захворювань і боротьба з ними;
- санітарна освіта з актуальних питань охорони здоров'я і способу їх вирішення, включаючи профілактику;
- лікування поширених захворювань і травм [212].

Наведені принципи та функції ПМСД не дають чіткої структуризації закладів і фахівців, які працюють на надання населенню первинної медико-санітарної допомоги. Тому консультативна група експертів з первинної медико-санітарної допомоги СНД-США у грудні 1998 р. розробила визначення первинної медико-санітарної допомоги як виду медико-санітарної допомоги, що спрямована на комплексну організацію заходів з пропаганди здорового способу життя, профілактики захворювань, надання медичної допомоги на догоспітальному етапі [226, с.4]. Ще у 1978 році Інститут Медицини Сполучених Штатів Америки запропонував такі основні характеристики первинної медико-санітарної допомоги, як доступність, зрозумілість, координування і відповідальність. Зверталась увага на баланс дій щодо надання ПМСД, створення умов для поліпшення здоров'я населення і раціональне витрачання фінансових ресурсів, які зазвичай обмежені у кожній країні. З часом, після проведених досліджень, цей інститут сформулював власне визначення первинної медико-санітарної допомоги як надання інтегрованих і доступних послуг у сфері охорони здоров'я лікарями, які несуть відповідальність за задоволення багатьох потреб здоров'я пацієнтів, налагодження партнерських стосунків з пацієнтами та взаємодію з родиною і громадою [297, с. 23].

По завершенні досліджень Інститут Медицини США відносно первинної медико-санітарної допомоги зробив такі висновки:

1. Первинна медико-санітарна допомога є основою ефективності системи охорони здоров'я, тому що вона може вирішувати більшість проблем суспільства, які існують у зв'язку зі здоров'ям.

2. Первинна медико-санітарна допомога необхідна для досягнення цілей, які становлять цінність медичної допомоги: висока якість, а також досягнення найкращих результатів у забезпеченні та підтримці здоров'я; співпраця з пацієнтами, ефективне використання наявних ресурсів.

3. Особиста взаємодія, яка включає довіру і партнерство між пацієнтами та лікарями, є центральною під час здійснення первинної медико-санітарної допомоги.

4. Первинна медико-санітарна допомога – важливий інструмент для досягнення кращих результатів щодо:

- а) стану здоров'я і профілактики захворювань;

б) допомоги хворим на хронічні захворювання, переважно особам похилого віку, що мають патологію багатьох внутрішніх органів.

5. Первинна медико-санітарна допомога сприяє подальшому створенню інтегрованих систем охорони здоров'я [297, с. 25-26].

Звичайно, працює ПМСД, коли її надає лікар, за яким закріплені певний пацієнт та його сім'я, тобто такий лікар стає сімейним лікарем.

У Сполучених Штатах Америки створена спеціальна організація для дослідження і оцінки якості системи первинної медико-санітарної допомоги та необхідності її впровадження. Законодавчо забезпечений дозвіл медичним працівникам "середнього рівня" (медичним сестрам і асистентам лікарів) надавати первинну медико-санітарну допомогу, хоч у різних штатах відсоток цих фахівців, які беруть активну участь у наданні медичної допомоги, різний. Це пов'язано із відмінностями законодавства різних штатів. Звичайно, ці середні медичні працівники надають допомогу населенню у командах разом з сімейними лікарями. Робота фахівців у команді сприяє підвищенню ефективності лікувально-профілактичних заходів.

Дослідженнями вчених США [337, с. 623-628; 374, с. 541-545] показані такі особливості ПМСД:

1. У людей, які мають доступ до первинної медико-санітарної допомоги, виявлення захворювань відбувається на ранніх стадіях, що дозволяє запобігати ускладненням та їх несприятливому перебігу.

2. При адекватній первинній медико-санітарній допомозі зменшується частота госпіталізації та викликів швидкої медичної допомоги.

3. На обстеження і лікування в умовах закладів первинної медико-санітарної допомоги витрачається менше коштів, ніж в умовах лікарень.

4. Для малозабезпечених людей держави первинної медико-санітарної допомоги надають ліпші умови діагностики, ширші можливості вакцинації, регулярний контроль артеріального тиску і зниження смертності.

5. При постійній первинній медико-санітарній допомозі люди отримують більше послуг превентивного (профілактичного) характеру.

6. Вищий рівень первинної медико-санітарної допомоги пов'язується зі зменшенням різниці смертності між містом і селом, рівнями бідності, освіти та способу життя.

Однак, у США, де найпоширеніший добровільний вид медичного страхування, відсутнє централізоване керівництво системою охорони здоров'я і державні гарантії у галузі охорони здоров'я для більшості населення [155, с. 8-10; 358, с. 42-43; 369, с. 393; 376, с. 145]. Система медичних закладів формується переважно відповідно до фінансових можливостей і запитів місцевого населення за законами ринку. Мешканці країни вільні у виборі лікаря, а лікарі – у виборі характеру і місця практики. Планування медичної допомоги на федеральному рівні не проводиться. Муніципальні та окружні департаменти охорони здоров'я забезпечують лише незначну частину медичної допомоги через громадські клініки. В той же час охорона здоров'я не є абсолютно незалежною. Вона контролюється страховими компаніями, підприємствами, окремими громадянами, пресою і

місцевою владою. А випадки лікарських помилок і порушення законів у медичній практиці знаходяться у компетенції юридичних органів [68, с. 41; 293, с. 81].

Не зважаючи на найвищі медичні витрати, які щорічно збільшуються на 10%, адекватного витратам підвищення якості медичної допомоги і забезпечення нею всього населення не відбувається у зв'язку з відсутністю загального охоплення населення медичним страхуванням і гарантованого мінімального обсягу медичної допомоги.

Одним із важливих шляхів реформування системи охорони здоров'я у США є підвищення ролі амбулаторно-поліклінічних закладів у наданні первинної медико-санітарної допомоги та профілактичних заходів [212; 264; с. 47-52; 366, с. 133; 377, с. 276].

У більшості країн Західної Європи структурно медичну допомогу поділяють на первинну медико-санітарну допомогу і спеціалізовану медичну допомогу. При цьому заклади первинної медико-санітарної допомоги надають до 90 % загального обсягу лікувально-профілактичної допомоги. Однак пошук шляхів поліпшення первинної медико-санітарної допомоги і реформування системи охорони здоров'я, підвищення якості медичної допомоги та задоволеності нею населення в багатьох країнах світу продовжується [367; 373; 375, с. 549].

У централізованій державній СОЗ Великобританії первинна медико-санітарна допомога почала інтенсивно розвиватись з 90-х років минулого сторіччя на засадах сімейної медицини. Сімейний лікар у цій країні працює самостійно, однак попередньо повинен отримати ліцензію на право надавати медичні послуги. В середньому кожний житель звертається до сімейного лікаря упродовж року 5 разів. При цьому сімейний лікар може оглянути пацієнта в клініці, вдома або надати консультацію по телефону [127, с. 14].

З 1997 р. трасти ПМСД здійснюють в Англії управління і несуть відповідальність за первинну медико-санітарну допомогу населенню. Вони ж відповідають за фінансування потреб місцевих медичних центрів. У багатofункціональній системі надання первинної медико-санітарної допомоги у Великобританії сімейні лікарі відіграють важливу роль. До цієї системи також входять управлінці, медичні сестри, асистенти лікарів, інспектори.

Медична освіта сімейних лікарів триває на додипломному етапі шість років і на післядипломному – від трьох до шести років. Тривале навчання сімейних лікарів забезпечує високу якість підготовки, однак є однією з причин відтоку кадрів з охорони здоров'я Великобританії [362, с. 152-158].

Основою первинної медико-санітарної допомоги у Нідерландах виступає сімейний лікар. Фахівці сімейної медицини вирішують понад 90 % проблем, що виникають у їх пацієнтів. На одного сімейного лікаря, який працює з повним навантаженням, припадає 2483 жителі [127, с. 15].

Голландська система первинної медико-санітарної допомоги має певний вплив на розвиток сімейної медицини в багатьох країнах світу. У 2002 році Голландським коледжем організована Європейська конференція WONCA в Нордвіку, на якій було визначено суть і завдання первинної медико-санітарної допомоги в суспільстві, що постійно змінюється. Система якості медичної допомоги Голландського коледжу

загальної медицини визнана багатьма країнами за її універсальність і позитивний вплив на систему охорони здоров'я в Нідерландах.

На Національній конференції сімейних лікарів у 2001 р. підтверджено провідну роль первинної медико-санітарної допомоги в національній системі охорони здоров'я Голландії, тому що саме сімейний лікар у цій країні вперше зустрічається з пацієнтом і відповідає за його подальше лікування, а також підтримує постійну співпрацю з іншими фахівцями охорони здоров'я [297, с. 121].

Німецька система охорони здоров'я надає первинну медико-санітарну допомогу через страхові фонди (лікарняні каси). Останні мають право визначати страхові внески, перелік необхідних медичних послуг і форми розрахунку з лікувальними закладами.

Уся система надання медичної допомоги реалізується за взаємодії лікарняних кас і уряду країни, які доповнюють один одного. Всі закони, що стосуються системи охорони здоров'я, видаються за їх взаємної згоди.

За рахунок обов'язкового медичного страхування оплачуються візити до лікаря загальної практики, діагностичне обстеження, консультації лікаря-спеціаліста, тобто весь обсяг первинної медико-санітарної допомоги.

У Німеччині первинна і вторинна медико-санітарна допомога відрізняються незначно. Лікарняні каси працюють з лікувальними закладами через громадські об'єднання лікарів "Асоціації лікарів лікарняних кас", які організовані за територіальним принципом. З лікарняних кас кошти надходять в об'єднання лікарів, в якому визначають розмір заробітку фахівця об'єднання за спеціальними "пунктами" (балами). Кількість балів для лікарів встановлюється на кожного пацієнта. Фіксується також і сума коштів на препарати, які призначає лікар кожному хворому. Якщо лікар перевищує кількість препаратів за їх вартістю, то 5 % він сплачує у вигляді штрафу за надмірне використання коштів. Такий принцип захищає лікарняні каси від надмірних витрат, однак обмежує лікаря і пацієнта щодо повноти та комплексності лікування [18, с. 20; 19, с. 44-46].

Лікарі первинної та вторинної амбулаторної допомоги Німеччини сплачують оренду за приміщення і медичне обладнання. Вони працюють самостійно, поєднуючи всі лікарські спеціальності, а в сільській місцевості – курують хворих і в лікарнях.

Системи керованої медичної допомоги у Німеччині не існує. Кожний громадянин має право вибирати лікаря за власним бажанням.

Після 6 років навчання у вищому медичному навчальному закладі лікарі загальної практики проходять чотирирічну спеціалізацію. З 1999 року постійно зростає інтерес суспільства до сімейної медицини, що зумовлено ліпшою підготовкою сімейних лікарів та їх постійним професійним розвитком, який є добровільним, однак регульованим, що також підвищує престиж сімейної медицини [297, с. 124].

Слід відзначити, що первинна медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини в системі охорони здоров'я Німеччини ще не досягла такої популярності, як в інших країнах Європи. А керована фахівцями сімейної медицини медична допомога залишається предметом дискусій в суспільстві, хоча лікарняні каси постійно заявляють про підтримку первинної медико-санітарної допомоги на

засадах сімейної медицини і підвищення її ролі в системі охорони здоров'я [364, с. 455-461; 365, с. 133-140].

В Іспанії СОЗ почала реформуватись у 1986 р. При цьому були враховані рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, затверджені в Алма-Аті. Започаткована нова система фінансування первинної медико-санітарної допомоги. Все населення країни отримує первинну медико-санітарну допомогу за рахунок централізованого загальнодержавного фінансування.

Сімейні лікарі в Іспанії отримують фінансування з бюджетів центрів здоров'я, які розташовані за географічним принципом. Через центри здоров'я забезпечується значна частина первинної медико-санітарної допомоги: лікування і профілактика найпоширеніших у країні захворювань, реабілітація хворих і паліативне лікування.

У системі первинної медико-санітарної допомоги суттєву роль відіграють медичні сестри, які переважно надають допомогу хворим на хронічні захворювання, проводять більшість профілактичних заходів і реалізують заходи з медичної допомоги хворим у домашніх умовах [297, с.127].

Сімейних лікарів в Іспанії розпочали готувати у 1978 р. за спеціальністю "Сімейна і соціальна медицина". Підвищення кваліфікації вони проходять як у центрах первинної медико-санітарної допомоги, так і в лікарнях. За Європейською Директивою, з 1995 року обов'язковою є підготовка лікарів загальної практики за спеціальністю "Сімейна медицина", яку координують центри з підготовки лікарів. Таких центрів в Іспанії близько 90, кожний з яких готує лікарів за власною системою. У жодному з 19 вищих навчальних медичних закладів Іспанії немає факультету сімейної медицини.

З 1983 р. в Іспанії існує товариство сімейної та суспільної медицини, яке ініціювало розроблення національної програми з профілактичної медицини, що інтегрується з первинною медико-санітарною допомогою. Ця програма прийнята керівництвом охорони здоров'я країни та отримала прихильність 25 % населення [127, с. 17].

У Франції ПМСД населенню надається переважно на засадах сімейної медицини. Сімейні лікарі працюють у системі громадської охорони здоров'я. Вони дотримуються принципу некерованої медичної допомоги, коли пацієнт вибирає лікаря на свій розсуд. Оплата праці фахівців сімейної медицини Франції гонорарна [19, с. 9-10; 48, с. 41-42].

Останнім часом кількість висококваліфікованих сімейних лікарів значно зросла у зв'язку зі спеціальною підготовкою таких фахівців у декількох медичних навчальних закладах Франції. Рекомендації у сфері сімейної медицини розробляє наукова організація викладачів сімейної медицини, яка опрацьовує державні стандарти підготовки фахівців цього профілю. Вона ж видає довідникові матеріали для спеціалістів загальної практики – сімейної медицини.

Сімейні лікарі Франції мають і свою наукову асоціацію, яка дуже популярна і впливова серед лікарського загалу. Вона приділяє багато уваги професійному зростанню фахівців сімейної медицини, видає часопис "Огляд лікаря-практика", у якому публікуються важливі навчально-довідкові матеріали.

Організація первинної медико-санітарної допомоги в Італії відбувається переважно через сімейних лікарів, які у більшості випадків працюють самостійно,

використовуючи так звану систему керованої медицини, коли пацієнт потрапляє на консультацію до вузького фахівця лише за направленням сімейного лікаря. Сімейна медицина в Італії має досить тривалу історію і свої національні традиції, однак у них відсутня можливість підвищення професійного рівня [287, с. 262-268].

Італійська сімейна медицина має декілька професійних асоціацій: італійське товариство загальних практиків, італійська академія сімейної медицини, товариство сімейної та соціальної медицини. Кожна з них займається своїм напрямом розвитку сімейної медицини.

У Греції ПМСД реорганізована на засадах сімейної медицини у 70-х роках минулого сторіччя після оприлюднення Алма-атинської декларації відповідно до адміністративного устрою держави. Головною одиницею первинної медико-санітарної допомоги є районна служба, що сконцентрована у центрах первинної медико-санітарної допомоги, у яких працюють також інші фахівці, які надають консультативну допомогу сімейним лікарям.

Програма підготовки сімейних лікарів користується популярністю у випускників університетів. Асоціація сімейних лікарів Греції має свої представництва в міжнародних організаціях фахівців сімейної медицини. В університеті Криту здійснюється академічна підготовка сімейних лікарів на факультеті соціальної медицини.

За останні десятиріччя ХХ сторіччя у багатьох розвинутих країнах суттєво реформовані національні системи охорони здоров'я, в результаті чого зміцніла роль первинної медико-санітарної допомоги, що дозволяло їй на 80-90 % вирішувати проблеми населення зі здоров'ям без застосування складних і високовартісних діагностичних та лікувальних технологій [287; с. 264; 376, с. 145-150].

У постсоціалістичних країнах і країнах, що розвиваються, відсутні переконливі дані про позитивний вплив на стан здоров'я населення, збільшення фінансування первинної медико-санітарної допомоги та умов доступності населення до неї. Це пов'язано з від'ємним ефектом впливу соціально-економічних умов на показники здоров'я населення [369] і тим відомим фактом, що здоров'я людини зумовлюють такі біологічні та соціальні впливи: спадковість – 20 %, навколишнє середовище (екологія) – 20 %, спосіб життя людини – 50 % і рівень медичної допомоги – 10 % [163, с. 53-54].

Як видно з наведених даних, на формування, збереження і зміцнення здоров'я людини найбільший вплив має здоровий спосіб її життя. Здоровий спосіб життя – це раціональний, гігієнічно обґрунтований спосіб життєдіяльності людини при її позитивній санітарно-гігієнічній поведінці та мотивованій активній взаємодії з оточуючою природою і соціальним середовищем [6; 16; 88, с. 382].

Наукові дослідження показують, що в країнах з низьким економічним рівнем витрати на ПМСД більшою мірою відповідають потребам незаможних громадян порівняно із сумарними витратами, що включають і фінансування лікарень [370, с.1278-1281; 378, с. 259 - 267].

Орієнтація системи охорони здоров'я на первинну медико-санітарну допомогу сприяє підвищенню задоволеності населення якістю допомоги за умови контролю впливу вартості послуг на характер медико-санітарної допомоги. При оцінці доступності до ПМСД найвищий рівень задоволеності населення відзначено в Данії,

де таку допомогу надають лікарі загальної практики у потужній системі лікувально-профілактичних закладів зі щоденним цілодобовим доступом до неї [11, с. 12-13].

1.3. Превентивна медицина і сімейний лікар

Сучасні моделі ПМСД в усіх країнах світу не існують без профілактичних технологій, які є складовою СМ. Сімейна медицина – це наука, що спрямована на формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я окремої людини та її родини через реалізацію комплексу валеологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів з первинної медико-санітарної допомоги, а сімейний лікар – це фахівець, який опанував науковими знаннями і реалізує цей комплекс заходів [267, с. 3-6].

До складу сімейної медицини входить дві частини: превентивна (профілактична) медицина, що визначає проблеми формування, збереження і зміцнення здоров'я здорової людини та її сім'ї, а також лікувально-реабілітаційна медицина, яка вивчає принципи діагностики захворювань, їх лікування, медико-соціальну реабілітацію хворих і вторинну профілактику (профілактичне лікування). Перша частина СМ поділяється, своєю чергою, на медичну валеологію і первинну профілактику [6; 28; 39, с.65; 300, с. 120].

Валеологія (від латинського слова “valeo” – бути здоровим, сильним, міцним) – це наука і практична діяльність, що мають на меті формування, збереження і зміцнення здоров'я здорового індивіда [6, с. 33; 16]. Як окрема наука зі своєю стратегією управління здоров'ям здорового індивіда, предметом і методами дослідження валеологія виділена І. І. Брехманом у кінці минулого сторіччя [22]. Подальші дослідження українських вчених показали значні переваги медичної валеології у галузі превентивної медицини. Особливо важливого значення набуває реалізація валеологічних принципів під керівництвом сімейних лікарів [298, с. 52-53]. Під час обстеження пацієнта сімейний лікар розглядає індивідуальне здоров'я як самостійну медико-соціальну категорію, яка може бути кількісно і якісно охарактеризована прямими показниками.

У процесі формування здоров'я сім'я як найближча біологічна і соціальна система, у якій зароджується життя нової людини та формується її здоров'я ще до народження і у процесі росту та розвитку, має виняткове значення. Важливу роль відіграє родина у збереженні та зміцненні здоров'я своїх членів через реалізацію принципів здорового способу життя, що є основою медичної валеології [315, с. 169].

Первинна профілактика захворювань проводиться у тих випадках і при таких ситуаціях, коли виникають певні загрози (чинники ризику) щодо виникнення у здорових людей окремих захворювань інфекційного чи неінфекційного походження [362, с. 139].

Превентивна медицина – це система наукових знань і практичних дій, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я окремих людей та громад (громадського здоров'я) і профілактику захворювань. У вирішенні різноманітних питань превентивної медицини важливе значення мають індивідуальні та громадські

санітарно-гігієнічні заходи, які є надійним технологічним інструментом превентивної медицини [140, с. 104].

Опрацьовано метод оцінки рівня (кількості) фізичного здоров'я, який ґрунтується на розгляді організму людини як відкритої термодинамічної системи, стійкість якої обумовлена її енергопотенціалом. Експрес-методика вимірювання рівня здоров'я (валеометрія) може бути використана у будь-якому лікувально-профілактичному закладі, не вимагає складного обладнання і не є трудомісткою [16; 60, с. 9-24]. Залежно від отриманих результатів тестування визначають 5 рівнів здоров'я здорового індивіда. При цьому "безпечний рівень" здоров'я дозволяє стверджувати, що у таких людей відсутні чинники ризику захворювань. Одночасно динамічний контроль рівня здоров'я пацієнта дозволяє прогнозувати можливість розвитку соматичного захворювання і своєчасно провести необхідні профілактичні заходи [204, с. 468; 228, с. 98; 316, с. 102; 360, с. 104; 362, с. 154].

Якщо розглядати здоров'я кожної людини як результат складної взаємодії біологічних і соціальних впливів, то на стан здоров'я людини найбільший вплив має спосіб її життя. Сімейний лікар як наставник і вихователь є тим професіоналом, який, підвищуючи рівень освіти населення, зможе забезпечити знання, необхідні людині для дотримання принципів здорового способу життя [93, с. 226; 95, с. 229; 163, с. 53-54]. Під здоровим способом життя розуміють комплекс умов і заходів, що забезпечують гармонійне формування, збереження і зміцнення здоров'я, підвищення працездатності людини та продовження творчого довголіття [272, с. 79-81; 353].

Здоровий спосіб життя конкретної людини залежить від багатьох чинників: віку, статі, професії, характеру праці, місця проживання, природних умов тощо. Однак, найважливішими чинником здорового способу життя сучасної людини є її взаємодія і взаємозв'язки з природою, тому що людина є часткою всесвіту. Вона живе в оточенні природи, дихає повітрям, п'є воду, підтримує своє життя регулярним прийманням їжі, користується природним теплом і світлом Сонця [291, с. 99].

Здорова людина повинна виконувати п'ять найважливіших життєвих функцій, а саме: фізичні дії (рухливість, фізична працездатність), для чого необхідне фізичне здоров'я; пізнавальну функцію (сприйняття, запам'ятовування і переробка інформації), адекватну емоційну оцінку подій зовнішнього світу і свого місця в ньому (соціальна функція), для чого необхідне психічне здоров'я; уміння розрізняти "своє-чуже" на основі механізмів клітинного й гуморального імунітету, для чого необхідне імунологічне здоров'я; відтворення та народження здорового потомства, для чого необхідне добре репродуктивне здоров'я [60, с. 88; 366, с. 104].

Здоровий спосіб життя впливає позитивно на всі різновиди здоров'я. Однак, сам по собі здоровий спосіб життя для кожної людини скласти не може. Його слід активно, динамічно і зі знанням справи формувати, суворо дотримуватись, пристосовуючи до конкретних умов оточуючого середовища, яке часто може змінюватись. Здоровий спосіб життя слід формувати індивідуально кожній людині з урахуванням особливостей її організму. І тут виявляється величезний потенціал медичних працівників, особливо сімейного лікаря і сімейної медичної сестри, що добре знають спадковість кожної людини будь-якого віку. Вони можуть підібрати найоптимальніші комплекси її поведінки з метою формування, збереження або

зміцнення здоров'я здорової людини [30, с. 86; 167, с. 96; 224, с. 13; 227, с. 55; 286, с. 101].

Основою щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я здорової людини є її знання та знання її рідних про методи реалізації цих процесів. Санітарна освіта і пропаганда принципів здорового способу життя повинні сприяти змінам поведінки людини. Однак медико-санітарні переконання і мотивації щодо реалізації принципів здорового способу життя успішно формуються лише на тлі певних психологічних установок людини на здоров'я, "моди на здоров'я". Цьому сприяють позитивні приклади батьків, близьких друзів, членів колективу на роботі чи в навчанні, засоби масової інформації тощо. Лише людина, яка має переконання щодо важливої ролі здорового способу життя, як чинника впливу на теперішнє її здоров'я та здоров'я майбутніх її дітей, зможе успішно реалізувати його принципи [366, с. 104].

Лише маючи певні знання і переконання щодо можливості управління своїм здоров'ям, а також спонукальні мотиви до цього, здорова людина може керувати механізмами самоорганізації свого організму і забезпечувати їх динамічну стійкість на різних етапах життя [163, с. 53; 316, с. 102].

Так, у дитячому та підлітковому віці медичні працівники віддають перевагу процесам формування здоров'я. При цьому важливо розпочинати формування здоров'я майбутньої дитини ще з дошлюбного періоду майбутніх батьків з урахуванням спадкових чинників їх здоров'я. Лише повноцінна генетична інформація про матір і батька майбутньої дитини дає змогу робити позитивний прогноз щодо здоров'я майбутньої людини. З цієї метою фахівці закладів СМ вивчають "генеалогічне дерево" майбутніх батьків і при найменших підозріннях на спадкову патологію у дітей майбутнього подружжя призначають подальше генетичне дослідження [78, с. 90; 117, с. 93; 261, с. 3-6].

Для здорової дорослої людини більш актуальними є чинники збереження та зміцнення здоров'я. У зв'язку з тим, що зі збільшенням віку людини потенціал її здоров'я знижується, збереження його на попередньому рівні теж вимагає певних заходів. З метою збереження і зміцнення здоров'я найчастіше використовують немедикаментозні засоби (раціональне харчування, дієтичні добавки, загартовування, фізичну культуру, спорт, мануальну терапію тощо) [282, с. 170; 292, с. 55; 303, с. 103; 305, с. 58; 335, с. 516].

Всі ці та інші питання, що стосуються проблем медичної валеології до недавнього часу не привертати фахової уваги з боку медичних працівників нашої країни. Однак, з розвитком сімейної медицини фахівці цієї сфери стають реальними порадиниками щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп. Сімейний лікар часто безпосередньо опікує декілька поколінь однієї родини та добре знає стан здоров'я кожного члена родини у різні періоди життя. Тому він добре орієнтується у валеологічних проблемах родини, а також знає кого і від яких захворювань першочергово слід захищати в молодому віці [83, с. 89; 104, с. 64; 158, с. 167].

Лише сімейний лікар на прикладі старших членів родини може переконувати молодих здорових осіб як зберегти здоров'я на довгі роки [67, с. 48; 83, с. 89; 85, с. 88]. Працюючи в родині під час відвідувань хворих вдома, сімейний лікар виконує

не лише лікувально-реабілітаційну функцію, але й дає валеологічні та профілактичні рекомендації здоровим її членам. Тут слід акцентувати увагу на тому, що сімейний лікар має активно співпрацювати зі школою, культовими працівниками особливо щодо дошлюбного консультування сімейних пар, а також органами місцевого самоврядування і громадськими організаціями, які впливають на стан громадського здоров'я [236, с. 29-35; 256, с. 36; 257, с. 72; 281, с. 58].

Діяльність фахівців СМ щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових відбувається не лише у замкнутому середовищі родини, а перетинається з іншими відомствами та службами суспільства: сільським господарством, промисловістю, освітою, комунальними службами, громадськими організаціями та загалом з усіма інституціями держави, що мають причетність до здоров'я людини [257, с. 72; 283, с. 17].

Фахівці сімейної медицини та організатори первинної медико-санітарної допомоги у системі механізмів державного управління СОЗ виступають ланкою, яка координує та інтегрує зусилля громади, суспільства і держави, спрямовані на формування, збереження і зміцнення здоров'я окремого індивіда і громадського здоров'я [165, с. 35-39; 236, с. 29-35].

Зміцнюючи здоров'я здорових людей та прогнозуючи його на майбутнє, сімейний лікар значно розширює можливості механізмів державного управління щодо первинної профілактики захворювань інфекційної та неінфекційної природи [198, с. 17-22].

Первинна профілактика захворювань проводиться у тих випадках, коли виникають певні загрози здоров'ю і чинники ризику конкретних захворювань інфекційної чи неінфекційної природи [262, с. 3-6; 305, с. 58].

На основі концепції "чинників ризику" з метою профілактики основних захворювань під час профілактичних оглядів населення використовують скринінг (просіювання), за допомогою якого визначають групи ризику серед здорового населення. Чинниками ризику щодо виникнення найпоширеніших захворювань для окремого індивіда чи громади можуть бути інфекційні та неінфекційні [335, с. 516; 338, с. 32].

За наявності у певному осередку загрози поширення інфекційного захворювання проводиться комплекс превентивних заходів з первинної профілактики, спрямованих на елімінацію певного збудника (екзогенного чинника ризику інфекційного захворювання). Це відомі заходи щодо ізоляції хворих, як джерела збудника, карантинні заходи для певних груп населення, дезінфекція у вогнищі інфекції тощо [27, с. 14; 39, с. 65; 47, с. 163; 49, с. 84]. Крім того, проводиться активна і пасивна імунопрофілактика (щеплення) з метою зменшення впливу конкретного інфекційного чинника на здоров'я людини і первинної профілактики певного інфекційного захворювання в громаді (збереження громадського здоров'я) [60; 229; 292, с. 55; 303, с. 103].

З метою первинної профілактики найпоширеніших захворювань неінфекційної природи важливе значення має виявлення під час скринінгових обстежень у конкретної людини або у певних вікових, статевих чи професійних груп населення екзогенних (зовнішніх) чи ендогенних (внутрішніх) чинників ризику виникнення певного захворювання [20, с. 221 – 271; 129, с. 222-228].

Чинники ризику, що сприяють виникненню неінфекційних захворювань, поділяють на керовані та некеровані. До керованих належать такі чинники, як стан довкілля, спосіб життя людини, її звички в тому числі й шкідливі, ферменопатії, імунопатії, артеріальна гіпертензія, ожиріння, дисліпідемія тощо, які можна елімінувати чи скорегувати за допомогою немедикаментозних засобів або фармакотерапевтичних середників. До некерованих чинників ризику виникнення певних захворювань відносять такі, як клімат, в умовах якого мешкає людина, стихійні лиха, спадковість людини, конституцію, вік, стать. Останні необхідно лише враховувати за відсутності жодного впливу на них [298, с. 52-53; 303, с. 103].

Сімейний лікар, добре знаючи родину і генеалогічне дерево конкретної людини, з урахуванням наявних некерованих чинників ризику певних захворювань може зменшити вплив керованих чинників ризику, що дозволить попередити виникнення тої чи іншої патології [226; 288, с. 65; 290, с. 76].

Принциповою відмінністю сімейного лікаря від вузького фахівця, що працює у СОЗ, є те, що сімейний лікар проводить динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнта та його родини з урахуванням внутрішньосімейних відносин і особливостей генотипу [47, с. 163; 92, с. 72].

Профілактична спрямованість детермінована і завданнями, які покладаються на первинну медико-санітарну допомогу: сприяння раціональному харчуванню і достатньому забезпеченню доброякісною водою; проведення основних санітарно-гігієнічних заходів; охорона здоров'я матері і дитини, планування сім'ї; вакцинація проти основних інфекційних захворювань; профілактика місцевих ендемічних захворювань і боротьба з ними; санітарна освіта з актуальних проблем охорони здоров'я і способу їх вирішення [159, с. 94; 160, с. 167; 167, с. 96].

На відміну від вторинної профілактики неінфекційних захворювань, що спрямована на попередження загострень і ускладнень наявних у людини хвороб, первинна профілактика націлена на боротьбу з комплексом чинників ризику, що сприяють виникненню патології та нерідко є складовим способом життя конкретної людини (паління, гіподинамія, ожиріння тощо) [44, с. 39; 113, с. 28].

1.4. Підготовка фахівців родинної медицини

Реформування ПМСД на засадах СМ вимагає суттєвих змін у підготовці лікарських та сестринських медичних кадрів [38, с. 92; 119, с. 22; 216, с. 112; 321, с. 535]. Переглянуті раніше розроблені у системі медичної освіти програми підготовки сімейних лікарів з урахуванням світового досвіду, умов і традицій вітчизняної вищої медичної школи [2, с. 7; 90, с. 9; 107, с. 58; 117, с. 93; 210, с. 7; 235, с. 18; 295, с. 156].

Система підготовки сімейних лікарів склалась в Україні ще перед початком медико-соціального експерименту з реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Вже у 1988 році на основі першої в Україні "Професіограми лікаря загальної практики" [258-260] були опрацьовані перші типові навчальні плани і програми підготовки сімейних лікарів на додипломному і післядипломному етапах [187, с. 16; 259; 309-311]. З цією метою у 1993 р. у

Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького відкрита перша в Україні кафедра поліклінічної справи і сімейної медицини, на якій почали навчатися студенти VI курсу лікувального факультету за опрацьованою викладачами університету програмою “Поліклінічна справа і сімейний лікар” [245].

У 1995 р. в ЛНМУ була організована перша в Україні кафедра сімейної медицини факультету післядипломної освіти, де було розпочато систематичну перепідготовку сімейних лікарів з колишніх дільничних терапевтів і педіатрів [239; 310; 352, с. 51; 357, с. 577].

На сьогодні в Україні функціонують 3 факультети і 19 кафедр сімейної медицини у вищих навчальних медичних закладах післядипломної освіти [184, с. 113; 268, с. 61]. Підготовка сімейних лікарів здійснюється переважно на післядипломному етапі трьома шляхами: через дворічну інтернатуру, через піврічну спеціалізацію для лікарів-терапевтів і педіатрів, а також через спеціальну підготовку сімейних лікарів для сільської місцевості [280, с. 37; 294, с. 17; 295, с.156; 343, с. 16; 344, с. 128].

Про досвід підготовки сімейних лікарів на додипломному і післядипломному етапах повідомляють численні друковані роботи [7, с. 31; 10, с. 85; 26, с. 65; 31, с. 115; 34, с.36-41; 65, с.60; 102, с. 132; 199, с. 56]. Однак, переважна більшість робіт стосується післядипломної підготовки сімейних лікарів і медичних сестер [79, с. 123; 80, с. 66; 87, с. 17; 99, с. 125; 100, с. 100; 112, с. 15]. Питання ж додипломної підготовки фахівців сімейної медицини висвітлюються в обмеженій кількості публікацій, хоч дидактичним питанням фундаментальної підготовки фахівців СМ приділяється достатньо уваги [147, с.183; 184, с. 113]. Факультети сімейної медицини, що функціонують у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти України, активно проводять свої науково-методичні дослідження з питань підготовки сімейних лікарів в інтернатурі, перепідготовки їх з інших фахівців, на передатестаційних циклах і циклах тематичного удосконалення сімейних лікарів [154, с. 24; 214, с. 42; 234, с. 34]. Хоч все частіше виступають прибічники поглиблення базової підготовки майбутніх сімейних лікарів на окремих факультетах у медичних університетах, починаючи з перших років навчання студентів з попередньою профорієнтацією абітурієнтів на таку складну і відповідальну спеціальність, якою є сімейна медицина [36, с. 117; 298, с. 52; 340, с. 127].

Створення кафедр сімейної медицини у всіх вищих медичних навчальних закладах України сприяє управлінню підготовкою сімейних лікарів як на післядипломному, так і на додипломному етапах [342, с. 50; 355, с. 88]. Однак, відсутність певних академічних годин з сімейної медицини у процесі підготовки сімейних лікарів на додипломному етапі та відсутність єдиної програми не сприяють фундаментальній підготовці студентів до майбутньої роботи на посадах сімейних лікарів. У різних навчальних закладах викладання сімейної медицини починається з різних курсів за нетиповими програмами. І як стверджують науковці [210, с. 7], хоч існує нагальна необхідність для держави Україна підготовки сімейних лікарів, однак на додипломному етапі їх підготовка не передбачена державними нормативними документами. Ця думка підтверджується і повідомленням вчених Львівського національного медичного університету імені

Данила Галицького про необхідність розпочинати підготовку сімейних лікарів на додипломному етапі ще у 1989 р. [188, с. 1-5] і готовність до цього наступних років [82; 164, с. 64; 218, с. 10; 354, с. 3-7].

Необхідність навчання студентів за спеціальністю сімейна медицина обумовлена тим, що вже на першому курсі на кафедрі нормальної анатомії їм необхідно дати основи вікової анатомії, а на кафедрі нормальної фізіології – особливості фізіологічних процесів у людей різного віку та основи медичної валеології. На кафедрі загальної біології з курсом генетики слід більше уваги приділити вивченню генома людини та механізмів успадкування різних захворювань. Кафедри гуманітарних наук у своїх програмах повинні виділити спеціальні розділи, що стосуються різних аспектів внутрішньосімейних відносин.

На думку Є. Я. Склярова і співавторів [322 с. 129-133], підготовку сімейного лікаря слід розпочинати ще з першого курсу навчання, враховуючи складність та поліпрофільність такого фаху. Це дасть змогу не лише провести фундаментальну підготовку такого фахівця, але й правильно професійно виховати його для виконання складних медико-соціальних завдань майбутнього сімейного лікаря.

Стурбованість відсутністю єдиної наскрізної навчальної програми з сімейної медицини для вищих медичних навчальних закладів висловили і Б.Б. Гоцинський зі співавторами [65, с. 60] на другому з'їзді сімейних лікарів України. Деякі автори стверджують, що за допомогою Болонського процесу можна суттєво поліпшити підготовку сімейних лікарів на додипломному етапі, створивши продуману, повноцінну програму для багатoproфільної кафедри сімейної медицини, що має займатись додипломною, післядипломною підготовкою сімейних лікарів та їх безперервним професійним розвитком з поступовим наближенням цієї системи до європейських стандартів [68, с.41; 75, с.19; 89, с. 28; 161, с. 68].

Такі кафедри сімейної медицини могли б стати не лише ефективними центрами підготовки сімейних лікарів, але й центрами наукових досліджень у галузі сімейної медицини. При цьому, як вважають Г. І. Лисенко і співавтори [152, с. 9-10; 153, с. 29; 279, с. 6], наукові дослідження мають бути присвяченими питанням і проблемам, які постійно турбують сімейного лікаря. Вони повинні базуватись на комплексному підході до проблем кожного пацієнта та його родини. На думку авторів, найважливішими темами таких наукових досліджень мають бути:

- розробка ефективних планів моніторингу чинників ризиків найпоширеніших захворювань і рекомендації щодо їх профілактики;
- обґрунтування доцільності та ефективності скринінгових програм з метою виявлення найбільш соціально значимих захворювань, розроблення і впровадження нових технологій діагностики захворювань на самих ранніх стадіях розвитку;
- опрацювання прогностичних критеріїв виникнення захворювань та їх прогресування за наявності екзо- та ендогенних чинників ризику;
- визначення ефективності, у тому числі економічної, застосування різних методів діагностики та лікування з використанням принципів доказової медицини;
- обґрунтування стратегії ведення хворих на хронічні захворювання.

Значний внесок у наукову розробку проблем сімейної медицини роблять науковці Київської та Харківської академії післядипломної освіти та інших вищих

навчальних медичних закладів [109, с. 80-83; 169, с. 10; 175, с. 38; 223, с. 77; 332, с.28].

Особливого значення набувають наукові розробки проблем інформаційної підтримки роботи сімейних лікарів, окремих закладів СМ і вирішення регіональних проблем державного управління, які виникають під час запровадження і розвитку сімейної медицини [15, с. 19; 174, с. 46; 186, с. 25; 318, с. 522; 347, с. 16; 349, с. 83; 359, с. 79].

За стандартами Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО), безперервний професійний розвиток (БПР) принципово відрізняється від двох попередніх формальних фаз медичної освіти – базової медичної освіти на додипломному етапі та систематичної післядипломної медичної підготовки [161, с. 68-74; 233, с. 46]. Якщо останні дві проводяться відповідно до певних правил, програм, навчальних планів з визначеною кількістю академічних годин, то безперервний професійний розвиток переважно реалізується у вигляді самопідготовки та навчання на практиці, а не в підготовці під чийм-небудь керівництвом. Відповідальність за БПР покладається лише на професійну спільноту і самого лікаря [171, с. 105].

Максимальну відповідальність за безперервний професійний розвиток несе професійна медична спільнота із залученням до цієї важливої справи медичних асоціацій та інших професійних організацій. Інформаційні технології на дистанційне навчання все частіше застосовується у БПР [68, с. 41].

Професійні медичні організації або сертифікаційні органи створюють механізм контролю, за допомогою якого визначається кількість акредитованих курсів або заходів з безперервного професійного розвитку, за що кожний окремих лікар одержує певну кількість кредитних одиниць (КО) з БПР. Для ефективної реалізації безперервного професійного розвитку лікарі повинні мати резерв часу і можливості для осмислення практики і поглибленого навчання з доступом до адекватної професійної літератури та можливість відпрацювання навичок [185, с. 76; 190, с. 54; 238, с. 544].

Більшість повідомлень вітчизняних працівників закладів післядипломної медичної освіти України свідчать про те, що БПР об'єднується з післядипломною освітою [23, с. 8-9; 89, с. 28; 240, с. 50; 321, с. 535; 342, с. 50]. Створюються навчально-методичні центри на базі різних кафедр закладів післядипломної освіти, кожний з яких пропонує удосконалення знань і практичних навичок сімейних лікарів з відповідної спеціальності, що не відповідає принципам БПР. Адже форми безперервного професійного розвитку і відповідальність за рівень своєї професійної компетенції – це професійний обов'язок лікаря і йому потрібно дати право вирішувати, де вчитися, чому і як. Ми погоджуємось з Ю. В. Поляченком [229, с. 15], що в Україні слід створити свою систему безперервного професійного розвитку і проєкт її обговорити серед лікарів та професійних асоціацій, залучивши до цього проєкту керівні органи охорони здоров'я на регіональному рівні, вищі навчальні заклади та асоціації сімейних лікарів.

На основі стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти, що ґрунтується на Болонській декларації, яку Україна підписала у 2005 році, опрацювали положення про Львівський обласний навчально-практичний центр сімейної медицини, який буде займатися менеджментом, маркетингом і методичними питаннями

безперервного професійного розвитку фахівців сімейної медицини. Необхідно зазначити, що під безперервним професійним розвитком Всесвітня федерація медичної освіти розуміє безперервне професійне удосконалення фахівців після закінчення базової медичної освіти протягом всього професійного життя.

Проектом положення про Львівський обласний навчально-практичний центр сімейної медицини передбачається його організація на базі 5-ої комунальної міської клінічної поліклініки, яка є клінічною базою (клінікою) кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького. Безперервний професійний розвиток фахівців сімейної медицини, які вже працюють у закладах охорони здоров'я Львівщини вимагає комплексного вирішення багатьох організаційних і управлінських питань, а також методичного забезпечення як процесу опанування знаннями та практичними навиками, так і контролю рівня професійної підготовки кожного фахівця сімейної медицини [127, с.107-108].

З метою оптимізації безперервного професійного розвитку у багатьох європейських країнах існують різні форми контролю ефективності самостійної роботи лікарів над своїм професійним удосконаленням. Так, у Швеції існує "Інститут професійного розвитку шведських лікарів", а в Словенії цими питаннями займається Лікарська Палата, що встановлює графіки проведення організованих заходів з безперервного професійного розвитку і визначає кількість КО за участь лікарів у таких заходах [171, с. 106].

Підеумовуючи наведені матеріали про підготовку фахівців сімейної медицини в світі й Україні, можна стверджувати, що питанням підготовки цих фахівців на додипломному етапі та у процесі безперервного професійного розвитку приділяється в нашій країні ще недостатньо уваги. Зумовлено це необхідністю упродовж короткого часу підготувати значну кількість сертифікованих фахівців сімейної медицини, що реалізується переважно як через спеціальні факультети сімейної медицини [7, с. 31; 153, с. 29; 235, с. 18], так і через факультети післядипломної освіти ВМНЗ [222, с. 32; 234, с. 34]. Це дозволило підготувати значну кількість сертифікованих сімейних лікарів, які вже працюють у закладах СМ [45, с. 11-13; 121, с.18; 317, с. 98; 320, с. 123].

1.5. Державне управління системою охорони здоров'я

Виходячи з наведеного вище актуалізується проблематика державного управління системою охорони здоров'я в процесі реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Сучасний комплексний механізм державного управління системою охорони здоров'я України сформовано за принципами та пріоритетами державної політики щодо охорони здоров'я, які визначаються Конституцією України, «Основами законодавства про охорону здоров'я» та іншими прийнятими на їх виконання актами законодавства, що встановлюють, розвивають політичний механізм державного управління системою охорони здоров'я [110; 165; 197; 285].

При цьому ефективність системи охорони громадського здоров'я є результатом здійснення державою і суспільством комплексу організаційних, нормативно-правових, фінансово-економічних, природоохоронних, санітарно-гігієнічних та профілактичних заходів, спрямованих на формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я людини, підвищення якості її життя.

Загальна структурно-функціональна схема комплексного механізму державного управління СОЗ в Україні наведена в роботі І.В.Яковенка, Г.О.Слабкого, В.М.Броновича [361] (рис.1.1.).

У відповідності до положень статті 13 Основ законодавства про охорону здоров'я Верховна Рада України формує основи державної політики системи охорони здоров'я шляхом закріплення законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямків, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади, проводить у життя державну політику щодо охорони здоров'я та здійснює інші механізми державного управління, передбачені Конституцією України.

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, забезпечує проведення єдиної науково-технічної політики, створює економічні, правові та організаційні механізми, які стимулюють ефективну діяльність системи охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, спрямовує і координує діяльність спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України, як спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади в системі охорони здоров'я, забезпечує реалізацію комплексного механізму державного управління в цій системі на макрорівні в межах повноважень, визначених положенням про нього, що затверджено Кабінетом Міністрів України.

Основною метою діяльності Міністерства охорони здоров'я України є поліпшення здоров'я громадян і підвищення якості медичної допомоги. Ця мета реалізується шляхом:

- визначення пріоритетних напрямків розвитку охорони здоров'я, розроблення і організації виконання державних комплексних і цільових програм охорони здоров'я;

- участі у розробленні проєктів Державної програми економічного і соціального розвитку України, Державного бюджету України, програми діяльності Кабінету Міністрів України;

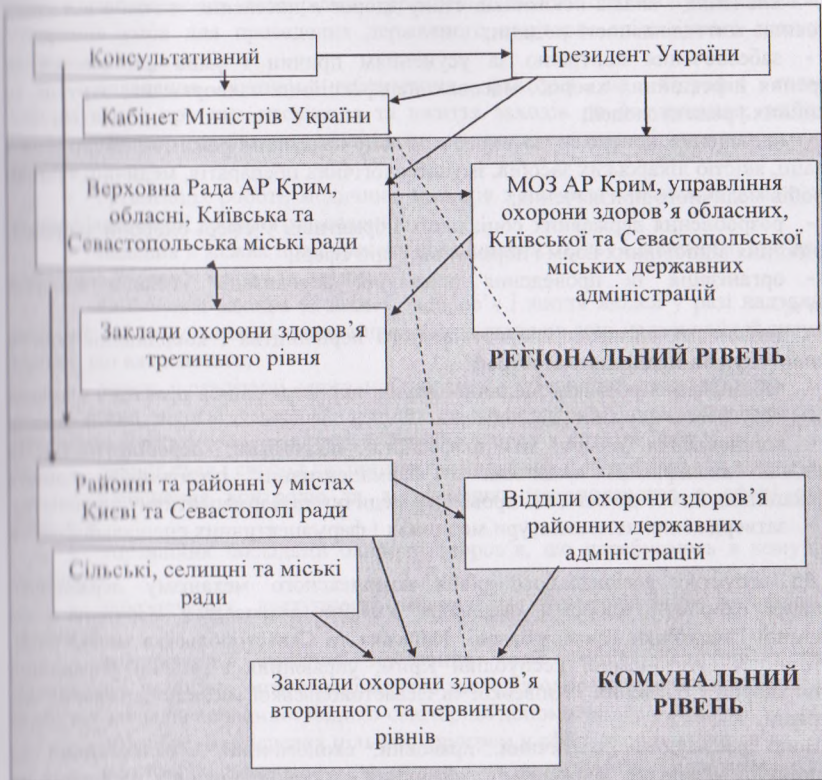


Рис. 1.1. Структура органів, які беруть участь у формуванні та реалізації комплексного механізму державного управління і державної політики охорони здоров'я населення України (за 361, с.6)

- забезпечення координації діяльності закладів охорони здоров'я, органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, науково-дослідних установ щодо питань діагностики, лікування і профілактики захворювань, формування здорового способу життя;

- визначення заходів і проведення разом з центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування роботи щодо запобігання хворобам, а також зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення;

- здійснення контролю і нагляду за додержанням державного законодавства, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;

- вивчення і аналіз показників стану здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини;
- забезпечення контролю за усуненням причин і умов виникнення та поширення інфекційних хвороб, масових неінфекційних захворювань, отруєнь та радіаційних уражень людей;
- здійснення контролю за виробництвом, належним режимом зберігання і реалізації, якістю лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, медичної техніки та виробів медичного призначення;
- розроблення державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я, затвердження відповідних норм і нормативів у цій сфері;
- організація та проведення державної акредитації закладів охорони здоров'я;
- здійснення організаційно-методичного керівництва і координації роботи державної служби медицини катастроф;
- забезпечення розвитку медичної науки, впровадження в практику охорони здоров'я результатів наукових досліджень;
- встановлення вимог до професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників, єдиних кваліфікаційних вимог до осіб, які проводять медичну та фармацевтичну діяльність;
- затвердження номенклатури медичних і фармацевтичних спеціальностей та посад.

До структур регіонального рівня комплексного механізму державного управління охороною здоров'я населення України відносяться Верховна рада Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські ради, Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, управління і головні управління охорони здоров'я обласних і Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Вони реалізують політичний, правовий, економічний, організаційний та мотиваційний механізми державного управління охороною здоров'я населення на **регіональному рівні за допомогою таких заходів, як:**

- захист прав і свобод людини та громадянина в сфері охорони здоров'я;
- здійснення контролю за додержанням державного законодавства з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства;
- проведення державної політики та виконання загальнодержавних програм з охорони здоров'я, розроблення та виконання державних цільових програм розвитку охорони здоров'я відповідних адміністративно-територіальних одиниць;
- організація медичної просвіти населення і пропаганда принципів здорового способу життя;
- визначення у проектах відповідних бюджетів видатків на охорону здоров'я;
- розроблення проектів програм соціального та економічного розвитку в сфері охорони здоров'я і подання їх на затвердження відповідній раді;
- здійснення заходів щодо розвитку і оптимізації мережі закладів охорони здоров'я та медико-санітарної допомоги;

- забезпечення санітарного і протиепідемічного благополуччя населення та створення умов для проведення державного санітарно-епідемічного нагляду на відповідній території;

- виявлення впливу небезпечних факторів на здоров'я громадян, інформування про них населення та вжиття заходів до їх усунення, здійснення профілактичних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і природоохоронних заходів;

- організація роботи медичних закладів з надання лікувально-діагностичної та профілактичної допомоги населенню;

- надання в межах повноважень встановлених пільг і допомоги, пов'язаних з охороною здоров'я матері та дитини;

- здійснення заходів із захисту здоров'я і життя людей у разі надзвичайної ситуації, інформування населення про стан довкілля в зоні надзвичайної ситуації та заходи, що вживаються;

- участь у реалізації державної політики у сфері діяльності курортів.

Органи місцевого самоврядування на комунальному рівні застосовують такі механізми державного управління охороною здоров'я у таких сферах, як:

- захист прав і свобод людини та громадянина у сфері охорони здоров'я;

- здійснення контролю за дотриманням законодавства в сфері охорони здоров'я;

- управління закладами охорони здоров'я, що перебувають в комунальній власності;

- забезпечення доступності медичного обслуговування на відповідній території;

- забезпечення надання населенню всіх видів медичної допомоги, планування, розвитку, оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, пріоритетного розвитку закладів первинної медико-санітарної допомоги;

- розроблення місцевих цільових програм у сфері охорони здоров'я;

- реєстрація відповідно до законодавства статутів (положень) закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності;

- забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;

- сприяння роботі асоціацій, неприбуткових організацій, інших громадських організацій, які проводять свою діяльність у сфері охорони здоров'я;

- вжиття у разі надзвичайної ситуації техногенного, природного, соціально-політичного, воєнного характеру необхідних заходів для забезпечення врятування життя людей, захисту їх здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя;

- забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення, організація його відпочинку, охорона і оздоровлення довкілля.

У нашому дослідженні ми використали комплексне поєднання механізмів державного управління реформуванням системи охорони здоров'я на регіональному рівні [285], що відображено в таблиці 1.3.

Механізми державного управління у сфері
охорони здоров'я України

| Механізми | | Методи, інструменти |
|---|--|---|
| 1. Комплексний механізм державного управління | 1.1. Політичний механізм державного управління | 1.1.1. Парламентські 1.1.2. Президентські 1.1.3. Урядові 1.1.4. Партиїні 1.1.5. Громадські 1.1.6. Ідеологічні 1.1.7. Соціальні |
| | 1.2. Організаційний механізм державного управління | 1.2.1. Адміністративні 1.2.2. Кадрові 1.2.3. Функціональні 1.2.4. Програмно-цільові 1.2.5. Аутсорсингові 1.2.6. Електронне врядування |
| | 1.3. Мотиваційний механізм державного управління | 1.3.1. Матеріальні стимули 1.3.2. Моральні стимули 1.3.3. Наказові 1.3.4. Банчмаркінг 1.3.5. Рейтингові 1.3.6. Професійний аудит 1.3.7. Коучинг |
| | 1.4. Економічний механізм державного управління | 1.4.1. Бюджетні 1.4.2. Ресурсні 1.4.3. Інвестиційні 1.4.4. Благодійні |
| | 1.5. Правовий механізм державного управління | 1.5.1. Законодавчі 1.5.2. Постановчі 1.5.3. Наказові 1.5.4. Статутні 1.5.5. Фахові положення 1.5.6. Посадові інструкції |

Як видно з наведеного вище, комплексний механізм державного управління охороною здоров'я в Україні на державному, регіональному і комунальному рівнях досить складний.

Аналіз досліджень закордонних і вітчизняних вчених дозволив визначити комплексний механізм державного управління як систему, яка складається з практичних заходів, методів, інструментів, важелів і стимулів, за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво чи будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей [14; 339].

Оскільки чинники державного управління мають політичну, економічну, соціальну і правову основу, то найчастіше окремі механізми державного управління виступають у вигляді політичних, економічних, правових, організаційних і мотиваційних, які входять до комплексного механізму державного управління.

У комплексному механізмі державного управління об'єднуються засоби названих вище систем цілеспрямованого впливу органів державного управління на об'єкти управління.

Об'єктами управління на рівні обласної державної адміністрації виступають громадяни, підприємства, установи та організації, засоби масової інформації, районні державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, громадські організації та інші об'єкти управління. Складовими моделі організаційного механізму державного управління в обласних державних адміністраціях є насамперед інтереси та потреби територіальних громад і суспільства, суб'єкти управління, їх цілі та завдання, організаційні структури, функції, методи та інструменти управління, а також результат діяльності ОДА. Важливою складовою механізму державного управління в ОДА є зворотній зв'язок, за допомогою якого об'єкти управління мають змогу впливати на суб'єкт управління, удосконалюючи при цьому сам організаційний механізм державного управління.

На рівні Львівської обласної державної адміністрації у процесі реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та її розвитку застосовано комплексний механізм державного управління, основною складовою якого став програмно-цільовий метод. Інструментом державного управління ЛОДА вистосовано комплексну цільову програму "Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2008-2011 роки", затверджену Львівською обласною радою.

Отже, на основі аналізу теоретичних засад державного управління охороною здоров'я доведені роль і значення первинної медико-санітарної допомоги, коли вона надається на засадах сімейної медицини. ПМСД як вид медико-санітарної допомоги спрямована на комплексну організацію заходів з пропаганди здорового способу життя, профілактики захворювань, надання медичної допомоги на догоспітальному етапі. Пошук шляхів її поліпшення і реформування системи охорони здоров'я, підвищення якості медичної допомоги призвели до переконання, що найбільш ефективною первинна медико-санітарна допомога є на засадах сімейної медицини. Такий висновок зроблено на основі аналізу літератури та історії розвитку ПМСД на засадах СМ у Великобританії, Голландії, Німеччині, Іспанії, Франції та інших країнах Європи.

Хоча в кожній країні створюється СОЗ з урахуванням національних інтересів, однак певні її напрями поширюються крізь національні кордони. Сучасні системи охорони здоров'я зокрема у сфері первинної медичної допомоги на засадах родинної медицини повинні бути безпечними, ефективними, пацієнторієнтованими,

забезпечувати вчасне і якісне надання медичної допомоги в достатньому обсязі. Складно уявити значний прогрес у розвитку будь-якої національної системи охорони здоров'я за відсутності міцної сфери первинної медичної допомоги на засадах родинної медицини [297, с. 29].

Перехід старих способів мислення та надання медичних послуг до нової парадигми охорони здоров'я, що створюється у сучасному інформаційному просторі, можна охарактеризувати так:

1. Первинна медична допомога на засадах родинної медицини базується на постійному контакті пацієнта з лікарем, результатом чого є тривалі зв'язки після перенесеної хвороби чи поліпшення її перебігу.

2. Медична допомога надається з урахуванням релігійних, національних та інших особливостей особистості пацієнта.

3. Пацієнти самі контролюють якість та ефективність медичних послуг як товару, що використовується споживачем одночасно з наданням медичної послуги.

4. Забезпечення вільного доступу до необхідної інформації для лікаря і пацієнта про зміст послуги на основі інформованої згоди, яку підписують як пацієнт, так і сімейний лікар.

5. Рішення про надання певної медичної послуги приймають, базуючись не на попередній підготовці родинного лікаря, а на засадах доказової медицини.

6. Принцип «не зашкодь» є не лише особистою відповідальністю кожного родинного лікаря, а й відповідальністю всієї системи охорони здоров'я.

7. Конфіденційність інформації поступає у багатьох випадках прозорості, тому що від індивідуального здоров'я особи може залежити громадське здоров'я.

8. Система охорони здоров'я не лише реагує на потреби населення громади чи суспільства в медичній допомозі, але й передбачає їх.

9. Замість пошуку зниження вартості медичних послуг родинний лікар постійно зменшує збитки та обмежує витрати пацієнта на медичні послуги, керуючись у своїй роботі профілактичною спрямованістю медичної допомоги.

Таке бачення проблеми потребує суттєвої реорганізації та постійного поліпшення якості первинної медичної допомоги на засадах родинної медицини. Значною мірою ефективність будь-якої моделі національної системи охорони здоров'я залежить від адекватності її сфери первинної медичної допомоги, що надається на засадах родинної медицини. Тобто, первинна медична допомога є основою для створення ефективної та стабільної системи охорони здоров'я, тому майбутнє цієї сфери охорони здоров'я є беззаперечним.

Наприкінці 80-х рр. XX ст. розгорнулася значна робота з розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні. Піонером стала Львівщина, проте тривалий час вирішення низки проблем комплексного механізму управління масштабним соціальним експериментом з впровадження ПМСД на засадах сімейної медицини трималося лише на ініціативі медичних працівників та науковців.

З часом відбулося поширення експерименту в інших регіонах України. А на Львівщині розпочалась підготовка сімейних лікарів, було засновано асоціацію сімейних лікарів, налагоджено тісні фахові стосунки із сімейними лікарями США та європейських країн.

На основі низки нормативно-правових актів з кінця ХХ ст. ПМСД на засадах сімейної медицини почала впроваджуватися в усіх регіонах України. Особливо активно розбудова сімейної медицини здійснювалася в Харківській області. Кількість сімейних лікарів зростала в Київській, Кіровоградській, Чернівецькій, Житомирській областях. Загалом в Україні з 2000 до середини 2005 р. кількість закладів сімейної медицини збільшилась у 5 разів, а сімейних лікарів – у 9. Здійснювалася всебічна державна підтримка подальшого її розвитку.

Сучасні моделі ПМСД в усіх країнах світу не існують без профілактичних технологій, які є складовою частиною сімейної медицини. Опрацьовано метод оцінки рівня фізичного здоров'я людини, дотримання нею здорового способу життя, забезпечення пацієнтів знаннями щодо можливості управління своїм здоров'ям у різному віці та у різному суспільному середовищі. Але найголовніше завдання сімейного лікаря – профілактика захворювань.

Доведено, що реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини зумовило суттєві зміни у підготовці лікарських та екстринських медичних кадрів. Удосконалювалася система підготовки та перепідготовки сімейних лікарів, створювалися факультети та кафедри сімейної медицини у вищих медичних навчальних закладах. На основі значної кількості наукових досліджень висвітлено різноманітні аспекти підготовки сімейних лікарів, організацію та здійснення наукових розробок з різних напрямів діяльності сімейних лікарів, їх безперервного професійного розвитку.

Ефективність системи охорони здоров'я є результатом здійснення державою і суспільством комплексу організаційних, нормативно-правових, фінансово-економічних, санітарно-гігієнічних та профілактичних заходів, спрямованих на формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я людини, покращення якості її життя.

РОЗДІЛ 2

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Виключна актуальність розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні на засадах сімейної медицини, як основного напрямку сучасного реформування системи охорони здоров'я з метою поліпшення якості та ефективності медичної допомоги населенню і зміцнення здоров'я кожної людини ні у кого не викликає сумніву. Реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини відповідає світовим стандартам охорони здоров'я і є одним із критеріїв Європейського вибору. Ці та інші аспекти становлення і розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини реалізуються на основі комплексного механізму державного управління розвитком сімейної медицини в нашій країні [244, 254].

При цьому комплексний механізм державного управління розглядається як система політичних, організаційних, економічних, мотиваційних і правових механізмів цілеспрямованого впливу органів державного управління на будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей [63; 118, с. 7].

Через механізм державного управління здійснюється реалізація владних відносин, що забезпечують узгодження інтересів учасників державного управління, які взаємодіють.

Механізм державного управління – це складна система структури, методів, важелів, інструментів, які використовуються в діяльності держави та її структурних підрозділів і підприємств чи закладів за нормативного, правового та інформативного їх забезпечення на макро- та мікрорівнях. У схемі кожного механізму містяться цілі, завдання, рішення, впливи, дії та результати [285].

Статику механізму управління визначають суб'єкти та об'єкти управління, що становлять організаційно-структурну основу механізму державного управління, а динаміку – комплекс взаємозв'язків між ними.

Реальний механізм управління завжди конкретний, оскільки спрямований на досягнення конкретних цілей за допомогою впливу на конкретні фактори через наявні інструменти та важелі, що діють шляхом використання конкретних кадрових і матеріальних ресурсів.

На регіональному рівні механізми державного управління об'єднують форми і методи впливу територіальних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування на реформування і розвиток суб'єктів соціальної діяльності у всіх сегментах господарства регіону. На нашу думку, відомі механізми державного управління у процесі реалізації мають свої риси залежно від особливостей сфери їх використання та рівня розвитку суспільних відносин [221], до яких відноситься й охорона здоров'я.

4.4. Політичний механізм державного управління розвитком сімейної медицини на регіональному рівні

Реформування системи охорони здоров'я є питанням як економічного, так і політичного характеру. Удосконалення механізмів державного реформування охорони здоров'я може бути здійснене шляхом:

- інтенсивних змін законодавчих та нормативних актів;
- удосконалення управління сферою;
- забезпечення належного фінансування сфери;
- посилення ролі самодіяльного населення (територіальної громади) у вирішенні соціальних та економічних питань.

Удосконалення управління сферою охорони здоров'я на всіх рівнях означало модернізацію інфраструктури, опрацювання системи визначення пріоритетів, аналіз і обґрунтування політики у сфері медичного забезпечення, об'єктивність і справедливості при розподілі ресурсів, формуванні бюджету та встановленні вартості медичних послуг [243, с. 93-147; 263].

Структурно-функціональні зміни повинні здійснюватись шляхом упорядкування ліжкового фонду, удосконалення ресурсного забезпечення медичних закладів та інтенсифікації діяльності, підвищення якості надання населенню медичної допомоги на основі запровадження новітніх організаційних і медичних технологій, стандартів якості надання спеціалізованої та високотехнологічної медичної допомоги.

Відсутність належного фінансування системи не дозволяє цілеспрямовано проводити у системі охорони здоров'я економічні перетворення. Частка внутрішнього валового продукту, а значить і фінансування системи не дозволяють провести швидше реформування охорони здоров'я. Швидкому реформуванню могло б сприяти збільшення частки платних медичних послуг в загальній структурі грошових засобів, які надходять на охорону здоров'я за умови зняття до розумних меж податкового тиску.

Належне фінансування могло б відіграти важливу роль у реформуванні охорони здоров'я. Через це, ідея запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС), яка передбачає додаткові джерела фінансування за рахунок відповідних додаткових відрахувань, отримала підтримку з боку фахівців та медичної громадськості.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я визначено розмір витрат, що рекомендується виділяти на медичну сферу, на рівні 5% від ВВП. При цьому критичною межею вважається величина витрат в обсязі 3% від ВВП, нижче якої система охорони здоров'я стає нежиттєздатною

Середній показник питомої ваги витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВНІ у 2007-2009 рр. в Україні коливався від майже критичної точки межі (3,5%) у 2007 році до нижче критичної точки у 2012 році (2,9%).

Найповніше відображає можливості країн в плані ресурсного забезпечення медичної сфери рівень витрат на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя. За даними «Світової бази індикаторів розвитку» цей показник становить в Україні 80,7 доларів на душу населення, що зумовлює, на жаль, тільки 110 місце України в

міжнародному рейтингу. Для порівняння, в США на одного жителя витрачається в цілому понад 6,0 тис. дол., в Люксембурзі – 5,9 тис., Швейцарії – 5,6 тис., Норвегії – 5,4 тис., Монако – 5,3 тис., Ісландії – 4,4 тис., Данії – 3,8 тис., Австрії, Швеції, Німеччині – 3,6 тис. дол.

У той же час, якщо проаналізувати рейтингове місце України серед інших країн світу, виявляється деяка невідповідність між потенційними економічними можливостями і реальними витратами на охорону здоров'я. Про це свідчить 52 місце за загальним обсягом ВВП, 78 місце – за показником витрат від ВВП на охорону здоров'я, 85 місце – за обсягом ВВП з розрахунку на одного жителя і 110 місце – за величиною реальних витрат на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя.

Світовий і європейський досвід свідчить про те, що жодна система охорони здоров'я не може розрахувати виключно на єдине джерело фінансування. Формула прибуткової частини системи охорони здоров'я передбачає балансування між державним або суспільним і приватним джерелами фінансування.

Система охорони здоров'я України є моделлю національної або державної системи охорони здоров'я, заснованої на принципах загальної доступності та безоплатності. Вона фінансується за рахунок видатків з державного бюджету і місцевих бюджетів.

Оптимальна модель організації системи охорони здоров'я повинна мати широкі партнерські стосунки в суспільстві. Зацікавленими сторонами і партнерами мають виступати органи виконавчої влади, працевластувачі, страховики, клієнти, комерційні і некомерційні установи, асоціації та приватні особи, що надають медичні послуги, громадські організації, групи підтримки, засоби масової інформації, економічні структури різних рівнів. Обов'язковою умовою успішності функціонування моделі є доступність інформації щодо діяльності системи охорони здоров'я.

Процес реформування медичної сфери повинен здійснюватися за наявності політичної волі, за підтримки держави і керівництва галузі, розуміння суспільства і, безумовно, медичних працівників. Умовами успішності та ефективності реформ є їх спрямованість не на медичну сферу, а на споживачів медичних послуг. При цьому передбачається посилення функцій держави з планування і регулювання при зменшенні контрольних функцій. Реалізація реформ вимагає розробки і затвердження відповідних концепцій, стратегій, програм, встановлення державних гарантій, розвитку законодавства, а також планування ресурсів, мережі, діяльності і результатів. Надзвичайно важливим є збереження і розвиток сектора громадської охорони здоров'я з державним фінансуванням не менше 70-75%.

Необхідною є чітка визначеність щодо майбутньої моделі охорони здоров'я і наявність професійної команди, здатної здійснити організаційно-структурні перетворення.

Пріоритетність охорони здоров'я для успішного соціального розвитку суспільства відображена у багатьох важливих документах державного рівня.

Сім ініціатив Президента України, запропонованих на Всеукраїнському форумі «Здорова нація» (2007), передбачали упровадження системи моніторингу діяльності органів виконавчої влади та місцевого самоврядування щодо стану

суспільного здоров'я і заходів з його поліпшення, реформування системи охорони здоров'я для забезпечення доступності медичної допомоги на принципах суспільної справедливості, зменшення шкідливого впливу тютюнопаління та негативних наслідків зловживання алкоголем на здоров'я населення, залучення громадян до фізичної культури і спорту, сприяння раціональному харчуванню, широке впровадження соціальної реклами про здоровий спосіб життя. Забезпеченню якісної та доступної охорони здоров'я присвячений окремий розділ Програми діяльності Кабінету Міністрів України «Український прорив: для людей, а не політиків» (2008). Цей напрям визначено пріоритетним і в роботі Міністерства охорони здоров'я України.

У сучасному світі існують значні ризики для здоров'я, що мають відмінності в різних країнах, незважаючи на незаперечні успіхи медичної науки і практики. Ситуація ще більше ускладнюється з появою нових загроз здоров'ю.

Все це призводить до значних додаткових витрат для суспільства, що у свою чергу, зумовлює переосмислення здоров'я не тільки як медичної, соціальної, але й економічної та навіть політичної категорій.

Необхідність визначення основних напрямів розвитку охорони здоров'я населення України зумовлюється реальними політичними та соціально-економічними процесами, зокрема:

- демократизацію суспільства, інтеграцію України у світове співтовариство;
- глобальними структурними процесами в економіці;
- зниженням рівня і погіршенням якості життя більшості громадян;
- критичною демографічною ситуацією;
- незадовільним станом здоров'я населення;
- низькою економічною ефективністю використання ресурсів охорони здоров'я, недосконалою системою оплати праці лікарів та інших працівників сфери охорони здоров'я;
- диспропорціями у розвитку амбулаторної та госпітальної медичної допомоги;
- незадовільною екологічною ситуацією, ускладненою наслідками Чорнобильської катастрофи.

Кінцевою метою реалізації Програми поставлені такі цілі:

- збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей;
- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;
- формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;
- ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів;

- солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги.

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу.

Реалізація цієї політики через політичний механізм державного управління потребує здійснення комплексу державних і галузевих заходів.

Державні заходи на основі комплексного механізму державного управління мають передбачати:

- поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективне використання;

- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтацію охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані з забрудненням та шкідливим впливом факторів довкілля;

- вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;

- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, особливо дітей та молоді;

- посилення боротьби із шкідливими звичками;

- розвиток фізичної культури і спорту;

- забезпечення раціонального збалансованого харчування населення;

- здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку;

- забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання;

- запровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я;

- удосконалення системи соціального та правового захисту медичних і фармацевтичних працівників та пацієнтів;

- визначення критеріїв щодо диференціації розміру оплати праці медичних та фармацевтичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;

- інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, в тому числі медичного приладобудування, виробництва лікарських засобів та виробів медичного призначення, здешевлення їх вартості.

Галузеві заходи мають передбачати:

- розроблення державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я населення;

- визначення пріоритетів медичної допомоги та обґрунтування переліку і обсягу гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;
- проведення реструктуризації галузі з метою ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізації амбулаторно-поліклінічної та лікарняної допомоги;
- удосконалення системи інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я на основі широкого розвитку інформаційних мереж, реорганізації медико-статистичної служби;
- створення системи забезпечення і контролю якості надання медичної допомоги на основі розроблених показників якості;
- запровадження системи ліцензійних інтегрованих іспитів у вищих медичних навчальних закладах, незалежно від їх підпорядкування, для уніфікованого контролю за якістю підготовки фахівців для сфери охорони здоров'я;
- удосконалення порядку акредитації закладів охорони здоров'я та атестації медичних і фармацевтичних працівників.

Реформування економічних засад системи охорони здоров'я спрямовуватиметься на створення прозорих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

З метою досягнення належного рівня здоров'я населення держава зберігатиме контроль за механізмами забезпечення обсягу та якості медичної допомоги, які поступово збільшуватимуться за рахунок бюджетного фінансування та залучення додаткових джерел фінансування.

Джерелами фінансування охорони здоров'я мають бути кошти державного та місцевого бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також інших джерел, не заборонених законодавством.

Кошти державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування будуть фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги та гарантованого обсягу його медикаментозного і технологічного забезпечення (далі - базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги).

Кошти добровільного медичного страхування, накопичувальних фондів територіальних громад спрямовуватимуться на задоволення індивідуальних потреб населення у медичних послугах понад базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Кошти державного та місцевих бюджетів мають бути основним джерелом фінансування державних цільових програм охорони здоров'я населення.

Заклади охорони здоров'я всіх форм власності в обов'язковому порядку повинні дотримуватися державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я та забезпечувати їх належне фінансування.

Міністерство охорони здоров'я України та його територіальні органи мають планувати і провадити свою діяльність на основі показників сукупної тривалості активного життя і здоров'я населення. Зростатиме роль громадських медичних об'єднань у розв'язанні проблем і управлінні охороною здоров'я, що сприятиме демократизації управління у сфері охорони здоров'я.

У системі управління сферою охорони здоров'я реалізується принцип децентралізації зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи.

Водночас передбачається збереження управлінської вертикалі для забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, дотримання державних соціальних нормативів у цій сфері та єдиних галузевих норм.

Передбачається розвиток державно-комунальної моделі державно-приватного і комунально-приватного партнерств щодо надання медичної допомоги.

Держава реалізуватиме єдину політику у сфері охорони здоров'я, встановлюватиме базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Територіальна громада забезпечуватиме контроль за наданням та фінансуванням медичної допомоги понад гарантований державою базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги. Створення фондів, які акумулюватимуть кошти для оплати медичної допомоги, що надаватиметься комунальними закладами охорони здоров'я, стане підставою для участі населення у розподілі ресурсів і контролі якості медичного обслуговування.

Державно-комунальна модель передбачає створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я.

Сектор загальнодоступної медичної допомоги забезпечуватиме охорону, зміцнення та відновлення здоров'я населення з використанням технологій, що визначаються базовим стандартом якості загальнодоступної медичної допомоги, постачання населенню найнеобхідніших лікарських засобів та виробів медичного призначення, перебування у стаціонарі. У межах сектора надаватиметься достатня для забезпечення базового стандарту якості загальнодоступна медична допомога усім категоріям населення за всіма видами захворювань, травм, під час вагітності та пологів.

Сектор додаткових можливостей сприятиме задоволенню потреб в охороні здоров'я, що передбачає використання технологій, рівень яких перевищує загальнодоступні стандарти.

Водночас надання медичної у межах сектора додаткових можливостей не підмінятиме допомоги, яка надається в межах сектора загальнодоступної медичної допомоги.

Держава зберігатиме за собою зобов'язання щодо захисту конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, контролюватиме якість надання медичних послуг закладами охорони здоров'я всіх форм власності.

Для більш раціонального розподілу коштів, оптимального використання матеріальних ресурсів сфери охорони здоров'я, підвищення ефективності медичного обслуговування в межах державно-комунальної моделі буде чітко розмежовано первинний, вторинний і третинний рівні надання медичної допомоги.

Медична допомога на первинному рівні включатиме профілактичні заходи, амбулаторне лікування та лікарняну допомогу за основними спеціальностями, на вторинному – спеціалізовану, технологічно складнішу, на третинному – високо-технологічну допомогу та лікування найбільш складних і рідкісних захворювань.

Разом з тим передбачається, що основна частина медичних послуг населенню повинна надаватися на первинному рівні.

Фінансово-економічний механізм забезпечення медичної допомоги на первинному, вторинному і третинному рівнях може істотно відрізнятись.

Розмежування різних рівнів буде визначено медико-технологічними стандартами надання медичної допомоги. Здійснюватиметься державний контроль за дотриманням зазначених стандартів на кожному рівні. Створення умов для здорового способу життя, активізація профілактичної діяльності у системі охорони здоров'я передбачає вдосконалення нормативно-правової бази, формування державної політики, направленої на формування, збереження та зміцнення здоров'я населення.

Зпроваджуватиметься система соціально-економічного стимулювання здорового способу життя, обмеження тютюнопаління та реклами алкоголю, тютюну й інших шкідливих для здоров'я речовин.

Стратегічна політика держави відображена у проекті загальнодержавного програми «Здоров'я – 2020: український вибір» та зорієнтована на формування міжсекторального підходу у здійсненні профілактичних заходів [21, с.71].

Широке впровадження профілактичних технологій потребує серйозних змін у роботі амбулаторних закладів. Ключовою фігурою має стати лікар загальної практики – сімейний лікар.

Реформуванню підлягають структура, кадрове, матеріально-технічне, інформаційно-аналітичне забезпечення діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби з урахуванням медико-демографічних тенденцій та соціально-економічних і екологічних особливостей регіонів.

Підвищенню ефективності державного санітарно-епідеміологічного нагляду сприятиме вдосконалення правового регулювання діяльності органів, установ і закладів санітарно-епідеміологічної служби.

Планується створення оптимальної системи надання лікувально-профілактичної допомоги, що забезпечить доступність і якість основних видів медичних послуг відповідно до базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги.

З цією метою необхідно здійснити реструктуризацію сфери на основі науково обґрунтованих потреб міського та сільського населення у різних видах медичної допомоги, пріоритетного розвитку такої допомоги на засадах сімейної медицини охорони здоров'я, а також реструктуризацію стаціонарної та спеціалізованої допомоги, упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів.

Будуть розроблені нові технології профілактичної діяльності фельдшерсько-акушерських пунктів, розширено форми лікування, які змінюють перебування у стаціонарі, запроваджено пересувні види спеціалізованої медичної допомоги на селі, збільшено обсяги планової стаціонарної та спеціалізованої допомоги в районних лікувально-профілактичних закладах.

Метою реформування системи надання лікарняної та спеціалізованої медичної допомоги є:

- упорядкування мережі центрів спеціалізованої медичної допомоги;
- забезпечення на основі багатоканального фінансування функціонування мережі лікувально-профілактичних закладів для надання безоплатної медико-соціальної допомоги хронічним хворим, які потребують тривалого лікування і догляду, інвалідам, людям похилого віку тощо;
- раціоналізація використання ліжкового фонду на основі вдосконалення ресурсно-нормативної бази охорони здоров'я, впровадження сучасних ресурсозберігальних медичних технологій, стандартів діагностики і лікування, диференційованих залежно від рівня лікувально-діагностичного процесу та етапу надання медичної допомоги;
- поліпшення якості надання лікарняної та спеціалізованої медичної допомоги у закладах охорони здоров'я різних форм власності.

Медична допомога, яка замість перебування у лікарні, розвиватиметься шляхом розширення мережі економічно ефективних організаційних форм медичного обслуговування:

- денних і домашніх стаціонарів, центрів амбулаторної хірургії тощо;
- розширення діапазону таких медичних послуг та вдосконалення ресурсно-нормативної бази в умовах реорганізації надання первинної медичної допомоги та її переходу на засади сімейної медицини;
- ширшого застосування зазначених форм для профілактики та діагностики захворювань, лікування і реабілітації хворих.

Політичний механізм державного управління у сфері охорони материнства і дитинства, зміцнення генофонду базуватиметься на основі забезпечення визначених законодавством прав жінок і дітей у всіх сферах життєдіяльності, здійснення заходів, спрямованих на надання соціальної допомоги молодим сім'ям, охорону праці жінок репродуктивного віку, створення умов, сприятливих для зміцнення фізичного, психічного здоров'я та соціального благополуччя дітей і підлітків, розширення їх доступу до спортивних, оздоровчих закладів, молодіжних клубів, розвиток індустрії дитячого харчування; забезпечення рівного доступу населення до служб репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, медико-генетичного консультування, медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів.

Концептуальні основи реформування служби охорони здоров'я матерів і дітей передбачають:

- розширення профілактичних, лікувально-діагностичних і реабілітаційно-відновних заходів, спрямованих на оздоровлення жінок;
- подальший розвиток служб планування сім'ї, безпечного материнства, медико-генетичного консультування, запровадження багатоступеневої системи перинатальної допомоги;

- розвиток медико-організаційних технологій, що сприятимуть забезпеченню народження здорових дітей, збереженню та зміцненню їхнього здоров'я, профілактиці інвалідності;

- удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів, першочергове підвищення їх лікувально-діагностичною апаратурою, впровадження у діяльність цих закладів гнучких організаційних систем залежно від регіональних умов і принципу реорганізації висококатегорійних видів медичної допомоги.

Реформування фармацевтичної галузі передбачає:

- створення та виробництво нових вітчизняних лікарських засобів;

- забезпечення закладів охорони здоров'я і населення якісними лікарськими засобами та виробами медичного призначення, підвищення ефективності діяльності вітчизняних закладів, вдосконалення матеріально-технічної бази сфери, істотне збільшення та оновлення існуючих основних фондів охорони здоров'я, зокрема за рахунок оптимізації ресурсного забезпечення, капітального будівництва, модернізації та заміни морально застарілого технічного обладнання тощо.

З метою забезпечення населення доступними і якісними лікарськими засобами необхідно вдосконалити:

- порядок державної реєстрації лікарських засобів та контролю їх якості;

- механізми державного регулювання цін на лікарські засоби;

- забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я довідниками з рецептурного та безрецептурного переліків лікарських засобів, зареєстрованих в Україні, забезпечення безумовного їх додержання лікарями під час призначення пацієнтам лікарських засобів тощо.

Однак фінансове забезпечення потреби на закупівлю лікарських засобів і виробів медичного призначення за бюджетними програмами у 2012 році не перевищувало 26,5% [21. с. 105].

У процесі реформування системи охорони здоров'я медична наука розглядається як рушійна сила, що забезпечує всебічне наукове обґрунтування необхідності перебудови галузі, визначає прогностичні тенденції здоров'я населення та розробляє науково-обґрунтовані заходи щодо його поліпшення.

Потенціал медичної науки становитимуть науково-дослідні установи, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України та Академії медичних наук України, а також наукові підрозділи вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти.

Удосконалення інноваційної політики з метою підвищення ефективності використання наукового потенціалу у сфері охорони здоров'я передбачає:

- оптимізацію і реструктуризацію мережі, структури та основних напрямів діяльності науково-дослідних установ;

- посилення ролі Академії медичних наук України у провадженні пріоритетних фундаментальних і прикладних досліджень;

- забезпечення розв'язання науково-практичних проблем охорони здоров'я шляхом формування відповідних державних, галузевих, міжгалузевих, регіональних програм;

- запровадження багатоканальності фінансування медичної науки та рахунок бюджетних та позабюджетних коштів, забезпечення їх раціонального використання

для першочергового фінансування конкурентоспроможних наукових розробок фундаментального та прикладного характеру;

- планування наукових досліджень на конкурентних засадах та спрямування їх на отримання конкретних результатів, впровадження принципів незалежної експертизи наукових проєктів та їх результатів, виділення спеціальних грантів під реалізацію проєктів – переможців конкурсу;

- забезпечення підтримки визнаних вітчизняних наукових шкіл, підвищення вимог до підготовки наукових кадрів, раціональне використання науково-інформаційних ресурсів;

- активізацію роботи, спрямованої на забезпечення розвитку міжнародного науково-технічного співробітництва, яке сприятиме підвищенню авторитету вітчизняної медичної науки та її інтеграції у світову спільноту.

Реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я має бути спрямовано на:

- удосконалення системи кадрового забезпечення сфери з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб;

- запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками;

- реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;

- реформування ступеневої медичної та фармацевтичної освіти;

- здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, спеціаліст з інформатизації охорони здоров'я, спеціаліст з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я;

- розширення підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів;

- розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних фармацевтичних працівників;

- удосконалення системи підготовки сестер медичних, розроблення та реалізацію програми розвитку сестринства, розширення функцій сестер медичних відповідно до світового досвіду, що знизить потребу держави в лікарях у державі.

Державне управління як певний вид наукової та виконавчої діяльності державних інституцій полягає в організаційному впливі на суспільні відносини в екологічній, економічній, соціально-культурній, адміністративно-політичній сферах шляхом застосування державно-владних повноважень.

Узагальнення і аналіз відповідних наукових досліджень механізмів державного управління та практики здійснення державного управління свідчать, що функціям управління охороною здоров'я, як і управлінським функціям в інших сферах, властиві відповідні ознаки. Функції державного управління є складовим елементом управлінської діяльності; вони є частиною державних функцій і здійснюються від імені держави відповідними органами виконавчої влади

(посадовими особами). Функції державного управління носять, як правило, державно-владний характер і закріплюються в правовій формі. Вони розподіляються між різними органами державної влади і з урахуванням сфер, галузей, областей, територій і та ін. функції реалізуються через прямі та зворотні зв'язки між суб'єктами та об'єктами державного управління, розкривають процес їх взаємодії.

Як відомо, адміністративні методи управління впливають із самої сутності державного управління, яке передбачає владність одних і підпорядкованість інших.

Соціально-культурне будівництво, яке структурно поділяється на сфери освіти, науки, культури, охорони здоров'я й соціального захисту, фізичної культури та спорту, є важливою складовою багатогранної діяльності Української держави.

Охорона здоров'я – надзвичайно широка сфера державного управління. Діяльність органів і закладів охорони здоров'я тісно переплітається з діяльністю практично всіх інших сфер економіки, соціально-культурної та адміністративно-політичної сфери життя держави. Їх діяльність щодо надання населенню медико-санітарної допомоги спрямована на забезпечення всім громадянам права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, передбачені ст. 39 Конституції України.

Загальновідома структура органів, які беруть участь у формуванні та реалізації державної політики охорони здоров'я, наведена на рис. 1.1.

Охорона здоров'я – один з пріоритетних напрямків державної діяльності. Верховна Рада формує основи державної політики охорони здоров'я шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямків, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсяг бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я. Реалізація державної політики охорони здоров'я відповідно до ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я, покладається на органи виконавчої влади.

Особисто відповідальність за неї несе Президент України. У своєму щорічному посланні Верховній Раді він інформує про стан реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України як вищий орган у системі органів виконавчої влади, організує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм (наприклад, боротьба зі СНІДом, туберкульозом, планування сім'ї та ін.).

Міністерства та інші центральні органи виконавчої влади у межах своєї компетенції розробляють програми й прогнози в галузі охорони здоров'я, визначають єдині науково-обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення сфери, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у галузі охорони здоров'я. Місцеві державні адміністрації реалізують державну політику охорони здоров'я на відповідній території у межах своїх повноважень, передбачених законодавством.

Для належної організації державного управління в будь-якій сфері є необхідність насамперед визначення центрального органу виконавчої влади, спеціальної компетенції, окреслення його завдань, відмежування їх від завдань інших органів і наділення його відповідними повноваженнями, тобто визначення його правового статусу. Ст. 15 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Кабінет Міністрів постановою № 469 від 12 серпня 1992 р. затвердив Положення про Міністерство охорони здоров'я, за яким воно реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я, координує діяльність національної служби охорони здоров'я щодо збереження і зміцнення здоров'я громадян на основі розвитку профілактики захворювань і формування здорового способу життя, організації висококваліфікованої медичної допомоги населенню.

Це положення значно розширило повноваження міністерства, покладаючи на нього такі права:

- здійснення державного управління шляхом реалізації комплексних цільових програм;
- здійснення контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я недержавної форми власності шляхом їх ліцензування і акредитації тощо.

Змінилась й сама роль міністерства в організації державного управління в сфері охорони здоров'я України. Протягом тривалого часу міністерство на 97% вирішувало питання організації лікування захворювань. Відповідно до нових уявлень про сутність державного регулювання й управління та згідно з новим Положенням міністерство виступає як провідник і координатор державної політики в цій сфері, як замовник науково обґрунтованого соціального замовлення медичній науці та практиці щодо розробки і впровадження нових методів запобігання захворюванням, їх діагностики, лікування та реабілітації хворих, нарешті, як державний контролюючий орган за дотриманням стандартів якості та рівнем надання медичної допомоги у діяльності закладів охорони здоров'я, незалежно від форм власності та підпорядкування, шляхом їх ліцензування й акредитації.

Аналіз положення про Міністерство охорони здоров'я дає підстави вважати його правовим актом перехідного періоду, який відтворює й навіть розширює його владні повноваження, що не завжди відповідає умовам формування ринкових відносин і виступає їх своєрідним гальмом. Видається, така внутрішня суперечність, що закладена в цей правовий акт, призведе до його недовговічності й до необхідності його заміни.

Міністерство охорони здоров'я, як центральний орган виконавчої влади спеціальної (галузевої) компетенції очолює розгалужену систему органів і закладів охорони здоров'я. Її управлінський каркас побудований відповідно до адміністративно-територіального поділу держави. За станом на 01.01.1997р. до складу системи охорони здоров'я України входили 7922 заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності всіх рівнів, у яких працювало 204643 лікарів всіх спеціальностей і 551431 середній медичний і фармацевтичний працівник. Система охорони здоров'я України суттєво не змінилась до цього часу.

Відповідно до ідеї «подвійного» підпорядкування місцеві органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я підпорядковувались по вертикалі вищому органу виконавчої влади аж до міністерства включно, а по горизонталі – виконавчому комітетові відповідної ради народних депутатів.

Слід зазначити, що така схема управління забезпечувала високу надійність і ефективність державного управління на місцевому рівні.

На обласному рівні державними адміністраціями як територіальними органами управління утворюються відповідні управління департаменту охорони здоров'я, у деяких великих областях – головні управління. Це досить впливовий галузевий орган виконавчої влади середньої ланки, який вирішує майже ті ж завдання, що і Міністерство охорони здоров'я, тільки на рівні області. Відповідно до них завдання сформована і внутрішня структура апарату управління департаменту охорони здоров'я, яка в загальних рисах повторює структуру міністерства.

Особливістю державного управління у сфері охорони здоров'я на районному рівні є відсутність окремого галузевого органу виконавчої влади. До 1957 р. у сільських районах існували відділи охорони здоров'я виконавчих комітетів районних рад депутатів трудящих, у зв'язку із зміцненням матеріально-технічної бази системи охорони здоров'я, розширення мережі медичних закладів і створення центральних районних лікарень було визнано за доцільне ліквідувати відділи охорони здоров'я у сільських районах, передавати їх функції адміністрації центральних районних лікарень (ЦРЛ).

Головний лікар ЦРЛ одночасно є й головним лікарем району. В його службовому підпорядкуванні окрім медичного персоналу є доволі чисельна адміністрація – у великих сільських районах він має 5-6 штатних заступників. У складі ЦРЛ функціонує організаційно-методичний кабінет, велика група керівників служб і підрозділів (головний терапевт, головний хірург, головний акушер-гінеколог, головний педіатр та ін.), включаючи санітарно-епідеміологічну станцію району, головний лікар якої є заступником головного лікаря району з санітарно-епідеміологічного обслуговування населення. Здійснюючи функцію управління в галузі охорони здоров'я населення району, головний лікар ЦРЛ має для цього й відповідне організаційне, кадрове, матеріально-технічне та фінансове забезпечення.

Така схема здійснення державного управління у сфері охорони здоров'я через головного лікаря ЦРЛ є найбільш оптимальною. Окремі способи відновити у сільських районах відділи охорони здоров'я (1991-1994рр.) не сприяли поліпшенню медичного обслуговування населення – малочисельні районні відділи охорони здоров'я (в середньому 5-7 працівників, з них 3-4 відповідальні посади для осіб з вищою медичною освітою) не справлялись із покладеними на них завданнями, відбувалося дублювання у роботі між ними і адміністрацією ЦРЛ, і нарешті, виникли серйозні проблеми забезпечення районних відділів охорони здоров'я кваліфікованими кадрами, оскільки висококваліфіковані фахівці відмовляються переходити на керівну і суто апаратну роботу, яку вони не безпідставно вважали тимчасовою.

Для здійснення змін у сфері охорони здоров'я в обласних центрах і містах республіканського підпорядкування утворені спеціальні органи управління міських рад – управління охорони здоров'я. Це типовий галузевий орган управління, який на

відміну від ЦРЛ не займається безпосередньо наданням медичної допомоги населенню. Утворює його міська рада народних депутатів для керівництва розташованими на території міста закладами охорони здоров'я міської комунальної власності. Його правовий статус визначається на основі положення про цей орган управління, який затверджує виконавчий комітет міської ради народних депутатів. Його повноваження значною мірою подібні до повноважень обласного департаменту охорони здоров'я й адміністрації ЦРЛ:

- організація лікувально-профілактичного обслуговування населення;
- здійснення заходів щодо охорони здоров'я жінок і дітей, контроль за фізичним розвитком дітей і підлітків;
- безпосереднє керівництво міськими закладами охорони здоров'я; надання їм організаційно-методичної й практичної допомоги в роботі та ін.

Заклад охорони здоров'я – первинна й головна ланка всієї системи охорони здоров'я. Система управління, ступінь централізації та децентралізації її значною мірою залежить від становища найбільш чисельної ланки системи охорони здоров'я – закладів охорони здоров'я. Медичний персонал, який працює в ньому, безпосередньо надає медико-санітарну допомогу громадянам, здійснює інші лікувальні та медико-профілактичні заходи. Ефективність управління певною мірою відбивається на результатах його діяльності, роботи всіх медичних і фармацевтичних працівників.

Основи законодавства про охорону здоров'я (ст.4) визначили як один із основних принципів охорони здоров'я децентралізацію державного управління в цій галузі, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основах. Існує певна закономірність між моделлю управління й становищем основної «виробничої» ланки – чим більший ступінь децентралізації, тим більша самостійність закладу охорони здоров'я.

В умовах децентралізації системи управління заклад охорони здоров'я має бути самоврядним. Адміністрація мусить забезпечувати самостійно, своїми силами, його ефективну роботу відповідно до його статутних завдань. Ще донедавна більшість медичних закладів не мала статусу юридичної особи і відповідно своїй банківських рахунків.

В останні роки ситуація дещо змінилась на краще у зв'язку із упровадженням у діяльності державних і комунальних закладів охорони здоров'я нового господарського механізму, який допускає окрім використання бюджетних коштів і елементи самофінансування (укладання договорів з підприємствами, установами, організаціями на поліпшення медичного обслуговування їх працівників чи надання громадянам платних медичних послуг, добровісний внески). Більшість медичних закладів набули статусу юридичної особи, відкрили рахунки в банках, почали «заробляти» додаткові кошти.

Міністерство охорони здоров'я розробило Концепцію реформування системи охорони здоров'я України, яка у лютому 1997 р. схвалена Кабінетом Міністрів, у розвиток якої уряд прийняв низку постанов.

У сфері вдосконалення управління охороною здоров'я у перехідний період розбудови національної економіки стратегія державної політики передбачає забезпечення збалансованості та ефективності діяльності всіх секторів охорони

здоров'я незалежно від форм власності. При цьому держава зберігає за собою важливість надання громадянам необхідного рівня профілактичної, лікувально-діагностичної й реабілітаційної допомоги на основі економічно впровадженого надання бюджетного, страхового та інших форм фінансування.

У реформуванні управління важливе місце займає оптимізація його структури, зокрема взаємодія та взаємовідносини між різними управлінськими органами як по горизонталі так і по вертикалі. Подальша політика перебудови управління передбачає реалізацію принципу децентралізації управління із збереженням відповідальності за стан справ в охороні здоров'я на кожному її рівні.

Сьогодні актуальним є передусім раціоналізація мережі закладів охорони здоров'я на території держави, більш рівномірне розміщення в країні медичних працівників (в західному регіоні України є надлишок медичних та фармацевтичних працівників, натомість у північному та східному регіонах їх бракує). Значною мірою (до 30%) надання медичної допомоги має бути реорганізовано і переведено з госпітальної на амбулаторну основу. Необхідним є створення денних стаціонарів у поліклініках і медичне обслуговування сімейними лікарями, підвищення кваліфікації медичних працівників.

3.2. Економічний механізм державного управління розвитком сімейної медицини

Останні десятиріччя у розвитку охорони здоров'я як в Європі, так і у всьому світі переважає орієнтація на стримування витратів, підвищення використання ресурсів з одночасним зростанням якості, ефективності та доступності первинної медико-санітарної допомоги населенню [103; 231, с. 45; 293, с. 81]. Європейський досвід щодо підвищення економічної ефективності охорони здоров'я на рівні первинної медико-санітарної допомоги засвідчує, що важливим питанням в економічному аспекті є фінансування первинної медико-санітарної допомоги і оплата праці фахівців сімейної медицини [60, с. 34; 360, с. 74]. Первинна ланка навіч з сімейним лікарем продемонструє свою ефективність, коли матеріальна винагорода буде залежати від результатів його роботи, а саме від поліпшення стану здоров'я населення та від задоволення людей кількістю та якістю медичних послуг [11, с. 12-13; 196, с. 40]. Найліпше задіяти важелі ринкової економіки в галузі охорони здоров'я дозволяє система поособового фінансування за моделлю умовного (часткового) або повного фондотримання [45, с. 11-13; 127].

Досягнення оптимальних співвідношень навантаження і фінансування первинної медико-санітарної допомоги та інших рівнів медичної допомоги позитивно позначиться на доступності й якості профілактичної та лікувально-реабілітаційної допомоги на всіх рівнях навіть без збільшення загальних обсягів фінансування галузі [208, с.40; 209, с.41; 277, с.33]. Відомо, що вартість обслуговування одного випадку на первинному рівні у 4-9 разів менша, ніж на вторинному, і у 18-25 разів менша, ніж на третинному. Тому, за розрахунками, зніщення навантаження у бік первинної медико-санітарної допомоги призведе до збільшення ресурсного забезпечення одного випадку надання допомоги на

вторинному і третинному рівнях. А здатність ПМСД взяти на себе більшу частину лікувально-профілактичної допомоги буде забезпечена, згідно, "Концепції програми розвитку загальної практики – сімейної медицини до 2011 року", за рахунок інвестування коштів в її матеріально-технічне і кадрове забезпечення запровадження мотивації до збільшення якості та обсягів роботи [150, с. 34-35].

Практичний досвід організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини показує, що робота сімейних лікарів у міській клінічній лікарні №1 м. Львова призвела до зменшення звернень на консультації до лікарів спеціалістів на 20%, викликів швидкої медичної допомоги – на 30%, рівня госпіталізації – на 20%, що за рік дало економію сфері охорони здоров'я міста 1,4 млн. грн.

Як вважають В. Ординський і Б. Підвербецький [196, с. 40], оплата праці фахівців СМ повинна складатись з: 1) базової зарплати, яка складає порівняно невелику частину від загальних виплат; 2) поособового нормативу, що має становити основну частину загальних виплат; 3) премій, які слід нараховувати за профілактичну роботу, щеплення і якість обслуговування.

На запровадженні прогресивних умов оплати праці фахівців СМ з урахуванням обсягів і якості роботи, настояють низка авторів [91, с. 23; 120, с. 30; 142, с.125-132; 287, с. 53; 350, с. 74; 351, с. 64].

Важливою складовою ефективною роботи сімейного лікаря є обладнання робочого місця, що було остаточно вирішено лише у 2006 році за наказом МО України від 22.05.06р. № 308 "Про затвердження таблиця оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій / у т.ч. амбулаторій загальної практики-сімейної медицини/ та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів" [246,с.13-14].

І.І.Парфьонова зі співавт. [75, с. 19] для поліпшення економіки СМ рекомендують запровадження економічно-правових механізмів пропорційної оплати праці сімейних лікарів, що забезпечить відповідну мотивацію їх професійного зростання. Цю оплату праці слід пов'язувати з кількістю населення, яке обслуговується; коефіцієнтами за обслуговування дітей і людей похилого віку, а також враховувати підсумки безперервного професійного розвитку за кредитно-модульною системою і залучення нових знань у практичну діяльність [350, с. 74].

Важливими чинниками, які пов'язані з економічним механізмом державного управління роботою фахівців сімейної медицини є забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги сучасним зв'язком і санітарним автотранспортом, а також створення відповідних житлово-побутових і соціальних умов особливо для тих, хто працює у сільській місцевості.

Започаткування нових підходів до фінансування первинної медико-санітарної допомоги на селі зроблено у Житомирській області [209, с. 40; 324, с. 83]. Фінансування фельдшерсько-акушерських пунктів було реалізовано не через сільські та селищні Ради, а безпосередньо через централізовану бухгалтерію територіального медичного об'єднання (ТМО). Ця система дозволила вести дійовий контроль за використанням коштів, а також матеріальне заохочення працівників ФАПів.

Введення медичного страхування в окремих республіках колишнього СРСР зновуало до пошуків нових принципів оплати бюджетних витрат на первинну медико-санітарну допомогу. Так, в Казахстані фінансування системи ПМСД базується на основі закінченого випадку амбулаторного пацієнта, в Киргизстані – за нормативом на одного мешканця [324, с. 84]. А в Росії опрацьовується оплата за фактичний обсяг послуги – гонорарна. Остання має свої переваги в тому, що медичні працівники зацікавлені у наданні максимальної кількості послуг пацієнтові та дозволяє збирати дані про структуру наданих послуг. Однак така система має і низку недоліків, серед яких відсутність зацікавленості медичних працівників у поліпшенні здоров'я пацієнта, можливість надання непотрібних послуг, невпевненість передбачення обсягів фінансування, відсутність у медичних працівників мотивації до ефективного використання фінансових ресурсів і економічного взаємозв'язку з іншими ланками охорони здоров'я, орієнтація тільки на пацієнта, а не на громадське здоров'я.

Оплата роботи медичних працівників за закінчений випадок лікування чи диспансеризації проводиться на основі заздалегідь класифікованого за окремими параметрами випадку та його нормативної вартості. Позитивні сторони та недоліки фінансування за закінчені випадки амбулаторного лікування (диспансеризації) згорні подасмо у табл. 2.1.

Експертами ВООЗ не рекомендується гонорарний метод для застосування у системах охорони здоров'я, які реформуються, з причини складності та високої вартості питомих економічних витрат на її успішну реалізацію, дорогівартісної системи контролю [122, с.192-133].

Цей метод не рекомендується для фінансування первинної медико-санітарної допомоги [192, с. 134], однак може бути використаним для оплати послуг вузьких спеціалістів поліклінік, денних і домашніх стаціонарів закладів ПМСД.

За умови поособового фінансування заклад ПМСД отримує однакову суму фінансів за надання первинної медико-санітарної допомоги одному прикріпленому мешканцю, що не залежить від частоти його звертання за медичною допомогою та її вартості. Характеристика цього методу фінансування закладів ПМСД наведена в табл. 2.2.

Система поособового фінансування передбачає також різну оплату медичної допомоги залежно від віку і статі пацієнтів, а також екологічних характеристик місцевості. Однак, як відзначають автори [192, с. 136], збільшення числа змінних істотно ускладнює розрахунки, хоч мало впливає на розподіл ресурсів.

Модифікацією класичного поособового методу фінансування ПМСД є оплата первинної медико-санітарної допомоги за схемою (часткового) або повного фондотримання.

Характеристика часткового фондотримання при поособовому фінансуванні наведена у табл. 2.3.

При частковому фондотриманні передбачається повне поособове фінансування ПМСД і 10-20% загального об'єму лікарняної допомоги з чітким переліком нескритичних для здоров'я станів [191, с. 137]. При цьому між закладами сімейної медицини і лікарнями укладаються угоди про умови та порядок надання істатними медичної допомоги приписному до закладів ПМСД населенню.

Характеристика фінансування за клінічними випадками лікування (диспансеризації) [192, с.133]

| Переваги | Недоліки |
|--|--|
| <p>1. Медичні працівники зацікавлені у збільшенні кількості пролікованих хворих і скороченні термінів лікування.</p> <p>2. У медичних працівників відсутня зацікавленість у призначенні зайвих відвідувань і процедур, що призводить до здешевлення надання допомоги конкретному хворому.</p> <p>3. Адміністративні витрати фінансувальника на оплату ПМСД незначні.</p> | <p>1. Тяжко прогнозувати обсяги фінансування.</p> <p>2. Орієнтація лише на пацієнта, а не на громаду.</p> <p>3. У медичного персоналу немає зацікавленості (передовсім, економічної):</p> <p>3.1. У поліпшенні здоров'я пацієнтів («зацікавленість у збільшенні кількості випадків захворювань, у тому числі за рахунок компенсованих випадків»).</p> <p>3.2. У проведенні профілактичних заходів.</p> <p>4. Можливі випадки необґрунтованої економії на наданні необхідних пацієнтові діагностичних обстежень і лікувальних процедур, що може призвести до зниження якості медичної допомоги.</p> <p>5. Орієнтація на «вигідних» хворих та нескладних захворюваннях.</p> <p>6. З'являється можливість маніпулювання оцінкою тяжкості випадку.</p> <p>7. Зберігається можливість зацікавленість перекладання на спеціалістів і лікарняні заклади відносно трудомістких випадків захворювань.</p> |

Основна частина закладів ПМСД, які працюють на засадах сімейної медицини, зі спеціалістами та лікарняними закладами здійснює розрахунки на основі авансових платежів згідно із запланованими у процесі переговорів об'ємом і структурою медичної допомоги.

Як вважають автори 191, с.140, фінансово-економічні відносини між закладами ПМСД та іншими установами і фахівцями дозволяють забезпечити реальну керованість і відповідальність первинної ланки за здоров'я населення, знизити потребу в спеціалізованій та високоспеціалізованій медичній допомозі, створити конкурентне середовище у закладах вторинної та третинної медичної допомоги. Поособове фінансування закладів ПМСД за схемою часткового фондотримання є потенційно найефективнішим методом фінансування закладів ПМСД, які працюють на засадах сімейної медицини.

Оплата праці лікарів ПМСД за поособовим принципом практикується у Великобританії, Італії, Іспанії, більшості країн Центральної та Східної Європи. Основною перевагою оплати праці медичних фахівців ПМСД за подушним принципом є її мотивувальна роль до збільшення ефективності використання економічних ресурсів, виконання сімейним лікарем функції координатора маршруту пацієнта і принципу «воротаря».

Таблиця 2.2

Характеристика поособового фінансування первинної медико-санітарної допомоги [за 191,с.135]

| Переваги | Недоліки |
|---|---|
| <p>1. Стримується зростання витрат на медичну допомогу, оскільки лікарі на зацікавлені у збільшенні кількості відвідувань і обстежень.</p> <p>2. З'являються стимули до профілактики захворювань.</p> <p>3. Прагнення лікарів ПМСД розширювати розміри своєї практики.</p> <p>4. Загальні витрати на об'єм допомоги, що виконується ПМСД, передбачувані.</p> <p>5. Адміністративні витрати на оплату ПМСД мінімальні.</p> | <p>1. Недостатня економічна мотивація медичного персоналу закладів первинної медико-санітарної допомоги щодо поліпшення здоров'я прикріпленого населення.</p> <p>2. Немає зацікавленості в інтенсифікації діяльності, розширенні функцій первинної ланки.</p> <p>3. Відсутній економічний зв'язок з вторинним і третинним рівнями медичної допомоги – надмірна кількість функцій, що делегуються (зацікавленість у перекладанні на спеціалістів і лікарні відносно трудомістких випадків захворювань, надмірні звернення хворих до швидкої медичної допомоги у зв'язку з їх несвоєчасним обслуговуванням ланкою первинної медико-санітарної допомоги).</p> <p>4. Немає економічної зацікавленості в наданні належного обсягу і структури медичних послуг на інших рівнях (вторинному і третинному).</p> <p>5. Складність формування подушного нормативу в зв'язку з неадекватністю чинної інформаційної бази даних про кількість звернень і витрат на ПМСД диференційовано за діагнозами.</p> |

Як показує В.В.Рудень [283, с. 185], найприйнятнішим для охорони здоров'я України може бути змішаний принцип фінансування сімейних лікарів, коли частина коштів із нормативу фінансування на одну особу нараховується сімейному лікарю,

а інша частина йде на оплату консультацій і стаціонарної допомоги. При цьому поособове фінансування здійснюється диференційовано залежно не тільки від чисельності, а й від віку та статі пацієнтів. Передбачається також у змішаному принципі фінансування сімейних лікарів оплата за надану додатково медичну допомогу: відвідування хворих вдома, надання невідкладної допомоги, участь у програмах імунізації тощо.

Консультантам в амбулаторно-поліклінічних закладах і спеціалістам лікарень зарплата може сплачуватись з іншої частини фінансування на одну особу.

Таблиця 2.3

Поособове фінансування ПМСД за схемою часткового фондотримання

| Переваги | Недоліки |
|--|---|
| <p>1. Медичний персонал первинної ланки зацікавлений у поліпшенні здоров'я прикріпленого населення, ранньому виявленні захворювань та їх профілактиці.</p> <p>2. Заклади ПМСД зацікавлені в розширенні методів діагностики та лікування на первинному рівні, розвиткові стаціонарної допомоги в поліклініці (денні та домашні стаціонари поліклінік, амбулаторна хірургія), зменшенні масштабу делегування фахових функцій на вищі рівні медичної допомоги, у виборі ефективних варіантів надання ПМСД та здешевленні втручань.</p> <p>3. З'являється зацікавленість у адекватному використанні мешканцями професійної медичної допомоги, що стимулює навчання людей критеріям звернення до лікаря, методам само- і взаємодопомоги.</p> <p>4. Прагнення до інтеграції всієї системи медичної допомоги та раціонального витрачання коштів на всіх етапах її надання шляхом планування на різних етапах, визначення раціональних професійних маршрутів пацієнтів, забезпечення наступності та послідовності спеціалізованої допомоги в поліклініках і лікарнях.</p> <p>5. Стимулювання конкуренції лікарень, прагнення забезпечити своїх хворих якісною допомогою з прийнятними витратами.</p> <p>6. Загальні витрати на ПМСД передбачувані.</p> <p>7. Адміністративні витрати на ПМСД мінімальні.</p> | <p>1. Можливі випадки стримування направлень на госпіталізацію.</p> <p>2. Відсутність інформації про витрати по кожному діагнозу на всіх рівнях лікувального процесу</p> <p>3. Досить високі фінансові ризики постачальників ПМСД. Ймовірність проявів дезінтеграції процесів у системі медичної допомоги через неузгодженість дій різних покупців лікарняної допомоги – фондотримачів і фінансуючої сторони.</p> |

Невідкладна медична допомога, яка в нашій державі надає додаткову медичну допомогу в години, коли не працюють поліклініки, при запровадженні сімейної медицини буде поступово реструктуризована і перетвориться у перевезення хворих спеціалізованими автомобілями за типом існуючих за кордоном «амбуланс». А екстрена медична допомога тоді зможе сконцентрувати свої зусилля на допомозі потерпілим у дорожньо-транспортних пригодах і катастрофах, нещасних випадках на вулиці, що значно прискорить час її прибуття і врятує життя великій кількості людей.

Одним із важливих способів оцінки кількості та якості роботи фахівців сімейної медицини є визначення рейтингових показників, за допомогою яких можна диференціювати оплату праці. За допомогою цих показників роботи фахівців СМ визначають не лише ефективність праці окремого фахівця, але й порівнюють моделі кінцевих результатів (МКР) діяльності окремих фахівців, підрозділів і навіть закладів охорони здоров'я, які працюють у порівняльних між собою умовах, а також коефіцієнти трудової участі (КТУ) окремих фахівців чи підрозділів закладів первинної медико-санітарної допомоги у реалізації завдань щодо поліпшення показників надання ПМСД населенню [94, с. 35; 144, с. 174-179; 130, с. 44].

Розробляючи рейтингові показники професійної діяльності фахівців і підрозділів сімейної медицини, перш за все, визначається коло статистичних показників, що найповніше характеризують кількість і якість виконаної за певний проміжок часу (півроку, рік) професійної роботи та її ефективність і враховується велика чи менша значущість кожного показника за бальною системою у загальній оцінці роботи кожного фахівця відповідно до гарантованого об'єму медичної допомоги.

При визначенні моделі кінцевого результату для окремого фахівця нормативне значення його показників має бути оптимальним, однак досягнення їх повинно вимагати певних творчих професійних зусиль. Так, для лікаря, рейтинг якого за останній рік був нижчим від середнього по центру первинної медико-санітарної допомоги, МКР може бути середнє нормативне її значення, а для лікаря, рейтинг якого перевищує середнє значення, моделлю кінцевого результату має бути найвищий нормативний показник, тобто досягнення найліпшого лікаря (лідера), або навіть ще вищий.

Коефіцієнт трудової участі кожного з фахівців сімейної медицини у виконанні епідеміологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів, розрахований на основі рейтингових показників, дозволяє визначити надбавки до заробітної платні кожному фахівцеві, якщо у центрі первинної медико-санітарної допомоги при частковому чи повному фондотриманні є кошти для стимулювання фахівців СМ за кількість і якість виконаної роботи [82].

Отже, рейтингові показники фахівців сімейної медицини та коефіцієнти їх трудової участі можуть слугувати об'єктивним критерієм як для економічного, так і для морального заохочення до підвищення якості й ефективності своєї професійної діяльності.

2.2.1. Сімейна та страхова медицина в Україні, форми медичного страхування. Відповідно до джерел фінансування медичне страхування поділяють на дві форми [246]:

1. *Обов'язкове медичне страхування (ОМС)*, що базується на суспільних принципах фінансування, де кошти системи страхування формуються за рахунок обов'язкових внесків, які залежать від рівня доходів (а не ризику). Воно відповідає принципу соціальної солідарності (здоровий платить за хворого, молодий — за старого, багатий — за бідного). В деяких країнах розмір внеску не залежить від доходу — є фіксованим.

2. *Добровільне медичне страхування (ДМС)*, засноване на особистих внесках громадян, розмір яких залежить від рівня стану здоров'я конкретного застрахованого (від рівня медичного ризику). Обсяг медичної допомоги в разі приватного страхування залежить від певної, обраної програми страхування та розміру страхового внеску.

Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, від особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування. Обом формам властиві свої переваги та недоліки. Однак, обов'язкове медичне страхування має одну суттєву перевагу для національних систем охорони здоров'я — воно забезпечує регулярність надходження грошових коштів, створюючи тим самим можливість планувати медичну допомогу.

У табл. 2.4 наведено характерні особливості та принципи відмінності між добровільним (комерційним) й обов'язковим (соціальним) медичним страхуванням, проте вони мають право на існування в умовах ринкової економіки і повинні бути використані в інтересах охорони здоров'я.

Таблиця 2.4

Особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування

| Особливості страхування | ОМС | ДМС |
|----------------------------------|---|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Характер | Державне, некомерційне (неприбуткове) | Комерційне (прибуткове) |
| Вид страхування | Соціальне | Приватне |
| Поширеність | Загальне, масове | Індивідуальне чи колективне (сімейне) |
| Регламентується | Законодавством держави (в Україні — проект Закону «Про медичне страхування громадян») | Законодавством держави (Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 р. за № 85/96-В)Р |
| Правила страхування визначаються | Державою | Страховими організаціями |

Продовження табл. 2.4

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|--|
| Здійснюється | Державними страховими організаціями чи організаціями, які контролюються державою (наприклад, фонди) | Страховими організаціями різних форм власності |
| Страховальники | Держава (органи місцевого самоврядування) та працююче населення | Юридичні та фізичні особи |
| Джерела фінансування | Внески державного бюджету, працевдавців і працюючого населення | Особисті доходи громадян, працевдавці (юридичні особи) |
| Програма (гарантований мінімум медичних послуг) | Затверджується органами влади різних рівнів | Визначається договором страховика та страховальника |
| Тарифи на страхування встановлюються | За єдиною, затверженою державою методикою | Відповідно до договору страховика та страховальника |
| Система контролю за якістю медичних послуг визначається | Державними органами | Угодою суб'єктів страхування |
| Прибутки використовуються | Тільки для основної діяльності — медичного страхування | Для будь-якої комерційної чи некомерційної діяльності |

Обов'язкове медичне страхування. Система ОМС — комплекс державних заходів та методів фінансування, спрямованих на створення, діяльність і розвиток соціально солідарної системи медичного страхування.

Метою соціального ОМС є встановлення гарантій для захисту прав громадян на отримання безоплатної медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я за рахунок коштів ОМС.

ОМС здійснюється згідно із законодавством країни, в якому передбачаються умови і порядок його проведення; реалізується відповідно до програми, що визначають гарантований обсяг та умови надання медичної допомоги населенню і проведення необхідних профілактичних заходів.

ОМС базується на наступних принципах:

1. *Солідарності та субсидування:*

* розмір внесків відповідає мірі спроможності застрахованих та визначається розміром заробітної плати, а послуги надаються відповідно до стану здоров'я незалежно від розмірів особистих внесків кожної людини. Така методика визначення розміру внесків забезпечує солідарне вирівнювання, в якому здорові несуть витрати за хворих, молоді — за старих, самотні — за сім'ї, а добре забезпечені — за незаможних;

- умови ОМС не залежать від статі, віку, місця проживання, стану здоров'я і доходів застрахованих осіб;
- медична допомога надається у разі настання страхового випадку згідно з відповідними стандартами.

2. Державності:

- цільове використання коштів ОМС, коли вони не спрямовуються на фінансування інших урядових програм;
- установлення державних гарантій для реалізації застрахованими особами своїх прав на отримання безоплатної медичної допомоги;
- паритетність представників держави, застрахованих осіб і працевластців в управлінні ОМС;
- в більшості країн – держава оплачує страхування дітей та соціально не захищених громадян держави.

3. *Некомерційності* (неприбутковості) — базується на тому, що прибуток від проведення ОМС є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення.

За такої системи держава визначає основні правила функціонування системи ОМС, перелік основних послуг, які надаються застрахованим, перелік груп населення, що підлягають страхуванню, регулює розмір страхового внеску, вирішує спірні питання тощо.

Держава забезпечує сталість системи ОМС, стабільність надходження коштів до страхового фонду і дає змогу планувати медичну допомогу. Для цього створюються окремі організації, якими керує чи які контролює держава, — у різних країнах зі своїми особливостями і назвами: «страховий фонд», «лікарняна каса», «фонд здоров'я» тощо.

Основні функції державного страхового фонду такі:

- гарантування (*забезпечення*) фінансової стабільності та вирівнювання фінансових можливостей територіальних систем ОМС;
- розроблення разом з уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я проектів базових тарифів на медичні послуги, базової програми ОМС;
- визначення (*розроблення*) базових розмірів страхових внесків;
- забезпечення організації науково-дослідних робіт у галузі ОМС;
- укладення угод зі страховими організаціями та медичними закладами про надання медичної допомоги застрахованим особам.

За шляхом збирання страхових внесків та їх витрачанням ОМС може бути умовно розділене на три групи. До першої групи відносять моделі, в яких обов'язкові внески надходять безпосередньо страховику (страховій компанії, страховому фонду, лікарняній касі тощо). До цієї групи належить Німеччина. Другу групу утворюють моделі, в яких обов'язкові внески здійснюються у національний чи регіональний фонд, далі кошти розподіляються страховикам. До цієї групи належать Нідерланди і Російська Федерація. Для моделей третьої групи характерно, що гроші надходять і витрачаються національним фондом (Польща).

До страхувальників у сфері ОМС належать держава, юридичні особи (підприємства, установи, організації) і працююче населення. Юридичні особи є

страхувальниками для працюючого, а держава (органи державного управління, виконавчої влади, місцеві адміністрації) — для непрацюючого населення (дітей, вчителів, студентів денної форми навчання, пенсіонерів, інвалідів, безробітних, що зареєстровані в установленому порядку). При цьому пенсіонери і соціально незахищені контингенти населення зазвичай страхові внески не сплачують (Франція, Бельгія, Австрія, Японія, Німеччина, Нідерланди та ін.).

Для ОМС характерним є те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих. ОМС передбачає, що сплата страхових внесків за працююче населення може бути покладена як на працевлаштувачів, так і на працівників. Частка кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування.

У системах медичного страхування країн світу величина страхового внеску або податку коливається в межах від 1 до 15 % (зазвичай — 8—12 %) прибутку застрахованого. Винятком є декілька країн — серед яких Польща, де кожний працюючий сплачує фіксований (однаковий для всіх) податок і на всіх місцях праці (включаючи сумісництво).

Основним джерелом надходжень у системи соціального страхування в більшості країн (у тому числі в Румунії — 8,0 %, Росії — 3,6 %) є тільки податок з працюючих громадян. На відміну від цих країн, джерелами надходжень у систему ОМС Німеччини, Франції та Нідерландів є внески і самих працюючих осіб, і працевлаштувачів. При цьому в Німеччині сума внесків ділиться порівну (по 6,5 % оподатковуваного податками доходу), тоді як у Франції певну частину своєї зарплатної плати відраховують на медичне страхування (тобто 1/3 частину внеску за рахунок громадян, а 2/3 — за рахунок працевлаштувачів). У Нідерландах основним джерелом надходжень коштів у систему «загального медичного страхування» є внески працевлаштувачів (близько 5 % оподатковуваного доходу) і працівників (близько 1,5 % оподатковуваного доходу), у той час як у систему «виняткових» медичних витрат внески здійснюють тільки працівники (близько 7 % оподатковуваного податками доходу). Розміри внесків визначаються державними нормативними актами.

Працівник знає, яка частина зарплатної плати йде на охорону його здоров'я. Його участь у страхуванні є осмисленою і зацікавленою; йому вигідно не хворіти, бо невтрачені страхові кошти значною мірою можуть повертатися до нього у формі різних пільг, зокрема надбавки до пенсії, конусного протезування чи санаторно-курортного лікування тощо.

Характерним для певних країн є участь населення у витратах (додатковий обсяг медичної допомоги оплачується населенням самостійно, окрім коштів страхування). Також у більшості страхових систем пацієнт як доповнення до страхових внесків оплачує певну частину вартості медичної допомоги в момент її отримання, тобто застосовується принцип «додаткова участь у витратах» (для прикладу — за факт візиту до лікаря, за виписування кожного рецепту), що певною мірою зменшує необґрунтовані видатки.

Страхові медичні організації здійснюють свою діяльність на некомерційній (неприбутковій) основі. Критерієм розмежування комерційного й некомерційного

характеру діяльності є порядок використання прибутку. Якщо характер діяльності страхової медичної компанії некомерційний, то весь дохід від підприємницької діяльності вона повинна використовувати для виконання завдань обов'язкового медичного забезпечення.

Використання прибутку не може бути комерційною таємницею страхової компанії – вони, як правило публічно висвітлюються по завершенню звітного періоду. Наприклад, у законі Російської Федерації передбачено, що прибутки і видатки медичної організації, які виконують ОМС, мають бути відкрито опубліковані в засобах масової інформації.

Базова (обов'язкова) програма ОМС (у подальшому — базова програма) затверджується на рівні держави та переглядається залежно від потреб у медичній допомозі, що гарантована населенню, матеріальних і фінансових можливостей суспільства в галузі охорони здоров'я. Вона становить науково обґрунтовані пропорції обсягів ПМСД, включаючи швидку медичну допомогу, діагностику і лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах, стаціонарну допомогу та профілактику захворювань.

Мінімальний перелік медичних послуг, які мають бути надані, у тому числі за рахунок ОМС, на міжнародному рівні визначено ст. 10 конвенції Міжнародної організації праці 1952 р. за № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення». Відповідно до конвенції Міжнародної організації праці 1969 р. за № 130 «Про медичну допомогу, допомогу у зв'язку із захворюванням» громадяни кожної з країн, що ратифікували цю конвенцію, повинні отримувати принаймні такі види медичної допомоги:

1. Загальну лікарську допомогу, зокрема допомогу вдома.
2. Допомогу, яку надають спеціалісти амбулаторним хворим, і допомогу спеціалістів, яка може бути надана за межами лікарні.
3. Госпіталізацію за потреби.
4. Отримання необхідних лікарських препаратів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста.
5. Стоматологічну допомогу, якщо це передбачено національним законодавством.
6. Медичну реабілітацію.
7. Надання, ремонт і заміну протезів або ортопедичних засобів, якщо це передбачено національним законодавством.

Програмою ОМС встановлюються основні засади надання медичних послуг (товарів, робіт) застрахованим особам у системі ОМС та визначаються такі параметри:

- перелік клініко-діагностичних груп захворювань, травм або їхніх наслідків, а також інших патологічних станів, у разі настання яких медична допомога застрахованим особам надається за кошти ОМС;
- основні стандарти надання медичних послуг і нормативи їх забезпечення;
- обсяги, методи медичної допомоги застрахованим, профілактичні та реабілітаційні заходи;
- порядок застосування фінансових санкцій до платників страхових внесків;

- порядок відшкодування витрат, пов'язаних із лікуванням застрахованих осіб;
- умови реалізації прав громадян на отримання якісної, доступної та своєчасної медичної допомоги.

Страхові медичні організації реалізують обов'язкові страхові програми за угодами із ЛПЗ (незалежно від форм власності), приватними лікарями (в тому числі і лікарями загальної практики, які мають ліцензії та пройшли акредитацію).

Важливою ланкою гарантування захисту громадян у наданні їм медичної допомоги і забезпечення статистичного обліку медичних показників та бухгалтерського обліку є *поліс медичного страхування*.

Як гарантія соціального захисту громадян поліс медичного страхування є носієм трьох основних функцій медичного страхування:

- 1) представляє державну базову програму на територіях у системі ОМС;
- 2) відтворює нормативну й економічну структуру системи медичного страхування та принципи взаєморозрахунків;
- 3) є державною гарантією надання передбаченого рівня та обсягу медичної допомоги.

При ОМС кожен громадянин може бути застрахований тільки однією страховою медичною організацією. Застрахованому громадянину може бути виданий страховий медичний поліс, який зберігається безпосередньо у нього.

У страховому медичному полісі зазначають: прізвище, ім'я, по батькові, вік, місце роботи, соціальне положення, адресу застрахованого, термін дії договору. У разі звернення по медичну допомогу застраховані особи зобов'язані пред'являти страховий медичний поліс ОМС разом із документом, що засвідчує особу.

У разі потреби отримання медичної допомоги застрахованим громадянином, який з тих чи інших причин не має страхового медичного поліса, він вказує ту страхову медичну організацію, що застрахувала його або звертається до фонду ОМС, які зобов'язані підтвердити медичному закладу факт страхування і забезпечити застрахованого полісом ОМС.

У випадку втрати поліса застрахований громадянин письмово повідомляє про це організацію, що видала поліс, із зазначенням обставин його втрати.

Страхова медична організація зобов'язана забезпечити застрахованого дублікатом поліса. Втрачений поліс визнають недійсним.

Дітям поліс медичного страхування оформляється згідно зі свідоцтвом про народження та паспортом матері (за деяким винятком, за паспортом батька) з метою запобігання дублюванням полісів.

Непрацюючі громадяни, відносно яких складено договір ОМС, при зміні постійного місця проживання повинні повернути отриманий ними раніше страховий медичний поліс із подальшим отриманням іншого поліса за новим місцем проживання.

У разі смерті застрахованого громадянина поліс втрачає свою силу і підлягає поверненню в страхову медичну організацію, що видала його.

Таким чином, поліс медичного страхування є важливою ланкою між принципами захисту громадян в наданні їм медичної допомоги та статистичного обліку медичних показників і бухгалтерського обліку. Тим самим здійснюється

важливий принцип звітності за надані рівень і якість медичної допомоги громадянину перед платником податків.

ОМС охоплює практично все населення і задовольняє основні першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків.

Тому незадоволений страховий інтерес (об'єм медичної допомоги) реалізується організацією ДМС.

Запровадження в Україні ОМС. В Україні ще не прийнято закон, який би регулював суто обов'язкове медичне страхування, але в Законі України від 07.03.1996 р. за № 85/96-ВР «Про страхування», який регулює відносини у сфері всього страхування - медичне страхування назване першим у переліку обов'язкових видів страхування. Проте Верховна Рада України вже розглядала кілька варіантів Закону про державне медичне страхування, але жоден не отримав бажаної підтримки.

Запровадження страхової медицини — в першу чергу це перехід на нові форми організації (на сьогодні в Україні система охорони здоров'я населення має винятково бюджетне фінансування) та управління в системі охорони здоров'я (договірні стосунки, що базуються на умовах контрактів, автономності надавачів медичних послуг), розвиток приватної практики, зміна оплати праці за обсяг виконаної роботи, зміна пріоритетів у наданні медичної допомоги (зі стаціонарної допомоги на амбулаторно-поліклінічну та профілактичну) і висока якість медичних послуг (відповідно до стандартів надання медичної допомоги та оцінювання якості проведеного лікувально-діагностичного процесу) та їх відповідність соціальним гарантіям страхового полісу, вільний вибір лікаря і ЗОЗ пацієнтом, боротьба за пацієнта та багато іншого.

На сьогодні в державі є кілька концептуальних підходів до запровадження в Україні системи ОМС:

- із можливим залученням приватних страхових компаній;
- шляхом об'єднання державного соціального страхування (у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності) та ОМС;
- запровадження медичного страхування як окремого виду соціального страхування.

Як свідчить міжнародний досвід (Угорщина, Словаччина, Хорватія, Естонія, Польща), на початковому етапі найефективнішими є централізовані системи організації системи ОМС. На думку провідних фахівців управління охорони здоров'я, за сучасних умов найбільш прийнятною для України є також централізована модель з окремим фондом медичного страхування. Що особливо важливо для кризового і післякризового періодів — доцільно передбачити утворення Національного фонду медичного страхування як державної установи, положення про який затверджується Кабінетом Міністрів України. Створення централізованої системи ОМС, коли страховиком виступає єдиний цільовий фонд соціального медичного страхування з регіональними філіями, мінімізує можливі ризики та великі адміністративні витрати, дає змогу підвищити передбачуваність відшкодування витрат на медичну допомогу, створити в масштабах держави добре керовану структуру.

Добровільне медичне страхування (ДМС) має на меті забезпечити страхувальникові/застрахованому гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до ЗОЗ за послугою, яка надається згідно з програмою ДМС.

Зміст добровільних страхових програм визначається ситуацією в галузі охорони здоров'я, пов'язаною з дефіцитними видами лікувально-профілактичної допомоги, обсягом і рівнем медичної допомоги, що гарантована програмою ОМС та є перш за все доповненням до нього. В Україні ДМС, хоча виступає як єдиний вид медичного страхування, широкого розвитку не отримало. Його регулювання, як і всі інші види страхування, здійснюється Законом України «Про страхування», введеним у дію Постановою Верховної Ради України від 07.03.1996 р.

ДМС поділяють на індивідуальне і колективне.

У разі індивідуального ДМС страхувальниками є окремі громадяни, які уклали договір зі страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків) за рахунок власних грошових коштів на умовах правил ДМС.

У випадку колективного страхування страхувальником є підприємство, організація, установа, що укладає договір зі страховиком про страхування працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів) за рахунок власних грошових коштів.

ДМС — це форма страхового захисту громадян щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат на медичне обслуговування. Це страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, у тому числі у зв'язку з хворобою та нещасним випадком. Сутність його полягає в тому, що, сплативши одноразово страховий внесок, значно менший, ніж вартість усіх прогнозованих медичних послуг, громадяни мають змогу протягом року безкоштовно користуватися комплексом медичних послуг кваліфікованих спеціалістів у клініках із платним обслуговуванням. Проте після закінчення року страхувальник (застрахований) назавжди втрачає сплачений внесок, навіть якщо застрахований жодного разу не хворів.

Варто зазначити, що відповідальність страхової компанії настає в разі звернення застрахованого до ЗОЗ за одержанням медичної допомоги або послуг відповідно до умов угоди страхування, тобто виплата має вигляд компенсації вартості необхідного лікування або медичних послуг. При цьому настання страхового випадку має бути підтверджено документом медичного закладу, який укладено за формою, установленною чинним законодавством.

Класичний продукт ДМС у країнах із розвиненою системою страхування — це довгостроковий договір страхування, який забезпечує значний обсяг страхового покриття (оплату різноманітних страхових послуг, у тому числі високовартісних) за рахунок щомісячних чи щорічних страхових внесків, що накопичуються роками.

Страхові компанії в процесі надання медичних послуг виконують роль посередника і координатора, забезпечують доступність медичної допомоги і підвищують платоспроможність пацієнта в необхідний момент його життя.

В Україні, як і в більшості країн світу, набули поширення дві форми ДМС:

- безперервне страхування здоров'я;
- страхування здоров'я на випадок хвороби.

Безперервне страхування здоров'я — це вид медичного страхування, за якого застрахованій особі надаються медичні послуги з подальшою їх виплатою страховою компанією (за рахунками, які представив лікувальний заклад і в межах страхової суми). При цьому договори страхування укладаються на тривалий термін, не менш як 3-5 років. У разі настання страхового випадку передбачаються послідовні виплати застрахованому в межах терміну та місця дії договору страхування протягом періоду захворювання. Розрахунок страхових тарифів проводиться на підставі відповідної статистики захворюваності з урахуванням індивідуальних характеристик застрахованої особи: вік, стать, професійна діяльність, місце проживання, житлові умови, генетичні особливості, стан здоров'я. Застрахована особа несе відповідальність за зловмисне приховування під час укладання угоди ДМС вже наявного захворювання.

Страхування здоров'я на випадок хвороби — вид страхування, за якого лікування окремої хвороби, що взяте на відшкодування страховою компанією (тобто страхування), оцінюється в грошовому вираженні. Наприклад, це можуть бути різні інфекційні хвороби, захворювання серцево-судинної системи, органів дихання. Договір страхування може укладатися стосовно якоїсь однієї хвороби або низки хвороб, що турбують страхувальника. У разі настання страхового випадку застрахована особа отримує фіксовану страхову суму відшкодування через касу страхової компанії чи на свій рахунок. Виплата має вигляд компенсації орієнтовної вартості необхідного лікування і як правило не оплачуються фактичні затрати застрахованого.

Обидва розглянуті види ДМС не передбачають будь-якої виплати після закінчення строку дії договору страхування, навіть у разі коли страхові випадки не наставали — хіба, як стимул — певні пільги чи зниження вартості наступного страхування.

Для страховика, який займається медичним страхуванням, особливості його фінансової політики, конкретні форми і методи роботи в умовах ринку також визначаються такими економічними протиріччями:

1) з одного боку, необхідно мінімізувати страхові тарифи, бо застраховані не хочуть мати справи з «дорогою» страховою організацією і будуть обирати ту, де за такої самий набір медико-страхових послуг призначається менший страховий внесок;

2) з іншого боку, необхідно платити виробникам медичних послуг за цінами не нижче тих, що склалися на ринку, адже виробники медичних послуг з «дешевим» страховиком не захочуть працювати.

Застрахований може користуватися програмою на вибір чи набором (пакетом) програм, укладаючи кілька договорів, навіть із різними страховими організаціями. Тобто обсяг і якість медичних послуг залежать від суми внеску.

Досвід зарубіжних країн свідчить, що ДМС має не лише багато позитивних якостей, а й певні недоліки, а саме: охоплення страхуванням нечисленних видів медичної допомоги; жорсткий відбір страхувальників за критерієм імовірності здійснення виплат; витратний порядок фінансування; залежність обсягу медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового становища роботодавця. Одним із негативних моментів у роботі комерційних страхових організацій є відбір

вигідних контингентів застрахованих (молодих і здорових), багатих страхувальників. Діяльність страхових компаній, що займаються ДМС, здебільшого орієнтована на отримання прибутку, хоча їхня діяльність може приносити чималу користь розвитку охорони здоров'я в умовах ринкових відносин.

Намагаючись захистити власні інтереси, страховики зазвичай підвищують розмір страхового внеску для осіб, старших 60—65 років; для хронічно хворих; для певних класів захворювань (чи взагалі відмовляють у страхуванні); для курців; для жінок; для малолітніх дітей, які часто хворіють; для осіб небезпечних професій. Так, для прикладу, при укладанні договору колективного страхування з підприємством, де працюють головним чином жінки, адміністрація буде вимушена вносити внесок у середньому на 10 % вищий; для осіб старших 60 років вводиться коефіцієнт 1,5, для курців — 1,2. Розмір страхового внеску залежить також від обраного під час укладання страхового договору класу лікувальних закладів.

Обсяг зобов'язань страховика за договором ДМС визначається переліком страхових випадків, у разі настання яких страховик зобов'язаний провести страхову виплату.

Страхові внески, що їх сплачує страхувальник, залежать від обраної програми ДМС, рівня страхового забезпечення за договором страхування, строку страхування, тарифної ставки та інших умов, передбачених договором страхування. Що ширший перелік подій, за які страхова компанія несе відповідальність, то вищий розмір страхового внеску.

Послуги, які пропонують страхові компанії у рамках ДМС, можна поділити на такі основні програми:

- невідкладна медична допомога;
- амбулаторна допомога;
- стаціонарне лікування;
- медикаментозне забезпечення;
- стоматологічна допомога;
- профілактика;
- санаторно-курортна реабілітація.

Страховий поліс із ДМС оговорує обсяг надання медичних послуг, можливість вибору умов отримання медичної допомоги тощо.

Договір із ДМС може, зокрема, передбачати:

- ширше право вибору застрахованим пацієнтом медичних закладів, лікарів для обслуговування;
- поліпшення умов перебування застрахованого в стаціонарах, санаторіях, профілакторіях;
- надання профілактичних, реабілітаційних, оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення та підтримання високого рівня стану здоров'я застрахованої особи, зниження ризику захворювання;
- подовження тривалості догляду за пацієнтом у домашніх умовах;
- діагностику, лікування та реабілітацію з використанням методів нетрадиційної медицини;
- забезпечення застрахованої особи медичними препаратами;

- страхування виплат із тимчасової непрацездатності, вагітності, пологів та материнства на пільгових умовах за строками і розмірами грошових виплат.

Як свідчить іноземний досвід, страхові компанії можуть пропонувати страхувальникам диференційовані (спеціалізовані) та універсальні страхові поліси медичного страхування.

Диференційовані (спеціалізовані) страхові поліси дають змогу скористатися медичними послугами лікарів вузької спеціалізації або брати під страховий захист лише певний стан здоров'я (вагітність, пологи, травми, інфікування ВІЛ тощо) чи певні захворювання (лікування яких високоартісне — онкологічні, інфаркт міокарда, інсульт). Спеціалізовані медичні поліси здебільшого укладають особи, які вже захворіли, або ті, що мають схильність до таких захворювань.

Договір ДМС — це письмова угода між страхувальником і страховиком, за якою страховик зобов'язується здійснити фінансування та організацію надання хворим особам медичної допомоги певного переліку в обсягах та якості, передбачених обраними страхувальником медичними послугами страхування, а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові внески у визначені договором страхування терміни та виконувати інші умови страхування.

Невід'ємною частиною договору мають бути:

- перелік закладів охорони здоров'я, сімейних лікарів чи довірених лікарів-експертів страхової компанії, до яких застрахована особа може звертатися по отримання медичної допомоги, що передбачено обраними медичними програмами страхування;

- індивідуальні страхові тарифи для кожної застрахованої особи, визначені за результатом передстрахового обстеження або іншим чином за умовами договору страхування;

- розрахунок страхових платежів для кожної застрахованої особи, виходячи зі складу програм страхування та індивідуальних страхових тарифів;

- розрахунок страхових тарифів та страхових платежів за договором страхування в цілому.

У більшості країн світу ДМС дає можливість застрахованому лікуватися не лише в одному медичному закладі чи в одного сімейного лікаря (що могло б дешо обмежувати вільний вибір пацієнта), а й де завгодно (навіть за кордоном). Застрахований може самостійно обрати клініку або лікаря, повідомивши про це страхову медичну компанію. У такому разі розрахунки за надані послуги можуть виконуватися безпосередньо між медичним закладом і страховою компанією. Розрахуватися з медичним закладом може й сам застрахований, якому страхова компанія згідно з договором страхування зобов'язується відшкодувати вартість лікування. Зазвичай поліс медичного страхування не передбачає лікування, яке не було призначене лікарем, а також лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, лікування з метою зміни маси тіла та хірургічне лікування ожиріння тощо.

ДМС передбачає укладання двох видів угод:

- угода між страхувальником і страховою медичною організацією на користь громадянина (якщо страхувальник — юридична особа, то на користь працівника цього підприємства, родича працівника);

- угода між страховою медичною організацією та медичними закладами, до яких, за наявності страхового випадку, має право звернутися громадянин.

Щодо взаємовідносин сімейного лікаря і страхової компанії, необхідно пам'ятати про страхування самого сімейного лікаря, а саме про страхування його цивільної чи професійної відповідальності. Ризиком у даному випадку є невиконання чи неналежне виконання лікарем свого професійного обов'язку, що завдало шкоди здоров'ю пацієнта. Даний вид страхування, хоча і припускає страхування відповідальності лікаря, насправді гарантує право пацієнта на отримання матеріальної компенсації шкоди, заподіяної його здоров'ю з вини лікаря внаслідок халатності або лікарської помилки.

2.3. Мотиваційний механізм державного управління медичною допомогою в клініці інтегративної родинної медицини

Державне управління на місцевому рівні – це складний багатоступеневий та багатогранний процес, який пов'язаний з діями персоналу управління і спрямований на об'єднання зусиль всього колективу організації чи закладу для досягнення єдиної мети. Такою метою для закладів ПМСД, що працюють на засадах СМ, є формування, збереження, зміцнення і відновлення громадського здоров'я територіальної громади, якій надається ПМСД шляхом впливу на здоров'я окремих індивідів, що складають цю громаду.

Сімейна медицина, як найефективніша організаційна форма надання ПМСД, визнана багатьма країнами світу [127, с. 278; 251; 293, с. 81; 297]. Однак, вона може бути такою в Україні лише в тих випадках, коли величезний кадровий ресурс сімейних лікарів і медичних сестер, які надають медичну допомогу населенню у закладах СМ, буде відповідно мотивований на якісне виконання своїх функціональних обов'язків [125, с. 241-248; 144, с. 326-333; 145, с. 174-179]. Ефективність будь-якої діяльності організації чи закладу визначається насамперед поведінкою людей, які втілюють у життя цілі соціально-економічної чи медико-соціальної політики, реалізують плани та виконують прийняті рішення.

Сучасна філософія державного управління в основу керування виробничою поведінкою людей покладає не примус, а мотиваційні чинники, побудовані на врахуванні психологічних особливостей людей. Людей можна примусити виконувати те чи інше завдання, ту чи іншу роботу, однак примусове виконання її має певні межі, як правило, визначені системою організації спільної праці та ретельного контролю за її здійсненням [118; 134, с. 231 - 238].

Мотивування полягає у створенні системи умов, які впливають на поведінку людини, спрямовуючи її у потрібний для організації чи закладу бік, регулюючи її інтенсивність і межі, що спонукає людину проявляти ретельність, старанність, винахідливість і наполегливість у професійній діяльності для досягнення поставленої мети.

Співвідношення різноманітних мотивів, які обумовлюють поведінку фахівця, утворює його мотиваційну структуру, що є досить стабільною, хоч і піддається цілеспрямованому формуванню, наприклад, у процесі виховання.

Функціям мотиваційного механізму державного управління охороною здоров'я в сучасних умовах надається очевидна перевага, що пов'язано з глибоким змістом мотивації як процесу, який спонукає людину до ефективної діяльності. Мотивація будь-якого фахівця до професійної діяльності базується на двох групах чинників: потреби (відчуття фізіологічної або психологічної нестачі чого-небудь) і винагороди (того, що людина вважає цінним для себе).

В ієрархії потреб за А. Маслоу, існують 5 їх рівнів: фізіологічні потреби стосуються таких матеріальних чинників, як повітря, їжа і секс, що складають основу виживання людини та її біологічного відтворення; потреби безпеки і захищеності захоплюють фізичну безпеку і емоційне оточення, які задовільняються у фахівців СМ безперервною роботою, своєчасністю виплати та постійністю заробітної плати, відповідним страхуванням здоров'я та законодавством про умови виходу на пенсію.

Потреба у відчутті причетності охоплює соціальні процеси, до яких належать потреба в любові та прихильності, а також необхідність бути прийнятим собі подібними людьми. Більшість людей задовільняє ці потреби за межами роботи, об'єднуючи сімейні та громадські зв'язки, а на роботі вони задовільняються дружніми відносинами співробітників та відчуттям себе членом загальної команди чи робочої групи. У відділеннях чи амбулаторіях сімейної медицини таку потребу фахівців найчастіше задовільняють колективи цих підрозділів під керівництвом їх завідувачів та старших медичних сестер, які повинні проявляти чуйність до сімейних проблем кожного працівника.

Потреби в повазі складаються з двох груп: необхідності в позитивній самореалізації або в самоповазі та необхідності у визнанні іншими її повазі з їх боку. Керівники фахівців сімейної медицини можуть допомогти підлеглим звернути увагу на потребу до самоповаги шляхом визнання їх досягнень у професійній діяльності та подання їх до різних відзнак з боку адміністрації закладу чи нагород органів управління охорони здоров'я. Вони також доручають фахівцям СМ виконання складніших завдань і створюють можливості для відчуття результативності досягнень окремих працівників. Повага до фахівців СМ особливо яскраво виявляється через публічне оголошення їм подяк, висловлених пацієнтами. Це соціальні потреби.

Потреби в самореалізації, що знаходяться на вершині ієрархічної піраміди потреб, включають усвідомлення і реалізацію фахівцями у сімейній медицині своїх потенційних можливостей шляхом безперервного професійного розвитку і зростання особистості. Ці потреби фахівців родинної медицини найскладніші для визначення і задоволення менеджерами СМ, враховуючи індивідуальні особливості кожного лікаря і медичної сестри. Розвиток творчості та інноваційних підходів до виконання лікувально-профілактичних технологій, залучення працівників до процесу прийняття важливих управлінських рішень, делегування повноважень підлеглим, забезпечення безперервного професійного розвитку і навчання працівників сімейної медицини, створення умов для опанування новими професійними навичками в роботі, планування кар'єрного росту і посадових переміщень – все це забезпечує можливості самореалізації кожного фахівця. Ці потреби ще називають духовними.

Керівник будь-якого рангу може досягнути успіху в реалізації певного проекту лише у тому випадку, коли він визнає почуття власної гідності кожного підлеглого і відкрито висловлює їм подяку.

Мотиви – це чітко усвідомленні, обдумані та відчутні потреби людини, на основі яких формуються інтереси. Професійні інтереси фахівців СМ формуються на основі мотивів до лікувально-профілактичної діяльності та виявляються у спеціальній поведінці, спрямованій на пізнання принципів сімейної медицини, які визначають схильність до роботи з пацієнтами на основі родинних підходів.

На основі професійних інтересів розвивається ентузіазм фахівців родинної медицини, який залежить від впевненості сімейного лікаря і медичної сестри загальної практики-сімейної медицини в тому, що його активність призведе до підвищення якості медичної допомоги. При цьому дуже важливо, щоб ця впевненість не залишилась непоміченою, а була оцінена і винагороджена керівництвом закладу [127, с. 275].

Посилення впевненості персоналу закладів і підрозділів сімейної медицини, в першу чергу, базується на оцінці власної професійної компетентності, своїх знань, умінь і практичних професійних навичок у сфері сімейної медицини. Сюди ж додається оцінка наявних зовнішніх ресурсів: матеріальних, фінансових та інформаційних. Психологами виявлено, що центральне місце в процесах професійної мотивації належить способові, за допомогою якого керівник (менеджер) пояснює причини досягнутого успіху або невдачі. Схильність менеджера пояснювати невдачі впливом зовнішніх чинників (наприклад, недостатнім фінансуванням) породжує у працівників пасивність та низьку мотивацію до якісної праці внаслідок зниження впевненості персоналу в досягненні поставлених керівництвом завдань [127, с.275].

Роботу з мотивування фахівців сімейної медицини слід розпочинати з моменту їх прийому на роботу. При проведенні співбесіди з новими фахівцями керівник закладу чи підрозділу повідомляє їм про свої очікування щодо значення їх якісної та ефективної професійної діяльності для територіальної громади й закладу СМ, а також формує у них установку та високі досягнення як неодмінну форму життя закладу. Це досягається знайомством молодого сімейного лікаря чи медичної сестри з положеннями про заклад і підрозділ сімейної медицини, в якому працюватиме фахівець, а також з його посадовою інструкцією, в якій викладені основні завдання відповідного спеціаліста загальної практики – сімейної медицини, що стосуються очікувань, на які сподіваються як адміністрація закладу, так і територіальна громада від його активної професійної діяльності.

При цьому менеджер (керівник клініки) формує у молодого фахівця установку на високі досягнення як неодмінну норму життя клініки СМ чи її підрозділу. Однак, незважаючи на складність професійних завдань, у працівника повинна бути впевненість у їх виконанні, чому першочергово сприяють компетентність і ентузіазм керівника. Важливо також не зменшувати складність проблем, які розв'язуються фахівцями у конкретному закладі, однак повідомлення керівника про існуючі труднощі та бар'єри на шляху їх подолання завжди супроводжуються конкретними пропозиціями щодо їх зняття, над якими працює колектив закладу.

Дійовим механізмом управління, впевненістю фахівців СМ у своїй компетентності та можливостях досягнення високих результатів професійної діяльності виступає спеціально організована система наставництва для молодих фахівців і внутрішньо-поліклінічний професійний аудит, у процесі яких фахівці, що мають недоліки у своїй роботі, навчаються у досвідчених наставників-аудиторів щодо реалізації знань і професійних навичок у щоденній роботі, а також ефективним моделям ділового поведіння, що сприяє розвитку впевненості у професійній діяльності. Впевненість сприяє успіхові, а успіх, що приходить, закріплює і підсилює професійну впевненість.

Будь-яка людина прагне задоволення чи усунення своїх потреб або може не реагувати на них. Потреби можуть виникати як усвідомлено, так і неусвідомлено. Якщо якась з матеріальних, соціальних чи духовних потреб відходить на задній план, то це не означає, що ця потреба усунена назавжди. Більшість потреб людини періодично відновлюються, хоч при цьому вони змінюють форму свого конкретного виявлення і ступінь впливу на людину.

Другою важливою складовою мотиваційного механізму управління виступають очікування людини на винагороду за виконану роботу. Виробнича мотивація у цьому випадку залежить від реальності та досяжності винагороди, а також від її цінності для конкретної людини.

Цінність винагороди за виконану роботу залежить від потреб людини. Щоб фахівець клініки СМ був мотивований на певний вид діяльності, потрібно за результати його роботи винагороджувати тим, що він цінує. Другою умовою мотиваційної ролі винагороди є наявність високої ймовірності одержання винагороди, адекватної здійсненим зусиллям для виконання певної роботи. Ця умова досить суб'єктивна, тому для різних людей вона неоднакова. Це дуже добре видно на прикладі заробітної плати, ту чи іншу величину якої одні вважають негідною себе і не погоджуються заради її отримання працювати, а інші готові працювати, не покладаючи рук.

Однак, суб'єктивно оцінюючи відношення отриманої винагороди до витрачених зусиль на виконану роботу, працівники зіставляють її з винагородою інших фахівців, які виконують аналогічну роботу. Якщо порівняння показує дисбаланс та несправедливість, виникає психологічна напруга. Баланс та відчуття справедливості відновлюються за рахунок зміни зусиль, що витрачаються на виконання певної роботи, або зміни рівня отриманої винагороди. При цьому співробітники, які вважають, що недоотримують винагороди порівняно з іншими, починають працювати менш інтенсивно. Співробітники, які вважають себе більш стимульованими, ніж решта їх товаришів, намагаються підтримувати інтенсивність праці на досягнутому рівні чи навіть підвищити його.

Фундаментом системи мотивації у вигляді винагороди за працю є заробітна плата. І хоч можливості використання її в системі охорони здоров'я дуже обмежені нормативно-правовою базою, що регламентується центральними відомствами в державі, основним принципом у системі грошових винагород є рівна оплата за рівну працю. Враховуючи складність функціональних обов'язків фахівців сімейної медицини, системою оплати праці в державних і комунальних закладах їх посадові оклади дещо підвищені порівняно з дільничними терапевтами чи педіатрами.

На нашу думку, грошова винагорода фахівців сімейної медицини повинна складатись з двох частин: постійної гарантованої частини у вигляді посадового окладу і змінної частини, до якої входять премії та доплати за інтенсивність праці, що визначаються за результативністю праці окремого працівника, підрозділу чи закладу. Посадовий оклад фахівців сімейної медицини залежить від кваліфікаційної категорії, що визначається професійною атестацією один раз на 5 років.

Констатовано, що мотиваційний ефект від підвищення заробітної плати триває від півроку до року, після чого мотивація знижується. Мотивація від підвищення заробітної плати падає навіть тоді, коли посадовий оклад працівника підвищується значно, наприклад, у 2 рази. Висока мотивація від підвищення грошової винагороди виявляється переважно у молодих фахівців, яким необхідно першочергово вирішувати важливі життєві завдання: створити сім'ю, купити квартиру, налагодити умови для народження і виховання дітей тощо [125, с. 277].

Отже, не дивлячись на значення матеріальних винагород у системі мотивації персоналу клініки сімейної медицини, не слід думати, що заробітна плата - єдиний чинник мотивації сімейних лікарів та їх медичних сестер. Існує також багато інших чинників, які впливають на задоволення фахівців сімейної медицини своєю роботою і рівень їх професійної активності. Дуже важливою є соціально-психологічна атмосфера в закладі та можливість спілкування з колегами. Важливим мотиваційним чинником для фахівців СМ є можливість побачити безпосередній результат своєї праці. Цьому сприяють розширені медичні ради, що проводяться в нашій поліклініці, на яких аналізується робота колективу за кожні 3 місяці. До таких нарад підводяться і підсумки рейтингових оцінок роботи кожного фахівця та персонального вкладу кожного лікаря і медичної сестри у виконання поставлених перед закладом завдань щодо формування, збереження, зміцнення і відновлення як індивідуального, так і громадського здоров'я територіальної громади.

Серйозним спонукальним мотивом для фахівців сімейної медицини виступає можливість отримання сигналів поваги до своєї діяльності з боку адміністрації закладу, щоб відчувати себе потрібним і значущим фахівцем. Таким мотивом є можливість підвищувати свою кваліфікацію як з відривом від основної роботи, так і створення умов для БПР, а також делегування додаткових повноважень і відповідальності фахівцеві з боку керівника клініки чи підрозділу сімейної медицини.

Найпростіший та всім доступний метод стимулювання працівників родинної медицини – це похвала з боку керівництва клініки інтегративної СМ чи її підрозділу, що може бути усною, письмовою (занесення подяк в особову справу, вручення грамоти, розміщення подяк пацієнтів на інформаційному стенді, де весь колектив клініки може їх бачити). Стимулювати фахівця можна також, надавши йому більше повноважень; шляхом заохочувального переводу по горизонталі, пріоритету при плануванні робочого часу і часу відпочинку; занесенням до книги слави закладу СМ чи в альбом історії закладу.

Система стимулювання працівників сімейної медицини в клініці сформована на основі успішного виконання завдань, за моделями кінцевих результатів роботи як для закладу, так і для окремих підрозділів і конкретних фахівців. Рейтингова система оцінки роботи фахівців об'єктивно, прозоро і зрозуміло кожному сімейному

лікареві та медичній сестрі дає змогу кількісно та якісно оцінити результати праці конкретного фахівця. Вона комплексна та інтегративна, враховує думку адміністрації закладу та громади, експертну оцінку фахівців, які працюють поруч, і відгуки населення про ефективність роботи конкретного спеціаліста СМ. Ця система дає змогу визначити лідерів не лише в окремому підрозділі, але й у поліклініці. При цьому можуть бути визначені лідери як у сфері діагностичної та лікувальної роботи, так і в профілактиці найпоширеніших захворювань [130, с. 231-238].

Мотивації у практиці роботи фахівців сімейної медицини можуть бути не лише з боку представника основного роботодавця, яким виступають адміністратори державного чи комунального закладу сімейної медицини на основі мотиваційного механізму державного управління на мікрорівні, але й з боку кожного пацієнта, якому сімейний лікар чи медична сестра надають конкретну медичну допомогу лікувально-реабілітаційного чи профілактичного характеру. Звичайно, з боку пацієнта це виявляється у вигляді нематеріальних стимулів, однак вони часто бувають значнішими, ніж певні матеріальні винагороди. Адже, коли лікар чи медична сестра бачать усміщене обличчя у недавньому минулому тяжко хворої людини і чують з її уст або її рідних слова вдячності за надану допомогу, то це значно підвищує рівень причетності фахівця до великої справи охорони здоров'я та рівень професійної самоповаги лікаря чи медичної сестри, що є важливим мотиваційним чинником подальшого удосконалення своєї професійної майстерності. І це повинні активно використовувати у своїй повсякденній роботі керівники закладів і підрозділів СМ.

На думку А. І. Литвака, керівник закладу охорони здоров'я, який опанував мистецтвом застосування мотиваційного механізму державного управління охороною здоров'я на мікрорівні, щоб керувати людьми поступає так: не вимагає, а спонукає; не сварить, а хвалить; не замовчує досягнень і заслуг підлеглих, а публічно їх відзначає; не підштовхує працівників, а спрямовує їх діяльність; не наказує, а просить; не перевищує всіх своїм авторитетом, а розвиває кожного; не принижує, а підносить, вселяє впевненість і довіряє; не ображає, а поважає; не змагається, а співпрацює; не закривається від діалогу, а відкритий для пропозицій; не зауважує слабкі сторони, а зауважує сильні сторони особистості підлеглого; не ігнорує працівника, а високо цінує кожного; не очікує від фахівця гіршого, а очікує всього кращого, на що він здатний; не обурюється і злиться, а відноситься стримано, шанобливо і дбайливо; не стверджує, що все знає, а постійно вчиться; не чинить опору переминам, а шукає і запроваджує новатії; не роз'єднує колектив, а згуртовує і об'єднує; не шукає вигоди для себе, а шукає вигоду для колективу; не робить акценту на процесі роботи, а оцінює її результат [134, с. 238; 156, с. 41].

Від того, якими мотивами людина керується у своїй діяльності, залежить її ставлення до роботи і кінцевий результат трудової діяльності. Ідентичні дії різних фахівців можуть спричинятися різними мотивами. Існує притча про мудреця, що вирішив з'ясувати, як різні люди розуміють сенс своєї праці. Він став на узбіччі дороги, якою возили каміння на будівництво собору, і першого візника запитав: "Що ти робиш, добрий чоловіче". "Хіба не бачиш? – відповів той, витерши спідніле чоло. – Везу каміння". "А ти?" – запитав мудрець іншого. "Заробляю на хліб собі та дітям". Третій візник сказав: "Будую собор, мудрий старче". Отже, всі троє

виконували одну і ту ж роботу – возили каміння, за що отримували гроші, проте сенс (мотиви) у своїх діях вбачали різні.

Усе, наведене вище, дозволяє стверджувати, що керівники (менеджери) закладів ПМСД, які працюють на засадах родинної медицини, повинні ефективно використовувати принципи сучасного мотиваційного менеджменту з тим, щоб кожний фахівець СМ сприймав виконання своїх функціональних фахових обов'язків не лише як складну і тяжку працю або заробляння грошей, але як будівництво собору сучасної сімейної медицини, що є важливою складовою громадської системи охорони здоров'я у майбутньому громадянському суспільстві.

Виходячи з наведеного вище ми вважаємо, що реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини відповідає світовим стандартам охорони здоров'я і реалізується на основі комплексного механізму державного управління розвитком сімейної медицини в нашій країні. При цьому комплексний механізм державного управління розглядається як система політичних, організаційних, економічних, мотиваційних і правових механізмів цілеспрямованого впливу органів державного управління на будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей. На регіональному рівні механізм державного управління об'єднує форми і методи впливу територіальних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування на реформування і розвиток суб'єктів соціальної діяльності у всіх сегментах господарства регіону. Це стосується і державного управління реформуванням ПМСД на засадах СМ.

Комплексний механізм державного управління визначив завдання сімейного лікаря значно ширше, ніж профільного спеціаліста поліклініки. Організаційний механізм державного управління сімейною медициною займає належне місце у комплексному механізмі. Важливими організаційними і управлінськими заходами стали прийняття нормативних документів із розвитку сімейної медицини, розширення підготовки лікарських кадрів, запровадження нових моделей організації та управління діяльністю медичних закладів. Це стало можливим за активної участі обласних державних адміністрацій.

Організаційний механізм державного управління ПМСД на засадах СМ регламентується наказами МОЗ України, що сприяє кадровому забезпеченню закладів сімейної медицини, принципів надання медико-санітарної допомоги, проведенню профілактичних заходів відповідно до сучасних технологій, повного та якісного її змісту.

Ефективність, якість та доступність первинної медико-санітарної залежать від ефективної дії економічного механізму. Первинна ланка на чолі з сімейним лікарем лише тоді продемонструє свою ефективність, коли матеріальна винагорода буде залежати від результатів його роботи, тобто від поліпшення стану здоров'я населення та від задоволення людей кількістю та якістю медичних послуг.

Важливими чинниками, які пов'язані з фінансовим забезпеченням фахівців сімейної медицини є забезпечення закладів ПМСД сучасним зв'язком і санітарним автотранспортом, а також створення відповідних житлово-побутових і соціальних умов, особливо для тих, хто працює у сільській місцевості. Рекомендується оплата роботи медичних працівників за закінчений випадок лікування чи диспансеризації. Одним із важливих способів оцінки кількості та якості роботи фахівців сімейної

медицини є визначення рейтингових показників, за допомогою яких можна здійснювати диференційовану оплату праці.

Управління сільськими закладами ПМСД здійснюється територіальними громадами безпосередньо або через створені ними органи місцевого самоврядування. Вони визначають найактуальніші проблеми розвитку сімейної медицини у конкретних населених пунктах шляхом проведення соціологічних досліджень і використання статистичних матеріалів та визначають шляхи вирішення проблем, які виникають.

Одним із показників діяльності органів місцевого управління щодо управління розвитком сімейної медицини є повнота охоплення населення ПМСД на засадах СМ, а також відсоток закінчення лікування хворих на рівні закладів ПМСД.

Подолання проблем недостатньо ефективного функціонування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, зумовлених нерівною доступністю ПМСД для населення та її неналежною якістю, лежить у площині формування нової моделі ПМСД, її фінансування та впровадження комплексного механізму управління СОЗ на регіональному рівні.

2.3.1. Маркетинг в сімейній медицині. Суспільно-економічна трансформація змусила змінити поведінку у діях як ринкових постачальників послуг (закладів охорони здоров'я), так і їх клієнтів (пацієнтів). На ринку медичних послуг з'явилися нові учасники: медичні страхові компанії, приватні заклади охорони здоров'я, сімейні лікарі та інші фахівці, які ведуть приватну діяльність, та свідомі своїх прав пацієнти. Функціонування у системі ринкової економіки конкуренції СОЗ надало правової сили вимогам пацієнтів. Вони очікують від фахівців сімейної медицини відповідного професійного відношення до проблем власного здоров'я на рівні світових стандартів [55, с. 349-354; 57, с. 70-73; 59, с. 392-397].

Будучи гравцем на ринку медичних послуг, пацієнт може запитувати, обирати та оцінювати, тому слід неодмінно рахуватися з його думкою. Заклади первинної медичної допомоги щораз повинні йти на зустріч більш вимогливішим пацієнтам, підлаштовуючись до їх очікувань, реалізуючи свої функції, та застосовувати маркетинг у діях, спрямованих на оточення.

Маркетинг медичних послуг в Україні є новим явищем, однак розвиток його передбачається досить інтенсивний у зв'язку зі змінами у фінансуванні охорони здоров'я. Складно застосовувати принципи ринкової економіки до всього ринку медичних послуг. Специфіка маркетингу конкретних медичних послуг пов'язана з різноманітністю потреб та поведінки їх споживачів, а також із сутністю цих послуг як початкових інструментів маркетингу. Особливість медичних послуг полягає в тому, що вони не можуть бути продуктовані «на склад», є індивідуалізовані та важко піддаються стандартизації, часто мають особистісний характер, тісно пов'язані з конкретним фахівцем, який їх надає.

Принциповою сутністю сучасного періоду реформування вітчизняної СОЗ є об'єктивні умови, за яких медична послуга стає товаром, а відносини виробників і споживачів медичних послуг (лікарів і пацієнтів) починають визначатися як маркетингові з провідною роллю пацієнта.

Одним із сучасних аспектів функціонування системи охорони здоров'я є глибоке проникнення у сферу охорони здоров'я з гуманістичними пріоритетами методів та інструментів економічного механізму державного управління. Поширення застосування економічних законів у діяльність закладів охорони здоров'я зумовлено об'єктивною необхідністю функціонування СОЗ в реальних маркетингових (ринкових) умовах. Трансформація системи надання медичної допомоги в системний механізм, що регулює попит і пропозицію на ринку медичних послуг, зумовлена глибинними процесами, які відбуваються в країні щодо достатнього чикого розшарування суспільства.

Якість медичних послуг, вільний доступ до різних методів і форм лікування та профілактики, природна можливість і реалізація вибору та звертання до будь-якого постачальника медичних послуг, забезпечення юридичного та правового впливу при незадоволенні або неякісному задоволенні медичних потреб, правова та економічна захищеність як споживача, так і надавача медичних послуг – це зовсім не повний перелік позитивних характеристик, які наявні у маркетингових системах охорони здоров'я [108, с. 70].

Маркетинг у медичних послугах, що надаються СОЗ, характеризують три аспекти: поняття (концепт), тобто переконання, що найважливішим елементом у бізнесі є клієнт, а успіх є результатом спрямованості на пацієнта, оцінювання бізнесу з позицій пацієнта і надання таких послуг, яких він хоче та очікує; функція, яку можна визначити як процес управління відповідальними за ідентифікацію, попередження і заспокоєння потреб пацієнта засобами, що приносять прибуток. Цю функцію повинна виконувати в закладі охорони здоров'я людина із досвідом. Третім аспектом маркетингу виступають способи досягнення успіху: не тільки реклама і продаж послуг, але й поповнювальні способи, дослідження ринку, утворення продукту, визначення ціни послуг, а також засоби презентації, заохочення, у тому числі продаж, листування, громадська реалізація, реклама тощо.

Одним із напрямів маркетингової діяльності фахівців сімейної медицини має бути санітарно-гігієнічна освіта пацієнтів, без якої неможливі профілактика чи лікування будь-якого захворювання. Сам фахівець поповнює свої знання у процесі безперервного професійного розвитку із багатьох програм, документів, міжнародних декларацій тощо.

У роботі сімейного лікаря функції профілактичні та лікувальні дуже часто переплітаються із функціями педагога, метою яких є вплив на пацієнта у плані навчання принципам правильної поведінки, позбавлення поведінкових чинників ризику виникнення чи прогресування захворювання, формування почуття відповідальності за власне здоров'я. Сімейний лікар готує пацієнта та членів його родини до співпраці у боротьбі за здоров'я, тобто до самоопіки та самоогляду, а також догляду чи опіки за членом своєї родини. Догляд виявляється лише у тих випадках, коли пацієнт і члени його родини мотивовані до відповідальності за своє здоров'я.

Достатня медична обізнаність хворого у своєму захворюванні є не тільки допомогою у процесі лікування, але й частиною комплексу лікувально-профілактичних заходів та процесу маркетингу.

Освіченість хворого має на меті:

- передавання знань, умінь і створення мотивів для досягнення активної співпраці хворого з командою фахівців, які його лікують і навчають;
- формування нових моральних цінностей особистості, що мають на меті адаптацію до хворобливого стану або хронічної хвороби;
- спричинення підвищеної самоопіки та самоогляду хворого чи членів його родини.

Важливим принципом в освітньому процесі сімейного лікаря є передавання у максимально можливий та зрозумілий спосіб інформації про стан здоров'я пацієнта і його роль у боротьбі за зміцнення чи відновлення здоров'я.

Наступним кроком у програмі навчання пацієнта сімейним лікарем є його мотивація у боротьбі за своє здоров'я. Шляхом до успіху є моделювання програми навчання залежно від ситуації зі здоров'ям пацієнта, його потреб і можливостей. Варто наголошувати на тому, що поставлені цілі мають бути досягнуті.

Під час навчання пацієнтів сімейний лікар має пам'ятати, наприклад, що люди неохоче змінюють свої звички в харчуванні. Це залежить від віку людини, звикання до певних продуктів, способу приготування страв або неправильного розуміння механізмів обміну речовин в організмі людини. Для цього необхідно застосовувати індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Спільне опрацювання мети у боротьбі за здоров'я, виключно комплексний підхід щодо досягнення накресленої мети підвищують його активність, піднімають самооцінку з метою збереження та зміцнення здоров'я і поліпшення якості свого життя.

Варто неодноразово повторювати хворому, що правил, про які він дізнався від сімейного лікаря, повинен дотримуватися все життя, тому що нехтування ними зменшує шанси на подолання хвороби. Заплановані дії повинні допомогти хворому зрозуміти механізм розвитку захворювання та чинники його прогресування, що загрожують каліцтвом; досягнути та підтримувати належну масу тіла, яка залежить від його поведінкових чинників ризику; моніторувати перебіг хвороби, що дозволяє коригувати методи лікування; запобігати загостренням і ускладненням захворювання, що попереджує розвиток інвалідизації.

Заслугує на увагу і стає актуальною з погляду маркетингової суті охорони здоров'я пропозиція щодо структури медичної допомоги, в якій можуть передбачатися три основних напрямки:

- збереження і зміцнення здоров'я (профілактична спрямованість), підвищення рівня і якості наявного у людини здоров'я;
- пропозиція медичних послуг щодо надання медичної допомоги хворим і потерпілим (лікувальна спрямованість);
- повернення втраченого здоров'я і підтримка життя (реабілітаційна спрямованість).

З позицій розділення гуманістичної та економічної місії маркетингової (ринкової) системи охорони здоров'я подібний підхід до структури медичної допомоги є логічним. При професійній діяльності медичних працівників, що спрямована на збереження здоров'я та підтримання життя, перевага віддається гуманітарній місії. Цей сегмент ринкової медичної допомоги не викликає зацікавлення маркетологів, тому що вимагає значних економічних інвестицій з дуже малим прибутком.

Необхідно визнати, що при постачанні на ринок медичних послуг хворим і постраждалим за маркетинговими принципами економічні чинники починають відігравати переважну роль, а в кращому випадку економічна місія охорони здоров'я стає рівною гуманістичній.

Отже, розділення інтересів (передовсім фінансових) особистості та держави щодо збереження здоров'я сприяє збільшенню ступеня «якості життя», забезпеченню лікування кожного конкретного хворого, визначає специфіку пропозиції та попиту на ринку медичних послуг.

Індивідуалізована програма довготривалого лікування хронічних хворих повинна спиратися на холестичний (цілісний) підхід. Хворий повинен лікуватися з урахуванням його медичної, біологічної, психічної та соціальної сфер. Необхідним є постійне зміцнення мотиваційного механізму управління індивідуальним здоров'ям. При цьому навчання хворого щодо стану його здоров'я і необхідність зміни його поведінки сприятиме зменшенню поведінкових ризиків, що негативно впливають на перебіг хвороби та її ускладнення. Комфортною ситуацією для хворої людини є оптимальна діяльність його рідного оточення і фахівців, які надають медичну допомогу та опіку. Важливу функцію в цьому оточенні повинні відігравати сімейний лікар і медична сестра ЗП-СМ.

Сьогодні як ніколи загострений інтерес до проблем особистості в специфічних рамках ринкових відносин.

Оцінюючи особистість, розглядають її з різних позицій, під різними кутами, характеризують відповідно до завдань конкретного дослідження. Однією з таких позицій особистості є її характеристика як споживача на ринку товарів і послуг, зокрема медичних; подання з погляду об'єкта ринкових відносин, суб'єкта маркетингової (ринкової) системи. Особистість, здобуваючи статус пацієнта, як суб'єкта ринку, починає характеризуватися визначеними властивостями і параметрами ринкової сфери.

Визначальну роль у можливості надбання індивідумом наведених характеристик і одержання статусу суб'єкта маркетингової системи товарів або послуг відіграють індивідуальні потреби людини і попит на конкретний товар, що відповідає її вимогам до цього товару або на адекватні процедури чи послуги. Своєю чергою попит співвідноситься з платоспроможністю. Останній елемент характеризується рівнем добробуту людини.

Ринок взагалі, у тому числі медичних послуг у сфері медичного страхування, віситує виробника на маркетинг у своєму конкретному сегменті й тим самим сприяє обов'язковому вивченню типів індивідуальності пацієнтів за ступенем і можливостями їхніх споживчих функцій.

Перспективно визначаючи характеристики індивідуума з погляду споживача медичних послуг, методологічно правомірно класифікувати співвіднесення типів особистості та її хвороби із сегментом ринку за такими основними ознаками: за ознакою соціальних відносин, віковим рубежем, за іншими ознаками.

Дуже актуальними проблемами в диференціації ринку медичних послуг при виділенні та формуванні специфічних маркетингових сегментів є, з одного боку, проблема співвідношення типів особистості й типів споживачів, а з іншого — розкриття відповідності типів споживачів до медико-діагностичних та інших груп,

що характеризують індивідуальність не тільки як споживача послуг взагалі, але і як пацієнта, що знаходиться у визначеній сфері медичних послуг, комплекс яких називають медичною допомогою.

Як відомо, індивідуальні риси особистості накладають істотний відбиток на виникнення і перебіг патологічних процесів в організмі людини. З урахуванням цього буде відрізнятися і попит на медичні процедури, здавалося б при ідентичних патологічних станах різних осіб. Разом з тим, захворювання, у тому числі і соматичні, інколи призводять до перебудови особистості, тобто, видозмінюють обсяг і специфічність медичних послуг відповідно до зміненої маркетингової сутності пацієнта.

Отже, у маркетингових системах медичних послуг щодо визначеної проблеми зі здоров'ям існує об'єктивна необхідність специфічної, індивідуальної роботи із задоволення попиту конкретного пацієнта.

Саме врахування індивідуальної поведінки людей та переважна роль особистості при організації і здійсненні функціонування системи медичної допомоги є тими чинниками, що призводять до нерозв'язних протиріч усередині усупільнених державних систем охорони здоров'я.

У сфері маркетингових відносин лікаря і пацієнта врахування характеристик пацієнта, а не тільки його патологічного стану, виправдано як з погляду лікування (гуманітарна місія охорони здоров'я), так і з погляду економічної доцільності (виробнична місія охорони здоров'я). Саме при індивідуальному підході до пацієнта витрата засобів (матеріальних і фізичних) у маркетингових системах медичних послуг виявляється оптимальною, а показники та критерії ефективності задоволення попиту – найвищими.

Звідси виникає необхідність умовного співвіднесення особистості з визначеним індивідуальним комплексом потрібних медичних послуг, що може бути досягнуто відповідним виділенням специфічних типів споживачів медичних послуг, які враховують при інших рівних характеристиках індивіда, а також співвідношеннях цих окреслених типів з визначеним маркетинговим сегментом.

До специфічних суспільних якостей особистості, як відомо, відносяться потреби.

Задоволення потреб, з одного боку, забезпечує зняття дискомфортних станів людини, породжених нестачею, а з іншого – задоволення потреб зв'язане зі зміною станів, що впливають на роль особистості.

Роль особистості – це своєрідний образ її існування, а розмаїтість ролей виступає в конкретних формах такого існування: праці, пізнанні, діяльності, спілкуванні тощо.

Будь-яке обмеження ролі особистості призводить до своєрідного дисбалансу станів або усередині самої особи, організму, або у взаємодіях людини з навколишнім світом, у тому числі із соціумом. Зокрема, до таких станів, що обмежують виконання ролі особистості, призводять хвороби.

Потреба бути і залишатися здоровим, певною мірою, пов'язана з нестачею виконання ролі особистості. Це є основним у мотивації пошуку пацієнтом визначених форм і методів лікування, породжує активне вивчення відповідних пропозицій медичних послуг, а, отже, при визначеному ступені платоспроможності

веде до відповідного попиту на медичні процедури. Така, на нашу думку, основа запуску маркетингової системи медичних послуг.

З погляду маркетингової сутності – хвороба (патологічний стан організму), обмежуючи визначення волі та ролі індивіда, породжує на ринку медичних послуг відповідні лікарські пропозиції, що, своєю чергою, включає своєрідний механізм нілових взаємин пацієнта і лікаря з метою досягнення і збереження стабільного стану особи, при якому може бути досягнутий найвищий ступінь виконання ролі особистістю. У рамках медицини такий стан характеризується категорією «норма». Це те, що прийнято називати здоров'ям. А в рамках здоров'я і якість життя. У цьому сенсі пацієнт звертається до лікаря не тільки при явному патологічному стані, але і при інших станах, бажаючи підвищити ступінь виконання своєї ролі. Звідси пропозиції в рамках основи лікарського фаху – профілактики хвороб, пропозиції медичних послуг, що формують, зберігають і підвищують творчу і виробничу активність пацієнта.

Рівень здоров'я є компонентом (умовою) найвищого ступеня виконання ролі особистості. Задоволення ж потреб у медичних послугах і попиту на медичні процедури є одним з конкретних способів, що ведуть до утвердження і збереження ролі особистості.

З урахуванням того, що індивідуальність є конкретною соціальною характеристикою людини, відповідні потреби в медичних послугах, а також попит на медичні процедури, швидше за все, прямо пов'язані з визначеним соціальним статусом пацієнта.

Маркетингова сутність хвороб у пацієнтів різних соціальних прошарків відрізняється не тільки за ступенем потреби та попиту на медичні послуги й процедури, але і за самою сутністю патологічного процесу.

У професійно-медичному підході до захворювань полягає прихована теза про соціальну сутність хвороб, підкреслюється необхідність специфічної професійно-виробничої організації медичної допомоги. По суті справи, у рамках економічних характеристик маркетингових систем медичних послуг такий соціально-виробничий підхід до оцінок стану здоров'я є своєрідним прообразом сектора ринку. Віковостатевий ценз також визначає сегментування ринку медичних послуг: надання медичної допомоги дітям, жінкам, людям похилого віку тощо. Організація медичної допомоги так званим «декретованим» контингентам – вищий ступінь своєрідної сегментації в системі надання медичної допомоги доринкових відносин в охороні здоров'я.

В Україні чітко позначилося розшарування суспільства не тільки за виробничим, але і за соціальним статусом. Він за допомогою рівня добробуту прямо зв'язаний з видом і формою виробничої діяльності. Маркетингова сутність захворювання конкретної людини, віднесеної до визначеного прошарку суспільства, виявилася детермінованою зі специфічністю визначеного маркетингового сегмента здоров'я.

Виходячи з викладеного вище, можна стверджувати, що перебіг тих самих хвороб індивідуальний не тільки з причини особливостей кожного організму людини, але також специфічної соціальної сутності індивідуума, його соціально-економічного положення, як суб'єкта системи маркетингу медичних послуг.

Аналізуючи зворотний зв'язок між соціально-економічною сутністю людини і можливими її хворобливими станами, варто зауважити, що в різних сегментах ринку медичних послуг, до яких віднесені різні пацієнти за індивідуальними медико-економічними характеристиками, структура захворювань, їхня частота і форма перебігу є специфічними для даного сегмента ринку і конкретного індивіда.

Хвороби у суб'єктів маркетингової сфери, віднесених до різних медико-економічних груп, специфічні та часто детерміновані конкретною сутністю соціального прошарку, що характеризує даний сегмент ринку, до якого відноситься споживач. Звідси випливає висновок, що пропозиції з надання медичних послуг, а також задоволення попиту на відповідні медичні процедури не тільки індивідуальні та відрізняються за формою і змістом, але і різні за визначеними економічними характеристиками.

Узагальнюючи все, викладене вище, можна стверджувати, що у сфері маркетингових (ринкових) відносин лікаря і пацієнта як із професійно-медичної точки зору, так і з позицій економічного оптимуму, найвищим ступенем раціональних взаємин є індивідуальна робота з пацієнтом. По суті справи в системах охорони здоров'я, як у формах специфічних взаємин лікаря і хворого давним-давно реалізований принцип виробничих ринкових відносин як виняткова орієнтація на пацієнта.

У сфері ринкових відносин хвороба як елемент системи маркетингу медичних послуг має свою специфічність і додатково до свого традиційного розуміння характеризується новими об'єктивними специфічними ознаками, властивими визначеним сегментам ринку й економічним законам.

2.4. Нормативно-правове забезпечення державного управління реформуванням системи охорони здоров'я

Важливим елементом реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є реформування та розвиток законодавства з питань охорони здоров'я [241, с. 27; 270; 308; с. 497-500].

Держава, охорона здоров'я і право є, як відомо, взаємообумовленими явищами та категоріями. Через існуючі між ними зв'язки й проглядаються закономірності співвідношення охорони здоров'я і державно-правові надбудови. Досвід багатьох держав світу засвідчує, що не можна побудувати могутню державу без опори на добре відрегульовану у правовому відношенні охорону здоров'я. Проведення державою відповідної політики в охороні здоров'я вимагає динамічного й адекватного розвитку та вдосконалення правової системи [29; 33, с. 35-39; 97; 114; 193, с. 17-22].

Донедавна на практиці часто використовувались як синоніми терміни «адміністрування» та «управління». Оскільки «адміністрування» походить від латинських слів «ad ministrum», що означає «підпорядкування», «служба», «управління», то і галузь права, що вивчає державно-управлінські відносини (управлінську діяльність) має назву адміністративне право, а метод регулювання

структури управлінських відносин – метод адміністративно-правового регулювання інструментом втілення якого є владні приписи.

Отже, більшість управлінських відносин мають адміністративно-правову форму, а « адміністративне право» трактується як «управлінське право». Тому адміністративне право можна визначити як сферу права, норми якої регулюють суспільні відносини управлінського характеру, що виникають у зв'язку з здійсненням виконавчої та розпорядчої діяльності органів виконавчої влади держави, та у зв'язку з здійсненням іншими державними органами внутрішньої організаційної управлінської діяльності. У теорії адміністративного права відокремлюють п'ять ознак державного управління:

- підзаконність;
- виконавчо-розпорядчий характер;
- масштабність і універсальність;
- ієрархічність;
- безпосередньо організуючий характер.

Підзаконність державного управління необхідно розглядати як визначення цілей, форм і методів управлінської діяльності на законодавчому рівні.

Виконавчо-розпорядча діяльність ґрунтується на правових нормах, головне місце серед яких належать нормам Конституції і законів. Органи державного управління тільки в межах Конституції і законів можуть виконувати певні дії, що становлять реалізацію прямих приписів законодавства.

Тому право в управлінні як у державному, так і в суспільному загалом має не суто науковий характер, а безпосередньо пов'язаний з потребами сучасної державно-правової практики.

Значна роль права в управлінні регулюється впливом на суспільні відносини державно-управлінської діяльності. Правові норми забезпечують управлінські відносини, тому законодавство, яке їх регулює, не повинно сприйматись як формальність, що будь-який час може змінитись. Саме таке ставлення призводить до зниження відповідальності державних службовців, що спричиняє поширення зневажливого ставлення до законності та правопорядку.

Право у демократичній країні спрямоване, насамперед, на забезпечення належної організованості та впорядкованості, доцільної сталості та динамічності суспільних відносин, оскільки право визначається як система загальнообов'язкових норм і правил поведінки, що офіційно встановлюється або санкціонується державою. Це дуже важливо, щоб його застосування було однаковим для всіх громадян не залежно від звання і посади. Тільки після досягнення такого рівня відносин можна говорити про справжню демократію, про справжні правоохоронні органи, про незалежність гілок влади тощо.

Тому здійснення державного управління неможливе поза правом, бо управління і право перебувають в органічній єдності. Існування права означає застосування однакових заходів до всіх членів суспільства. Право регулює суспільні відносини через управлінську діяльність. За допомогою правових норм забезпечується управлінський вплив.

Навряд чи можна сподіватись на поступ у реформуванні законодавства у сфері охорони здоров'я, якщо медична і юридична громадськість не сформує

концептуального бачення їхнього розвитку. Йдеться про те, щоб дати чітку відповідь на питання: чи дійсно медичне право (МПр) є самостійною сферою українського права, яка живе за законами «галузевого жанру», чи поки що про це залишається тільки мріяти? Відповідь на це теоретичне питання має неабияке практичне значення: від неї залежить «серйозність» ставлення до МП з боку правників, можливість розвитку медико-правової науки і освіти, зацікавленість юристів-практиків у «освоєнні» нової спеціалізації.

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я та інших прийнятих відповідно до них нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я [42; 81, с. 24-34; 256; 272]..

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні та регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності, довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що негативно впливають на їх здоров'я, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності й запобігання їм, поліпшення спадковості.

Загальнодержавним нормативним документом, яким уперше організаційно запропоновано комплексний механізм подальшого удосконалення первинної медико-санітарної допомоги, була постанова Кабінету Міністрів України "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" від 20.06.2000 р. № 989 [250], на виконання якої Міністерством охорони здоров'я видано наказ "Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини" від 11.09.2000 р. № 214 та низка інших наказів, якими встановлювались штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я, затверджувалась номенклатура закладів сімейної медицини і типові положення про них, таблиці оснащення закладів і підрозділів загальної практики – сімейної медицини.

Наприкінці 2000 року Указом Президента України була затверджена "Концепція розвитку охорони здоров'я населення України", якою передбачено серед заходів з реформування системи охорони здоров'я розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [251].

Ці загальнодержавні та інші відомчі нормативні документи створювали стратегічну основу механізмів державного управління розвитком ПМСД на засадах СМ. Організаційні механізми управління виконанням складних медико-соціальних завдань реалізувались переважно на регіональному рівні. На основі комплексного механізму державного управління за виконанням дуже важливого медико-соціального проекту був налагоджений державний моніторинг, що затверджений наказом МОЗ України "Про проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини" від 25.06.2001 р. № 244, яким визначені перелік показників і періодичність їх збору та аналізу. Відповідальність за реалізацію політичного механізму державного управління щодо розвитку сімейної медицини в Україні було покладено на Український інститут громадського здоров'я (сьогодні Інститут стратегічних досліджень МОЗ України).

Низкою законів і підзаконних нормативних актів загальнодержавного значення регулюються конкретні напрямки діяльності закладів сімейної медицини і встановлюються механізми державного управління ними в рамках національної системи охорони здоров'я, в тому числі на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги, що працюють на засадах сімейної медицини. До таких законів належать прийняті у різні роки закони «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» (1994), «Про лікарські засоби» (1996), «Про психіатричну допомогу» (2000). Багато питань фахового управління роботою спеціалістів і закладів сімейної медицини регулюють накази МОЗ України «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» від 11.09.2000 р. № 214, № 72 і № 303 (2001).

Так, законом «Про захист населення від інфекційних хвороб» визначені правові, функціонально-організаційні та економічні механізми діяльності закладів ПМСД, органів місцевого самоврядування і виконавчої влади, підприємств і організацій, що спрямовуються на попередження поширення інфекційних хвороб людини, ліквідацію окремих спалахів і цілих епідемій захворювань; зафіксовані права і обов'язки окремих фізичних та юридичних осіб щодо захисту громад від інфекційних та паразитарних захворювань.

До центру первинної медико-санітарної допомоги як організаційно-функціонального модуля в нормативно-правовому механізмі державного управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні значно підвищилась увага закладів ПМСД після затвердження політичного механізму державного управління удосконаленням системи охорони здоров'я постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17.02.2010 року № 208 [70]. Нею затвердженні «Основні концептуальні напрямки реформування системи охорони здоров'я».

Названою постановою Кабінету Міністрів України визначені стратегічні перетворення у системі охорони здоров'я, які розробляє Міністерство охорони здоров'я разом з іншими зацікавленими органами, та законодавчі акти щодо реформування надання громадянам медичної допомоги, удосконалення системи контролю за її якістю, фармакотерапії захворювань і якості лікарських засобів.

Визначено також механізми оптимізації надання послуг з екстреної та невідкладної медичної допомоги, первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної, лікарняної, а також високоспеціалізованої медичної допомоги; критеріїв класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги (первинний, вторинний і третинний) та порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу відповідного рівня; методичні рекомендації органам місцевого самоврядування щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я і оптимізації їх мережі та створення візайонних об'єднань таких закладів; рекомендації щодо економічного механізму управління реорганізацією закладів охорони здоров'я.

У комплексному механізмі державного управління розвитком системи охорони здоров'я населення України, накресленому названою постановою Кабінету Міністрів, визначені завдання регіональним органам державного управління щодо

подальшого розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та комунальному рівнях. При цьому акцентується увага на проведенні аналізу потреб населення кожного регіону щодо кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, а також забезпечення фінансовими та матеріальними ресурсами, необхідними для задоволення таких потреб; підготовки та внесення на розгляд органів місцевого самоврядування пропозицій щодо утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги, оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів, поступової реорганізації закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства і створення міжрайонних об'єднань таких підприємств.

Особлива увага звертається на удосконалення порядку проведення обов'язкових профілактичних оглядів населення та активізації роботи центрів здоров'я, розробку програми забезпечення медичних працівників житлом, посилення відповідальності за якість надання медичної допомоги під час проведення обов'язкових профілактичних оглядів населення.

“Основні концептуальні напрямки реформування системи охорони здоров'я”, які затвердженні названою постановою Кабінету Міністрів, деталізують комплексний механізм державного управління перебудовою охорони здоров'я і акцентують увагу на створенні умов для реформування системи охорони здоров'я. Це передбачає розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів допомоги та визначення переліку медичних процедур і технологій відповідно до рівня допомоги; підготовку пропозицій щодо внесення змін до Бюджетного кодексу України стосовно визначення особливостей фінансування закладів охорони здоров'я, які надають первинну і вторинну медичну допомогу; визначення на законодавчому рівні гарантованого обсягу надання безоплатної медичної допомоги та переліку платних послуг у сфері охорони здоров'я; завершення роботи з опрацювання і затвердження стандартів надання медичної допомоги та уніфікованих клінічних протоколів.

Концепцією передбачається створення центрів первинної медико-санітарної допомоги – комунальних некомерційних підприємств як нового типу закладів охорони здоров'я. Щодо вторинної медичної допомоги заплановано створення міжрайонних та міжміських об'єднань комунальних некомерційних підприємств (госпітальних округів), до складу яких входитимуть багатопрофільні лікарні інтенсивної терапії, заклади для проведення планового і реабілітаційного (відновлювального) лікування, надання паліативної допомоги (хоспіси), медико-соціальної допомоги, консультативно-діагностичні центри, заклади швидкої медичної допомоги та університетські клініки. Визначено гарантований обсяг медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я і платних послуг за рахунок фізичних і юридичних осіб, а також за рахунок благодійних внесків, надходжень за договорами добровільного медичного страхування.

При цьому планова спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога буде надаватись на безоплатній основі за відповідним направленням сімейного лікаря згідно з укладеними договорами про закупівлю медичних послуг.

Фінансувати заклади охорони здоров'я передбачається так [61, с. 69-72]:

- первинного рівня – шляхом спрямування бюджетних коштів з розрахунку на кожну особу, яка мешкає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці;

- вторинного рівня – шляхом укладення договорів між постачальником і замовником медичних послуг за принципом оплати фактично наданих послуг з урахуванням потреб населення;

- третинного рівня – шляхом оплати вартості наданих послуг.

У концепції наведено механізм державного управління поліпшенням забезпеченням населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення на основі формулярної системи.

Удосконалення системи профілактики захворювань включає проведення диспансерного огляду населення відповідно до уніфікованого клінічного протоколу обстеження пацієнтів і створення у містах, районах державних і комунальних підприємств – оздоровчих установ для надання послуг оздоровчого характеру за фіксованими цінами.

Кадрова політика удосконалюватиметься шляхом перспективного планування і своєчасної підготовки та перепідготовки лікарів ЗПСМ, посилення соціального захисту працівників охорони здоров'я і запровадження підготовки менеджерів з охорони здоров'я шляхом здобуття другої вищої освіти.

Постійне підвищення якості медичної допомоги стане можливим шляхом запровадження державного механізму управління якістю медичної допомоги, експертизою тимчасової та стійкої втрати працездатності в закладах охорони здоров'я і створенням єдиного електронного реєстру листків непрацездатності.

Отже, політичний механізм державного управління подальшим розвитком системи охорони здоров'я, викладений у постанові Кабінету Міністрів, спрямований переважно на реформування ПМСД, що реалізується виключно на комунальному рівні та на рівні окремих закладів первинної медико-санітарної допомоги, прикладом чого може бути комунальна 5-а міська клінічна поліклініка м. Львова.

Сучасне державне управління системою охорони здоров'я України сформовано за принципами та пріоритетами державної політики щодо охорони здоров'я, які визначаються Конституцією України, "Основами законодавства про охорону здоров'я" та іншими прийнятими на їх виконання актами законодавства, що встановлюють, комплексний механізм державного управління системою охорони здоров'я [106; 187].

При цьому ефективність системи охорони громадського здоров'я є результатом здійснення державою і суспільством комплексу організаційних, нормативно-правових, фінансово-економічних, природоохоронних, санітарно-гігієнічних та профілактичних заходів, спрямованих на формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я людини, підвищення якості її життя.

Однак низка питань комплексного законодавчого вирішення завдань в сфері медичної реформи залишилися поза увагою. Конче необхідна концепція розвитку медичного законодавства України, яка припинить практику фрагментарного вирішення питань сфери охорони здоров'я. Однак протягом тривалого часу законопроекти не розглядаються. Наприклад, на розгляді у Верховній Раді (ВР) знаходиться низка важливих законопроектів, які б забезпечили системний підхід

щодо реформування сфери охорони здоров'я, а саме: про внесення змін до статті 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (щодо реорганізації закладів охорони здоров'я), реєстр. №1077 від 13.12.2012 р.; про права пацієнтів, реєстр. № 2438 від 01.03.2013 р.; про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення реформування системи охорони здоров'я, реєстр. № 2662 від 29.03.2013 р.; про внесення змін до статті 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо неможливості скорочення існуючої мережі закладів охорони здоров'я шляхом оптимізації чи реорганізації, реєстр. № 2727 від 04.04.2013 р.; про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, реєстр № 2597 від 21.03.2013 р.; про загальнообов'язкове державне медичне страхування, реєстр № 2597-1 від 05.04.2013 р.; про внесення змін до деяких законодавчих актів (щодо залучення місцевих громад та громадських організацій до вирішення питань оптимізації, реорганізації або ліквідації мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я), реєстр. № 2967 від 13.05.2013 р.; про внесення змін до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (щодо збереження існуючої мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я), реєстр. № 2898 від 19.04.2013 р.

Проте, вже зараз між нормами цих законопроектів існують істотні суперечності. Водночас багато питань опинились поза увагою законодавців. Тому робота над доопрацюванням цих законопроектів має здійснюватись комплексно. Враховуючи доцільність і необхідність прийнятої нової редакції Основ, варто остаточно визначитися, чи потрібна така кількість інших спеціальних законів, чи їхні положення можна «вмонтувати» в Основи. Участь у відповідних обговореннях обов'язково мають брати юристи, економісти, науковці, адміністратори системи охорони здоров'я, представники профільних громадсько-професійних об'єднань, провідні медичні фахівці.

Деякі вітчизняні вчені-теоретики, які вивчають питання медичного права (МПр), визначають його як самостійну сферу, вважаючи, що існують практичні потреби та теоретичні підстави для того, щоб МПр розвинулося у самостійну сферу права. Ознакою завершення цього процесу має стати легітимізація МПр, тобто його визначення як сфери права широкою професійною громадськістю.

МПр повинно розвиватися з урахуванням тенденцій розвитку системи права (сьогодні з'явилося чимало «молодих» правових утворень – інформаційне, транспортне, містобудівне, муніципальне право) та законодавства і, навпаки, саме впливати на законодавство. Одним з останніх напрямків його розвитку буде вдосконалення правового статусу суб'єктів МПр-пацієнтів, медичних працівників, закладів охорони здоров'я. Спроба такого вдосконалення зроблена у законопроектах, що знаходяться на розгляді у профільному комітеті ВР. Спільні зусилля медико-правової громадськості можуть зробити цю спробу більш досконалою.

Потрібна ратифікація низки міжнародних договорів, пов'язаних з охороною здоров'я, які стануть частиною національного законодавства. При розробці

законопроектів важливо врахувати акти міжнародного медичного права, практику Європейського Суду з прав людини.

МПР має бути не лише спеціалізованою, а й комплексною сферою права, що аж ніяк не суперечить принципам побудови традиційної сфери права (адміністративного, цивільного, трудового, кримінального тощо). МПР доцільно розглядати як публічне та приватне. Якщо об'єктом є здоров'я людини, у дію вступають норми цивільного права; якщо ж ідеться про здоров'я населення, застосовуються норми публічного права (кримінального, адміністративного тощо).

Під час дослідження комплексного механізму державного управління системою охорони здоров'я ми моделювали механізми управління первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини із застосуванням програмно-цільового методу з метою конкретизації завдань, спрямованих на виконання соціальних установок, які засновані на справедливості, рівній доступності та безперервному підвищенні якості медичної допомоги. Ці сучасні соціальні установки найповніше відображені у завданнях, визначених Указом Президента України "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" від 06.12.2005 р. № 1694/2005, яким передбачено активізацію усіх рівнів державного управління на вирішення проблем охорони здоров'я, зокрема, попередження серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, протидію захворюванням на туберкульоз, боротьбу з онкологічними захворюваннями, розвиток сімейної медицини в Україні, створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги, вжиття заходів щодо запровадження сучасних економічних механізмів у діяльності закладів охорони здоров'я, чіткого розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну і третинну лікувально-профілактичну допомогу [253]. При цьому основні методологічні цілі такого комплексного механізму державного управління вирішенням завдань ґрунтуються на забезпеченні ознак зовнішньої та внутрішньої цілісності системи охорони здоров'я, а також її ієрархічності шляхом формування підсистеми первинної медико-санітарної допомоги, що методично найефективніше реалізується на засадах сімейної медицини. І в цьому плані нагальним є опрацювання та прийняття Верховною Радою України Закону про сімейну медицину який би забезпечив структурні зміни, що відбуваються у процесі модернізації закладів первинної медичної допомоги, як базової підсистеми системи охорони здоров'я, якісною функцією запровадження інституції сімейної медицини.

Все наведене вище дозволяє стверджувати, що в незалежній Україні наявні сприятливі умови і можливості для проведення наукових досліджень щодо реорганізації первинної медико-санітарної допомоги і удосконалення механізмів державного управління цим процесом та формуванням, збереженням і зміцненням громадського здоров'я в сучасному суспільстві.

Стимулом реформування охорони здоров'я може стати прийняття Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», проект якого вже тривалий час знаходиться на розгляді у профільному Комітеті Верховної Ради України. Цей Закон відповідно до Конституції України та Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування визначає принципи, правові, організаційні та фінансові засади й механізми

функціонування загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування громадян в Україні.

Викладені вище документи передбачають:

- забезпечення розроблення в установленому порядку загальнодержавних програм щодо попередження серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, протидії захворюванню на туберкульоз, боротьби з онкологічними захворюваннями;
- розвиток сімейної медицини в Україні;
- розробку законопроектів про медичне обслуговування та заклади охорони здоров'я;
- забезпечення розроблення та затвердження в установленому порядку програм і створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги, інформатизації сфери охорони здоров'я;
- створення Всеукраїнського центру охорони здоров'я матері і дитини, здійснивши в установленому порядку заходи щодо визначення його організаційної структури, напрямів діяльності, фінансування та кадрового забезпечення;
- вжиття заходів щодо запровадження сучасних економічних механізмів у діяльності закладів охорони здоров'я;
- заснування щорічних стипендій президента України для видатних діячів галузі охорони здоров'я;
- створення національного переліку основних лікарських засобів;
- розроблення проекту положення про клінічну базу вишого медичного навчального закладу IV рівня акредитації (університетську клініку);
- здійснення комплексу заходів щодо підвищення рівня забезпечення населення медичною допомогою та лікарськими засобами, особливо у сільській місцевості;
- забезпечення медичних працівників житлом, службовим автомобільним транспортом та засобами зв'язку тощо.

На виконання Національного плану дій Міністерством охорони здоров'я розроблено низку програмних документів, якими визначено перспективні шляхи розвитку системи охорони здоров'я, які поступово втілюються в життя. Основними з них є:

- Закон України «Про загальнодержавну програму боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року»;
- Закон України «Про загальнодержавну програму імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2008-2015 роки»;
- Закон України «Про загальнодержавну програму «Здорове дитинство» на 2008-2018 роки»;
- постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної програми «Цукровий діабет та нецукровий діабет» на період до 2013 року».

Забезпечення законодавчого регулювання реформи системи охорони здоров'я, формування відповідної нормативно-правової бази – це складний процес, розрахований на тривалий термін та постійне оновлення, здійснення якого є неможливим без чіткої і скоординованої взаємодії з Верховною Радою України, насамперед з Комітетом Верховної Ради з питань охорони здоров'я Кабінету Міністрів України, міністерств, органів виконавчої влади та місцевого

самоврядування, які беруть участь у розробці актів законодавства з питань охорони здоров'я.

Результатом такої співпраці лише у 2008 році було прийняття:

- 5 законів України;
- 18 постанов Верховної Ради України;
- 33 укази Президента України;
- 119 постанов Кабінету Міністрів України, із яких 10 – з основної діяльності, 109, що регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я;
- 8 розпоряджень Президента України;
- 93 розпорядження Кабінету Міністрів України, із яких 12 – з основної діяльності, 81, що регулюють окремі питання діяльності у сфері охорони здоров'я.

Реалізація більшості пріоритетних завдань Уряду стосовно реформування системи охорони здоров'я сприятиме подання на розгляд Уряду та Верховної Ради України законопроекту «Про медичне обслуговування населення та медичні заклади», розробленого Міністерством охорони здоров'я з метою забезпечення загальнодоступності, рівноправності громадян в отриманні медичної допомоги, реформування механізмів фінансування та управління сферою.

Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначає компетенцію у сфері охорони здоров'я різних рівнів державної влади та органів місцевого самоврядування, оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я запровадження державних соціальних стандартів, визначення пріоритету первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та співвідношення її з вторинною і третинною медичною допомогою. Опрацьовані нові статті стосовно прав і обов'язків окремих груп населення, медичних та фармацевтичних працівників. Суттєво розширений термінологічний словник, зокрема, наведені визначення понять «медична допомога», «медична послуга», «протокол медичної допомоги», «медичне страхування» та ін.

Таким чином, реформування системи охорони здоров'я є питанням як економічного, так і політичного характеру. Удосконалення механізму державного реформування охорони здоров'я може бути здійснене за умови інтенсивних змін законодавчих та нормативних актів, удосконалення управління сферою, забезпечення належного її фінансування, посилення ролі самодіяльного населення.

Удосконалення управління системою охорони здоров'я на всіх рівнях означає модернізацію інфраструктури, опрацювання системи визначення пріоритетів, аналіз і обґрунтування політики у сфері медичного забезпечення, об'єктивність і справедливість при розподілі ресурсів, формуванні бюджету та встановленні вартості медичних послуг.

Процес реформування медичної сфери повинен здійснюватися за наявності політичної волі, за підтримки держави та її керівництва, розуміння суспільства і, безумовно, медичних працівників. Умовами успішності та ефективності реформ є їх спрямованість на медичну сферу, а не на споживачів медичної допомоги. При цьому передбачається посилення функцій держави з планування і регулювання при зменшенні контрольних функцій. Реалізація реформ вимагає розробки і

затвердження відповідних концепцій, стратегій, програм, встановлення державних гарантій, розвитку законодавства, а також планування ресурсів, структури (мережі закладів охорони здоров'я), функції (діяльності елементів підсистем) та результатів.

Система охорони здоров'я України є моделлю національної або державної системи охорони здоров'я, заснованою на принципах загальної доступності та безплатності. Вона фінансується за рахунок видатків з державного бюджету і місцевих бюджетів.

Світовий і європейський досвід свідчать про те, що жодна система охорони здоров'я не може розраховувати виключно на єдине джерело фінансування. Формула прибуткової частини системи охорони здоров'я передбачає балансування між державним або суспільним і приватним джерелами фінансування.

Беручи до уваги широкий спектр форм участі громадськості у процесі прийняття рішень владними органами у сфері реалізації політики охорони здоров'я, необхідно визнати, що механізм їх здійснення потребує нормативного вдосконалення. Будь-яка форма участі громадськості буде ефективною, якщо всі види і напрямки діяльності у цій сфері будуть прозорими і комбінуватимуться між собою.

З метою досягнення належного рівня здоров'я населення держава повинна зберігати контроль за механізмами забезпечення обсягу такої якості медичної допомоги, яка поступово збільшуватиметься за рахунок бюджетного фінансування та залучення додаткових джерел фінансування.

Реформування економічних засад системи охорони здоров'я повинно бути спрямоване на створення прозорих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Міністерство охорони здоров'я України та його територіальні органи повинні планувати і проводити свою діяльність на основі показників сукупної тривалості активного життя.

У системі управління охороною здоров'я має бути реалізований принцип децентралізації зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи з одночасним збереженням управлінської вертикалі для забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, дотримання державних соціальних нормативів у цій сфері та єдиних вимог норм.

Державні механізми створення оптимальної системи надання лікувально-профілактичної допомоги, що забезпечить доступність і якість основних видів медичних послуг відповідно до базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги, будуть ефективними при реструктуризації сфери на основі науково-обґрунтованих потреб міського та сільського населення у різних видах медичної допомоги, пріоритетного розвитку такої допомоги на засадах сімейної медицини, а також реструктуризації стаціонарної та спеціалізованої допомоги, упорядкуванні мережі лікувально-профілактичних закладів.

Органи державного управління при реформуванні спеціалізованої медичної допомоги зобов'язані розглядати медичну науку як рушійну силу, що забезпечує всебічне наукове обґрунтування необхідності перебудови медичної сфери, визначає

прогнози тенденції здоров'я населення та розробляє науково-обґрунтовані заходи щодо його поліпшення. Потенціал медичної науки становитимуть науково-дослідні установи, підпорядковані МОЗ України та Академії медичних наук України, а також наукові підрозділи вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти.

Тому зусилля органів державного управління різних рівнів повинні спрямовуватись на удосконалення інноваційної політики з метою підвищення ефективності використання наукового потенціалу у сфері охорони здоров'я, а також удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб.

Державне управління як певний вид виконавчої діяльності державних інституцій полягає в організаційному впливі на суспільні відносини в медичній галузі шляхом застосування державно-владних повноважень.

Функції державного управління є складовим елементом управлінської діяльності, вони є частиною державних функцій і здійснюються від імені держави відповідними органами виконавчої влади (посадовими особами); вони носять, як правило, державно-владний характер і закріплюються в правовій формі.

Охорона здоров'я – надзвичайно широка сфера державного управління. Діяльність органів і закладів охорони здоров'я тісно переплітається з діяльністю практично всіх галузей економіки, соціально-культурної та адміністративно-політичної сфер життя держави.

Охорона здоров'я – один з пріоритетних напрямків державного управління. Верховна Рада формує основи державної політики охорони здоров'я шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямків, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердженні переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Реалізація державної політики охорони здоров'я відповідно до ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я, покладається на органи виконавчої влади.

Спеціально уповноваженим центральним органам виконавчої влади в сфері охорони здоров'я на макрорівні є Міністерство охорони здоров'я України, яке реалізує державну політику з охорони здоров'я, координує діяльність національної служби охорони здоров'я щодо збереження і зміцнення здоров'я громадян на основі розвитку профілактики захворювань і формування здорового способу життя, організації високоспеціалізованої медичної допомоги населенню. На регіональному рівні мезорівні обласними державними адміністраціями утворюються відповідні департаменти охорони здоров'я. Цей відомчий орган виконавчої влади середньої ланки вирішує майже ті ж завдання, що і Міністерство охорони здоров'я, тільки на рівні області.

Характерним для державного управління у сфері охорони здоров'я на районному рівні є відсутність окремого органу виконавчої влади. Функції таких органів передані адміністраціям центральних районних лікарень (ЦРЛ), хоча в

деяких регіонах держави почали створюватись районні відділи охорони здоров'я при районних радах.

Досвід багатьох держав світу засвідчує, що не можна побудувати могутню державу без опори на добре відрегульовану у правовому відношенні охорону здоров'я. Проведення державою відповідної політики в охороні здоров'я вимагає динамічного й адекватного розвитку та вдосконалення правової системи.

Забезпечення законодавчого регулювання реформи системи охорони здоров'я, реформування відповідної нормативно-правової бази – це складний процес, розрахований на тривалий термін та постійне оновлення, здійснення якого є неможливим без чіткої і скоординованої взаємодії з Верховною Радою України, через Комітет Верховної Ради з питань охорони здоров'я Кабінету Міністрів України, міністерств, органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, які беруть участь у розробці актів законодавства з питань охорони здоров'я.

Беручи до уваги широкий спектр форм участі громадськості у процесі прийняття рішень владними органами у сфері реалізації політики охорони здоров'я, необхідно визнати, що механізм їх здійснення потребує нормативного вдосконалення. Будь-яка форма участі громадськості буде ефективною, якщо всі види і напрямки діяльності у цій сфері будуть прозорими і та інтегруватимуться між собою.

2.4.1. Правовий механізм державного управління закладами охорони здоров'я Львівської області, що надають первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини. Чинним законодавством України імперативно встановлено перелік моделей організації діяльності центрів первинної медичної допомоги (далі – ЦПМД). Цей перелік є вичерпним і не підлягає розширеному тлумаченню.

Зокрема, Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 р. 3611-VI (надалі – Закон) було змінено зміст поняття «заклад охорони здоров'я» (пункт 1 розділу 1 Закону) та введено нові положення про первинну медичну допомогу (пункт 14 розділу 1 Закону).

Відповідно до цих змін, що набрали чинності з 1 січня 2015 року, надання первинної медичної допомоги забезпечують центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, які є закладами охорони здоров'я (ч. 2 ст. 35-1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

У свою чергу, заклад охорони здоров'я – це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників (абз. 3 ч. 1 ст. 3 Закону України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

З огляду на викладене, відповідно до норм абз. 3 ч. 1 ст. 3 і ч. 2 ст. 35-1 чинного Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (в редакції змін від 07.07.2011 р. № 3611-VI) існують лише 2 допустимі моделі організації діяльності центрів ПМСД, а саме:

- центри ПМД, які є юридичними особами (закладами охорони здоров'я) будь-якої форми власності та організаційно-правової форми;
- центри ПМД, які є відокремленими підрозділами юридичних осіб (закладами охорони здоров'я) будь-якої форми власності та організаційно-правової форми.

Слід відзначити, що відокремлений підрозділ юридичної особи - це філія, інший підрозділ юридичної особи, що знаходиться поза її місцезнаходженням та виробляє продукцію, виконує роботи або операції, надає послуги від імені юридичної особи, або представництво, що здійснює представництво і захист інтересів юридичної особи (абз. 2 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців»).

Вибір однієї з двох організаційних форм діяльності центрів ПМСД належить до виключної компетенції власників цих закладів охорони здоров'я (уповноважених інших органів), про що прямо вказано у ч. 6 ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ч. 1 ст. 53 Господарського кодексу України і п. 30 ч. 1 ст. 26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні».

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших законів України власники центрів первинної медичної допомоги (закладів охорони здоров'я) або уповноважені ними органи на власний розсуд обирають конкретну організаційну форму діяльності для кожного окремого центру ПМД: надання йому статусу самостійної юридичної особи або визначення його як відокремленого підрозділу існуючої юридичної особи. Свобода вибору власника центру первинної медичної допомоги (закладу охорони здоров'я), у даному випадку, не обмежена жодним законом.

При цьому слід зауважити, що накази Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Примірних положень про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи» від 23.02.2012 р. № 131 та «Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу» від 11.09.2012 р. № 713 носять рекомендаційний (примірний) характер та не є імперативно-зобов'язувальними.

Оскільки накази МОЗ України є підзаконними нормативно-правовими актами, то їх не допустимо застосовувати всупереч вимогам абз. 3 ч. 1 ст. 3 і ч. 2 ст. 35-1 чинного Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (в редакції змін від 07.07.2011 р. № 3611-VI).

Таким чином, на даний час, центри первинної медичної допомоги як заклади охорони здоров'я можуть структурно і функціонально існувати в організаційній формі окремої юридичної особи або у формі відокремленого підрозділу діючої юридичної особи (закладу охорони здоров'я), залежно від вільного вибору власника цього центру ПМД (територіальної громади в особі місцевої ради або держави в особі органу державної виконавчої влади).

Нові пріоритетні напрями реформи системи охорони здоров'я України, викладені у пункті 7 («Реформа системи охорони здоров'я») розділу 3 («Дорожня карта та першочергові пріоритети реалізації») Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», схваленій Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015, не

передбачають створення ЦПМСД як окремих юридичних осіб або поділ існуючих закладів охорони здоров'я на декілька самостійних юридичних осіб з метою виділення серед них ЦПМСД як юридичних осіб.

Угода про коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна» Верховної Ради України восьмого скликання «Програма діяльності Кабінету Міністрів України», схвалена постановою Верховної Ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII, і «План заходів з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна—2020» у 2015 році» затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 4 березня 2015 р. № 213-р, також не передбачають створення центрів первинної медичної допомоги як окремих юридичних осіб або поділ існуючих закладів охорони здоров'я на декілька самостійних юридичних осіб з метою виділення серед них ЦПМСД як юридичних осіб.

Натомість, Коаліційна угода (пункт 2.6 розділу XVI «Реформа системи охорони здоров'я») і План заходів з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна—2020» у 2015 році (пункт 314) прямо передбачають цілковите і повне перетворення існуючих закладів охорони здоров'я в неприбуткові підприємства без їх поділу чи виділення з них яких-небудь структурних підрозділів в окремі юридичні особи, а пункт 316 передбачив запровадження інтегративної медичної допомоги

Окрім цього, Коаліційна угода (пункт 2.5 розділу XVI «Реформа системи охорони здоров'я») і План заходів з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна—2020» у 2015 році (пункт 316) встановлюють запровадження надання інтегрованої медичної допомоги.

Цілковито відповідними і адекватними цим загальнонаціональним пріоритетним напрямком розвитку системи охорони здоров'я України, в цілому, і первинної медичної допомоги, зокрема, є шляхи пріоритетного розвитку сфери первинної медичної допомоги та її профілактичної спрямованості на Львівщині, передбачені чотирма обласними цільовими програмами: «Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2008-2011 роки», затверджена Львівською обласною радою рішенням № 552 від 23.04.2008 р., і «Розвиток сімейної медицини та її профілактичної спрямованості на 2012-2014 роки», затвердженим рішенням Львівської обласної ради від 28.02.2012 р. № 390. Останні дві подібні Програми на 2015 і 2016 роки також затверджені рішенням Львівської обласної ради. Обласна цільова програма з розвитку сімейної медицини на 2016 рік продовжує виконуватись і нею передбачено чотири основних завдання:

1. Розвиток мережі закладів первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.
2. Профілактична спрямованість роботи закладів сімейної медицини.
3. Підвищення кваліфікації фахівців сімейної медицини
4. Науково-методичне, інформаційне забезпечення та рекламний супровід виконання Програми.

Виконання комплексу заходів, що передбачені названими Програмами, дозволило досягнути значних успіхів як у розвитку первинної медичної допомоги, так і підвищенні її якості та ефективності.

Методологічним підходом в реорганізації ПМД на засадах сімейної медицини та її подальшого розвитку у Львівській області була інтегративна роль сімейної медицини в інтегрованій, пацієнторієнтованій системі охорони здоров'я на регіональному рівні, що передбачало створення в поліклініках центрів первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та консультативних лікувально-діагностичних центрів на засадах умовного (часткового) фондотримання.

Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011р. № 3611-VI закладені основи не лише горизонтальної інтеграції фахівців сімейної медицини закладів охорони здоров'я державної, комунальної та приватної форм власності з об'єднанням їх у центрі ПМД, але й вертикальної пацієнторієнтованої інтеграції фахівців сімейної медицини зі спеціалістами другого і третього рівнів медичної допомоги.

Названим законом передбачена не лише інтегративна (об'єднувальна) роль сімейного лікаря в системі охорони здоров'я, який працює в державному чи комунальному закладі охорони здоров'я, але й того, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець. Інтегративна роль сімейного чи іншого лікаря, що надає первинну медичну допомогу, визначається статтею 35-2 цього ж закону, в якій сказано, що вторинна (спеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги. А у статті 35-3 законодавчо закріплено, що третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з первинної чи вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Отже, сімейному лікареві, який надає первинну медичну допомогу на сімейно-територіальній дільниці, надано право координувати та інтегрувати діяльність будь-якої зі спеціалістів системи охорони здоров'я з метою надання якісної медичної допомоги пацієнтові. І, без сумніву, щоб правильно використовувати великий потенціал сучасної системи охорони здоров'я щодо формування, збереження, зміцнення і відновлення як індивідуального здоров'я окремих осіб, так і громадського здоров'я територіальних громад, сімейний лікар повинен компетентно інтегрувати зусилля всіх фахівців і закладів охорони здоров'я на користь вирішення проблем пацієнтів. А це потребує компетентнісної підготовки такого фахівця як на додипломному, так і на післядипломному етапах його вишколу.

Інтегративна роль сімейної медицини успішно проявляється в поліклініці (клініці) сімейної медицини, в якій поруч з фахівцями первинної ланки працюють і фахівці «вузьких» спеціальностей в консультативному лікувально-діагностичному центрі на правах підрозділів єдиного закладу охорони здоров'я і фінансуються за принципом часткового (умовного) фондотримання.

Науковому обґрунтуванню моделі подальшого розвитку інтегративної сімейної медицини присвячено дві кандидатських і одна докторська дисертації, що виконані здобувачами у Львівському регіональному інституті державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України, які успішно захищені та затверджені ВАК України. Доктором наук з державного управління, головним позаштатним спеціалістом із загальної практики –

сімейної медицини департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації Б. Лемішком видана монографія «Механізми державного управління модернізаційним розвитком первинної медичної допомоги на регіональному рівні». - Дрогобич: ПП «Посвід», 2013. - 264с. Така модель підтримується Львівською обласною державною адміністрацією та Львівською обласною радою, а також територіальними громадами Львівщини, що відповідає принципам подальшої децентралізації управління охороною здоров'я в Україні.

Важливим є те, що план модернізації на Львівщині не суперечить Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (в редакції змін від 07.07.2011 р. № 3611-VI).

Натомість адміністративне (юридичне) та фінансове розмежування первинної медичної допомоги у 2015 р., яку надаватимуть лише сімейні лікарі з 2020 року, як це передбачалося названим вище законом і Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI, не лише підвищує вартість медичної допомоги на регіональному рівні за рахунок збільшення апарату управління, але й погіршує процес інтеграції в системі охорони здоров'я, що негативно впливає на якість і ефективність медичної допомоги.

Таким чином, модель організації та управління закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, у тому числі центрами ПМД, що обрана у Львівській області, не лише відповідає новим пріоритетним напрямкам реформи системи охорони здоров'я України, викладеним у Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» (пункт 7 розділу 3), Угоді про коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна» Верховної Ради України восьмого скликання (пункт 2.5., 2.6 розділу XVI), Плані заходів з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України, але й здатна забезпечити запровадження інтегрованої медичної допомоги, наближення лікаря до пацієнта, належну комунікацію між ними, підвищення якості та ефективності медичної допомоги, сприяти швидкому перетворенню існуючих закладів охорони здоров'я в неприбуткові підприємства, а також запобігти підвищенню вартості медичної допомоги і погіршенню процесу інтеграції в системі охорони здоров'я.

Принагідно, звертаємо увагу на те, що накази Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи» від 23.02.2012 р. № 131 та «Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу» від 11.09.2012 р. № 713 були прийняті на основі попередніх, «застарілих» загальнонаціональних пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, а саме на виконання пп. 2 п. 3 розділу «Реформа медичного обслуговування» Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» та п.32.1 Національного плану дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», які (програми реформ) вже втратили чинність у зв'язку зі схваленням і упровадженням в дію нової Стратегії сталого

розвитку «Україна – 2020», Коаліційної угоди, Програми діяльності Уряду і Плану заходів з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» у 2017 році.

В умовах запланованої децентралізації влади та реформи публічної адміністрації (п. 5 розділу 3 Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», розділ VII Коаліційної угоди, п. 2 Програми діяльності Уряду, п. 47 Плану заходів з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» у 2015 році), запровадження деконцентрації та децентралізації повноважень центральних органів державної влади згідно з реформою місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, встановлення повних і виключних повноважень органів місцевого самоврядування, формування адміністративно-територіальних одиниць базового рівня громад з урахуванням їх матеріально-фінансової спроможності для забезпечення доступності основних публічних послуг, що надаються на території громади (у тому числі щодо надання медичної допомоги) їх належного ресурсного забезпечення, а також закріплення бюджетних видатків на первинну медико-санітарну і амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу (поліклініки і амбулаторії, дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги виключно за районними бюджетами і бюджетами об'єднаних територіальних громад, що створюються згідно з перспективним планом формування територій громад (п. 3 ч. 1 ст. 89 Бюджетного кодексу України в редакції Законів № 176-VIII від 10.02.2015, № 212-VIII від 02.03.2015), то вбачаємо адміністративно і економічно доцільним залишити вирішення питання вибору організаційної форми створення і діяльності центрів первинної медичної допомоги як юридичних осіб (нових, окремих закладів охорони здоров'я) чи як відокремлених підрозділів діючих юридичних осіб (існуючих закладів охорони здоров'я) на вільний розсуд власника конкретного центру (закладу охорони здоров'я), який здійснює видатки на утримання цього ЦПМД.

Згідно з положеннями чинного Бюджетного кодексу України видатки на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги) належать до видатків, що здійснюються з районних бюджетів і бюджетів об'єднаних територіальних громад, що створюються згідно із законом та перспективним планом формування територій громад (підпункт "а" пункту 3 частини першої статті 89).

Чинний Бюджетний кодекс України не передбачає (ні прямо, ні опосередковано) поділ існуючих закладів охорони здоров'я (бюджетних установ) на декілька самостійних юридичних осіб **або виділених** з них яких-небудь структурних підрозділів в окремі юридичні особи (наприклад, шляхом створення ЦПМД як окремих юридичних осіб).

Перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на неприбуткові комунальні та державні підприємства – це базова річ для функціонування системи охорони здоров'я. Заклади припиняють бути бюджетними і

самі відповідатимуть за своє утримання. Це сприятиме розвитку договірних відносин: держава робить замовлення гідприємству, а воно надає медичні послуги споживачам і відповідає за їх якість, відповідно до чого і отримує чи не отримує фінансування.

Кінцева мета реформи – припинити ділити бюджет на багато частин та роздавати його містам, районам, областям. Сьогодні на ці гроші утримуються будівлі і персонал, але грошей не вистачає, люди – без якісних послуг, а лікарі і пацієнти залишаються незадоволеними.

Використовуючи цей напрямок розвитку національної системи охорони здоров'я на засадах інтегративної сімейної медицини вирішується головна проблема фінансування системи охорони здоров'я, а саме – неефективне витрачання публічних коштів та її наслідків: необхідності громадянам самостійно “дофінансовувати” систему з власної кишені, несправедливості розподілу коштів і медичних послуг, фінансової незахищеності людей у випадку хвороби, низьких доходів медичного персоналу, відсутності необхідних ресурсів там, де цього потребує пацієнт.

Звичайно, що в таких умовах недопустимо і недоцільно виокремлювати сімейних лікарів в окремі юридичні особи (центри ПМД), і залишити їх на місцевому бюджеті (в підпорядкуванні міста), а всіх інших лікарів – невропатологів, кардіологів, урологів тощо – об'єднати і фінансувати з обласного бюджету (в підпорядкуванні області). Адже, такий підхід не мав би нічого спільного з реформою, оскільки вона полягає саме в тому, щоб взагалі відійти від такої системи, коли місто відповідає за свої заклади, а область – за свої. Реформа полягає в тому, щоб забрати заклади з балансу, зробити їх незалежними і купувати в них послуги. Після цього взагалі не має значення, міський цей заклад охорони здоров'я чи обласний.

Запропонована модернізація системи фінансування охорони здоров'я базується на моделі збалансованого трикутника “споживач – замовник – постачальник” є прийнятною в цивілізованих країнах, а також відповідає принципам інтегративної сімейної медицини, опрацьованих на теренах Львівщини.

З метою ефективного розвитку охорони здоров'я в Україні та урегулювання правового механізму державного управління реформами ПМД, вбачаємо за необхідне підготувати і прийняти такі закони:

- Закон України «Про визначення гарантованого об'єму безоплатної медичної допомоги» (щодо визначення конкретного обсягу медичної допомоги, яка гарантовано повинна надаватися громадянам у ЗОЗ усіх форм власності на безоплатних умовах, з метою реалізації статті 49 Конституції України).

- Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» (в порядку внесення змін і доповнень до законопроекту Кабінету Міністрів України щодо запровадження, а також визначення принципів, загальних правових, фінансових та організаційних засад загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків, з метою реалізації статті 4 Закону України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»).

- Закон України «Про добровільне медичне страхування» (щодо запровадження добровільного медичного страхування в Україні, яке здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком, з метою реалізації статті 6 Закону України «Про страхування»).

- Закон України «Про систему медичної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців родинної (сімейної) медицини», який має сприяти підготовці лікарів (особливо родинних) за спеціальною наскрізною програмою на окремому факультеті (в інституті) та в інтернатурі.

- Закон України «Про родинну (сімейну) медицину» з урахуванням положень Законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (2801-12) і «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 №3611-VI.

- Закон України «Про ліцензування у сфері охорони здоров'я» (щодо врахування особливостей медичного обслуговування при його ліцензуванні, та запровадження спеціальних правил ліцензування медичного обслуговування на території України з встановленням єдиного переліку видів медичних послуг, які підлягають ліцензуванню, визначення єдиного порядку і органу ліцензування).

- Закон України «Про громадську систему охорони здоров'я» або в межах правового регулювання Закону України «Про лікарське самоврядування» (щодо запровадження лікарського самоврядування, системи його органів на всіх рівнях (з рівня закладу охорони здоров'я до рівня України), визначення повноважень цих органів, у тому числі щодо обрання керівника ЗОЗ, створення дисциплінарно-етичної, атестаційної комісії тощо).

- Закон України «Про систему управління якістю медичної допомоги» (з урахуванням вимог медичної етики та деонтології, а також нормативного регулювання в ЄС має відповідати на питання: «За допомогою яких механізмів методів та інструментів державного управління і лікарського самоврядування можна постійного підвищувати якість медичної допомоги?» Це – доступність, керованість, профілактична спрямованість, стандартизація і доказовість медичних послуг).

- Закон України «Про державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я» (щодо запровадження особливого співробітництва у сфері охорони здоров'я між державою Україна, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування, державних та комунальних підприємств, установ і організацій (державними партнерами) та юридичними особами приватної форми власності або фізичними особами – підприємцями (приватними партнерами), що здійснюється на основі договору в порядку, встановленому законом (державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я) з метою забезпечення: вищих показників ефективності діяльності, ніж у разі здійснення такої діяльності державним партнером без залучення приватного партнера; довготривалості відносин (від 5 до 50 років); передачі приватному партнеру частини ризиків у процесі здійснення державно-приватного партнерства; внесення приватним партнером інвестицій в об'єкти партнерства із джерел, не заборонених законодавством, що передбачає об'єднання ресурсів держави (територіальної громади) з приватними ресурсами лікарів, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці.

- Закон України «Про соціальну медичну допомогу» (передбачає чітке розмежування медичних і соціальних проблем незахищених груп населення та надання відповідної допомоги органами і закладами охорони здоров'я та соціального забезпечення в межах їх компетенції).

- Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Львівській області на 2017-2019 роки» (щодо запровадження у Львівській області на 2017-2019 роки пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я з метою відпрацювання нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, що спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і є необхідними для розвитку системи охорони здоров'я України. Пілотний проект, що передбачає проведення протягом 2017-2019 років структурно-організаційної та функціональної перебудови системи медичного обслуговування у Львівській області, дасть змогу: порівняти ефективність результатів, досягнутих у Львівській області в рамках зазначеного пілотного проекту, з результатами, досягнутими в інших регіонах України в рамках вже проведених пілотних проектів, а також вибрати найбільш оптимальну модель проекту з метою її запровадження на загальнонаціональному рівні; підвищити рівень медичного обслуговування населення, розширити можливості щодо його доступності та ефективності; впровадити нові підходи щодо організації роботи закладів охорони здоров'я у Львівській області та їх фінансового забезпечення; підвищити ефективність використання бюджетних коштів, передбачених для фінансового забезпечення системи охорони здоров'я у Львівській області). На основі Закону України «Про проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 №3612-VI створити нові Закони України з альтернативним визначенням окремих методів та інструментів комплексного механізму державного управління реформуванням СОЗ.

Враховуючи викладене вище, вбачаємо створення ЦПМД виключно як окремих юридичних осіб таким, що не відповідає вимогам абз. 3 ч. 1 ст. 3 і ч. 2 ст. 35-1 чинного Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (в редакції змін від 07.07.2011 р. № 3611-VI) та новим перспективним напрямком розвитку охорони здоров'я України, недоцільним в аспекті реформи децентралізації влади і запланованого на національному рівні перетворення існуючих закладів охорони здоров'я підприємства.

Уважаємо, що вирішення питання вибору організаційної форми створення і діяльності центрів первинної медичної допомоги як юридичних осіб (нових, окремих закладів охорони здоров'я) чи як відокремлених підрозділів діючих юридичних осіб (існуючих закладів охорони здоров'я) слід залишити на вільний розсуд власника (місцевої ради) конкретного ЦПМД (закладу охорони здоров'я), який здійснює видатки на утримання цього центру первинної медичної допомоги, що працює на засадах сімейної медицини.

Пропонуємо Міністерству охорони здоров'я України при розробці нових державних нормативно-правових документів щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я України враховувати альтернативу модель розвитку інтегративної сімейної медицини у Львівській області.

2.4.2. Правове регулювання трудових відносин у зв'язку із розмежуванням системи охорони здоров'я між районом і об'єднаними територіальними громадами. Вивчення практики передачі районними радами права власності в процесі розмежування видатків на охорону здоров'я між районним бюджетом та бюджетом об'єднаної територіальної громади на окремі заклади охорони здоров'я (амбулаторії, ФАП) окреслило достатню кількість проблемних питань, з якими стикаються керівники ЗОЗ, голови ОТГ. Оскільки однією із складових цього процесу є створення ЗОЗ ОТГ або передача такого закладу у власність ОТГ, в будь-якому випадку це відбивається на трудових відносинах працівників ЗОЗ, що, своєю чергою, потребує безумовного дотримання вимог чинного трудового законодавства.

На жаль, єдиної практики створення закладів охорони здоров'я ОТГ або передачі такого закладу у власність об'єднаної територіальної громади немає, тому достатньо важливим є врахування в кожному конкретному випадку тих обставин, які склалися на тій або іншій території.

Вважаємо доцільним на окремих прикладах визначити послідовність дій в частині трудових праввідносин, які повинні бути вчинені в процесі утворення або передачі ЗОЗ до ОТГ.

Варіант перший. До об'єднаної територіальної громади передається амбулаторія, яка має статус юридичної особи.

У такому випадку відбувається лише зміна власника ЗОЗ. Трудові відносини з працівниками не змінюються, лише в трудових книжках працівників, керуючись п. 2.15 інструкції про порядок ведення трудових книжок, робиться запис про перейменування ЗОЗ.

Доцільно, щоб у рішенні районної ради про передачу права власності на заклад охорони здоров'я, який є юридичною особою, до ОТГ було зазначено про його передачу з усіма правами та обов'язками.

Варіант другий. На території новоствореної об'єднаної територіальної громади відсутні ЗОЗ у вигляді юридичної особи, які можуть бути йому передані в процесі розмежування видатків на охорону здоров'я між районним бюджетом та бюджетом об'єднаної територіальної громади.

У такому випадку ОТГ повинна прийняти рішення про створення ЗОЗ (ФАП, амбулаторія, центр ПМД), призначення керівника закладу охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади (головного лікаря) та узгодити структуру закладу.

Після затвердження статуту ЗОЗ ОТГ слід здійснити його державну реєстрацію та отримати дозвільні документи (ліцензія на здійсненні медичної практики, ліцензія на здійснення видів діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів).

Одночасно повинно бути прийнято рішення відповідної районної ради про передачу майна амбулаторій, ФАПів, які розміщені на території новоутвореної ОТГ, у її власність. Таке рішення є підставою для керівника районної лікарні, до складу якої входили зазначені амбулаторії та ФАП, внести зміни до штатного розпису лікарні, виключити з нього ці підрозділи та розпочати процедуру вивільнення працівників.

З метою недопущення конфліктів, пов'язаних з можливим вивільненням працівників районної лікарні відповідно до вимог п.1 ст.40 КЗпП України у зв'язку із скороченням штату працівників, рекомендується узгодити між керівником районної лікарні та керівником новоутвореного закладу охорони здоров'я ОТГ питання про можливість переведення працівників з одного закладу до іншого. Особливістю переходу працівників на роботу до ЗОЗ об'єднаної територіальної громади у цьому випадку є те, що місце їх роботи не змінюється, ідентичними залишаються й трудові обов'язки. Однак цей процес пов'язаний з розірванням одного та укладенням іншого трудового договору.

Переведення працівників з одного ЗОЗ до іншого пов'язано з необхідністю дотримання певної процедури. Тому слід звернути увагу на таке:

1. Статтею 32 КЗпП встановлено, що переведення працівника на роботу на інше підприємство, в установу, організацію допускається тільки за згодою працівника. Відповідно до пункту 5 частини першої статті 36 КЗпП переведення працівника за його згодою на інше підприємство є підставою припинення трудового договору. У зв'язку з цим на новій роботі працівник укладає інший трудовий договір. При цьому ініціатором переведення може бути як сам працівник, так і власник підприємства або уповноважений ним орган, зацікавлений у переведенні працівника.

2. Частиною п'ятою статті 24 КЗпП встановлено, що особі, запрошеній на роботу в порядку переведення за погодженням між керівниками підприємств, не може бути відмовлено в укладенні трудового договору.

3. Трудовий договір з особою, запрошеною на роботу в порядку переведення, укладається з першого робочого дня (наступного після дня звільнення з попереднього місця роботи), якщо не було обумовлено іншої дати.

4. Для припинення трудового договору в порядку переведення та захисту прав працівника керівник ЗОЗ ОТГ, куди переводиться працівник (або безпосередньо ОТГ), повинен подати відповідний лист-запит головному лікарю районної лікарні, у якій працюють працівники, з проханням звільнити їх з роботи на підставі переведення згідно з пунктом 5 частини першої статті 36 КЗпП. У такому листі-запиті обов'язково повинні бути вказані прізвища та посади працівників. Доцільно зазначити строк, в який працівник повинен бути звільнений. Відсутність у листі-запиті строку звільнення може призвести до виникнення трудового спору.

5. Працівнику необхідно подати відповідну заяву на ім'я головного лікаря районної лікарні з проханням звільнити його з роботи відповідно до вимог п.5 частини першої ст. 36 КЗпП України. В обумовлений у листі-запиті термін працівника звільняють з роботи у зв'язку з переведенням до ЗОЗ ОТГ, проводять з ним повний розрахунок і видають трудову книжку.

6. Прийняття на роботу до ЗОЗ об'єднаної територіальної громади здійснюється на підставі відповідної заяви працівника з проханням прийняти на роботу в порядку переведення.

Отже, для переведення працівника в інший заклад охорони здоров'я потрібні згода працівника та погодження між керівниками відповідних закладів. У разі відсутності зазначених умов переведення відбутися не може.

У випадку недосягнення згоди між керівниками районної лікарні та новоутвореного ЗОЗ ОТГ про звільнення та прийняття на роботу працівників

(частини працівників) по переводу, керівник районної лікарні зобов'язаний буде здійснити усю процедуру щодо вивільнення таких працівників, у тому числі вирішити питання про їх можливе працевлаштування в інших підрозділах лікарні. Оскільки процес вивільнення працівників відповідно до п.1 ст.40 КЗпП України передбачає дотримання певної процедури, керівник районної лікарні зобов'язаний письмово попередити працівників амбулаторій, ФАПів, що скорочуються в штаті лікарні, про їх можливе вивільнення через 2 місяці та їх посади одночасно, по можливості, запропонувати іншу роботу.

Однак такий шлях видається вкрай негативним, оскільки може породити виникнення конфліктів всередині трудового колективу, стати причиною виникнення трудових спорів. Тому більш доцільним з огляду забезпечення належної безперервної роботи з надання медичних послуг на території ОТГ є вирішення питання між керівниками районної лікарні та ЗОЗ об'єднаної територіальної громади щодо переведення працівників, як було зазначено вище.

Після створення закладу охорони здоров'я ОТГ його керівник (головний лікар) в межах повноважень, визначених статутом ЗОЗ об'єднаної територіальної громади, може укладати трудові договори з працівниками, що зумовлює необхідність організації кадрової роботи та ведення бухгалтерського обліку. Організація такої роботи в ЗОЗ вимагає додаткових організаційних та матеріальних затрат і, на наш погляд, їх вирішення повинна взяти на себе ОТГ.

Формування штату працівників ЗОЗ об'єднаної територіальної громади, укладення з ними трудових договорів повинно здійснюватися відповідно до вимог чинного законодавства.

При формуванні штатного розпису закладу охорони здоров'я ОТГ слід враховувати штатні нормативи, які містяться у Наказі МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33. Також можуть бути використані рекомендації, викладені у Наказі МОЗ України від 21.08.2014 № 585, яким затверджені примірні штатні нормативи центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів. Посади в штатному розпису ЗОЗ об'єднаних територіальних громад повинні відповідати посадам, зазначеним у «Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я», затвердженому наказом МОЗ України від 29.02.2002 р. № 117. При підборі кандидатів на зайняття відповідних посад в новоутвореному ЗОЗ ОТГ слід також враховувати кваліфікаційні вимоги, які висуваються до цих працівників, що також висвітлено у цьому Довіднику.

Керівникові закладу охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади слід врахувати, що трудовим договором відповідно до ст. 21 КЗпП вважається угода між працівником і власником підприємства, установи, організації або уповноваженим ним органом чи фізичною особою, за якою працівник зобов'язується виконувати роботу, визначену цією угодою, і підлягає внутрішньому трудовому розпорядкові, а власник підприємства, установи, організації або уповноважений ним орган чи фізична особа зобов'язується виплачувати працівникові заробітну плату і забезпечувати умови праці, необхідні для виконання роботи, передбачені законодавством про працю, колективним договором і угодою сторін. Зміст цієї правової норми тягне за собою обов'язок керівника ЗОЗ ОТГ ще до початку роботи за укладеним трудовим договором:

1) роз'яснити працівникові його права і обов'язки та проінформувати під розписку про умови праці, наявність на робочому місці, де він буде працювати, небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто, та можливі наслідки їх впливу на здоров'я, його права на пільги і компенсації за роботу в таких умовах відповідно до чинного законодавства і колективного договору;

2) ознайомити працівника з правилами внутрішнього трудового розпорядку та колективним договором;

3) визначити працівникові робоче місце, забезпечити його необхідними для роботи засобами;

4) проінструктувати працівника з техніки безпеки, виробничої санітарії гігієни праці та протипожежної охорони.

При укладенні трудового договору громадянин зобов'язаний подати паспорт або інший документ, що посвідчує особу, трудову книжку, а у випадках, передбачених законодавством, - також документ про освіту (спеціальність, кваліфікацію), про стан здоров'я та інші документи.

Умови трудового договору поділяються на обов'язкові і додаткові.

До обов'язкових умов трудового договору (передбачені нормами законодавства, без них трудовий договір не може вважатися укладеним) належать: місце роботи; трудова функція (посада, професія, в окремих випадках – спеціалізація, кваліфікація відповідно до встановленої кваліфікації та кваліфікаційних характеристик. При цьому назва посади/професії має відповідати штатному розписові, а в ньому – Національному класифікаторові України ДК 003:2010 «Класифікатор професій»); оплата праці (посадовий оклад, оклад, тарифна ставка, інші складові заробітної плати); строк дії трудового договору. *До додаткових умов трудового договору (можуть бути ініційовані як роботодавцем, так і особою, яка працевлаштовується), зокрема, належать:* випробування, установлення індивідуального режиму робочого часу.

На підставі укладеного трудового договору видається наказ про прийняття особи на роботу (призначення на посаду, якщо йдеться про керівних працівників, професіоналів, фахівців).

На практиці заповнюють типову форму № П-1 «Наказ (розпорядження) про прийняття на роботу», затверджену наказом Державного комітету статистики України від 5 грудня 2008 року № 489. Також наказ може оформлятися на спеціальному бланку.

Після підписання наказ реєструється в журналі обліку наказів щодо персоналу. Книга є документом суворої звітності і має постійно зберігатися.

Працівник не може бути допущений до роботи без укладення трудового договору, оформленого наказом керівника ЗОЗ ОТГ, та повідомлення центрального органу виконавчої влади з питань забезпечення формування та реалізації державної політики з адміністрування єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування про прийняття працівника на роботу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Ця вимога передбачена ч.3 ст. 24 КЗпП України.

Враховуючи важливість зазначених вище процедур, що підлягають перевірці відповідними державними органами контролю, бажано оформити і вести журнал

ознайомлення працівників з локальними нормативними актами (посадові інструкції, Правила внутрішнього трудового розпорядку, колективний договір тощо). *Посадова інструкція – це обов'язковий кадровий документ, що визначає організаційно-правове становище працівника і забезпечує умови для його ефективної праці.*

Оскільки у «Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я» сформовані лише загальні вимоги до працівників, які обіймають певні посади, в процесі виконання своїх трудових обов'язків, керівнику ЗОЗ ОТГ слід сформулювати та затвердити посадові інструкції по кожній спеціальності та ознайомити працівника з його посадовою інструкцією під розписку.

Згідно зі ст. 142 КЗпП, трудовий розпорядок на підприємствах, в установах і організаціях визначається «Правилами внутрішнього трудового розпорядку», затвердженими трудовим колективом за поданням власника або уповноваженого ним органу і профспілкового комітету на підставі типових правил. У правилах внутрішнього трудового розпорядку зазначаються:

- 1) використання робочого часу;
- 2) взаємні обов'язки працівників і адміністрації;
- 3) порядок надання відпусток;
- 4) відрядження співробітників тощо.

Наявність Правил внутрішнього трудового розпорядку в закладі охорони здоров'я ОТГ є обов'язковою, оскільки ознайомлення з цим документом є однією із складових порядку укладення трудового договору. Кожний ЗОЗ об'єднаної територіальної громади може розробити та затвердити свої «Правила внутрішнього трудового розпорядку», виходячи з рекомендацій, викладених у наказі МОЗ України «Про затвердження Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку» від 18.12.2000 р. № 204-о.

Це одним документом, який регулює виробничі, трудові та соціально-економічні відносини в ЗОЗ і з яким керівник ЗОЗ ОТГ повинен ознайомити працівника при укладенні трудового договору, є «Колективний договір». Стаття 12 КЗпП України передбачає, що колективний договір укладається між власником або уповноваженим ним органом (особою), з однієї сторони, і первинною профспілковою організацією, з іншої сторони, які діють відповідно до своїх статутів. У колективному договорі встановлюються взаємні зобов'язання сторін щодо регулювання виробничих, трудових, соціально-економічних відносин, зокрема:

- зміни в організації виробництва і праці;
- забезпечення продуктивної зайнятості;
- нормування і оплати праці, встановлення форм, системи, розмірів заробітної плати та інших видів трудових виплат (доплат, надбавок, премій та ін.);
- встановлення гарантій, компенсацій, пільг;
- участі трудового колективу у формуванні, розподілі і використанні прибутку підприємства, установи, організації (якщо це передбачено статутом);
- режиму роботи, тривалості робочого часу і відпочинку;
- умов і охорони праці;
- забезпечення житлово-побутового, культурного, медичного обслуговування, організації оздоровлення і відпочинку працівників;

- гарантій діяльності профспілкової чи інших представницьких організацій трудящих;
- умов регулювання фондів оплати праці та встановлення міжкваліфікаційних (міжпосадових) співвідношень в оплаті праці;
- забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків.

Необхідність укладення колективного договору полягає в тому, що такий договір є локальним нормативним актом, який діє в межах ЗОЗ, і у ньому конкретизуються окремі положення значної кількості загальних нормативних актів (Законів України «Про оплату праці», «Про відпустки», «Про охорону праці» тощо).

Слід врахувати, що на момент створення закладу охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади ще відсутні «Правила внутрішнього трудового розпорядку», колективний договір, тому керівникові ЗОЗ ОТГ одразу після сформування трудового колективу необхідно вжити заходів для прийняття та затвердження цих документів.

Відповідно до Закону України «Про соціальний діалог в Україні» сторонами соціального діалогу на локальному рівні та відповідно колективного договору є сторона працівників в особі первинної профспілкової організації та сторона роботодавця в особі керівника ЗОЗ об'єднаної територіальної громади.

У подальшій роботі новоствореному закладу охорони здоров'я ОТГ для отримання консультацій з питань трудового законодавства рекомендуємо звертатися до спеціалістів обласної організації профспілки працівників охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ РОДИННОЇ МЕДИЦИНИ

Ефективність системи охорони здоров'я обумовлюється результатами здійснення державою та суспільством комплексу організаційних, нормативно-правових, фінансово-економічних, природоохоронних, санітарно-гігієнічних та профілактичних заходів, спрямованих на формування, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я людини, підвищення якості її життя.

Сучасна система охорони здоров'я сформована відповідно до принципів та пріоритетів державної політики охорони здоров'я, визначених Конституцією України. Основами законодавства про охорону здоров'я та іншими прийнятими відповідно до них нормативними актами та законодавством, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Найважливішими проблемами України у XXI столітті залишаються показники життєздатності населення та тягар багатьох регульованих соціально-демографічних індикаторів здоров'я населення.

У результаті природної депопуляції значно зменшилась кількість населення України.

Складна економічна ситуація у державі, майже постійний дефіцит бюджету охорони здоров'я, нераціональність використання ресурсів, недосконалість систем управління сферою, зниження доступності населення до висококваліфікованої медичної допомоги зумовлюють необхідність забезпечення ефективного розвитку та глибоких структурних змін системи охорони здоров'я України, збереження генофонду нації, забезпечення права громадян на якісну медичну допомогу.

Наведене вище зумовлює необхідність вирішення назрілих проблем шляхом формування державної політики щодо реформування сфери охорони здоров'я.

Виключна актуальність розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні на засадах сімейної медицини, як головного напрямку сучасного реформування системи охорони здоров'я, з метою поліпшення якості та ефективності медичної допомоги населенню і зміцнення здоров'я кожної людини ні у кого не викликає сумніву. Реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини відповідає світовим стандартам охорони здоров'я і є одним із критеріїв Європейського вибору. Ці та інші аспекти становлення і розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини реалізуються на основі комплексного механізму державного управління розвитком родинної медицини в нашій країні.

При цьому комплексний механізм державного управління розглядається як система політичних, організаційних, економічних, мотиваційних і правових механізмів цілеспрямованого впливу органів державного управління на будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей [14; 63; 118,с.7].

3.1. Організація надання первинної медичної допомоги сімейними лікарями на регіональному рівні

Започаткування сімейної медицини в Україні, хоч і було ініційовано вченими та працівниками практичної охорони здоров'я, однак в умовах державної системи охорони здоров'я, яка існувала на той час, змогло апробуватись лише за дозволом державного органу управління, яким у 1988 році виступало Міністерство охорони здоров'я УРСР. Саме за наказом МОЗ і був розпочатий медико-соціальний експеримент щодо переходу первинної медико-санітарної допомоги у 2-ій міській поліклініці м. Львова на засади сімейної медицини. Тобто, вже з самого початку існування сімейної медицини був застосований політичний механізм державного управління.

Увесь медико-соціальний експеримент з реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини проходив під безпосереднім управлінням міністерств охорони здоров'я УРСР та колишнього СРСР, так як поліклініка, у якій започатковувалась сімейна медицина, була державним лікувально-профілактичним закладом, що підпорядковувався нормативним документам обох міністерств охорони здоров'я.

На основі результатів проведеного медико-соціального експерименту, які демонстрували позитивні зрушення в якості первинної медико-санітарної допомоги при запровадженні сімейної медицини, а також багатьох різних наукових та управлінських форумів, на яких обговорювались позитивні результати апробації ідеї реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні, Верховна Рада країни в «Основах законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи законодавства), прийнятих її постановою від 19.11.1992 року №2802/ХІІ, закріпила державний правовий механізм розвитку сімейної медицини в Україні. Так, у статті 55 Основ законодавства зазначено, що «первинна лікувально-профілактична допомога подається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики» [197, ст.55].

Однак і після виходу Основ законодавства розвиток сімейної медицини на Львівщині спочатку тримався лише на ініціативі медичних працівників і науковців Львівського державного медичного інституту (сьогодні Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького). Відомі політичні події та кризова ситуація в економіці України не дозволяли регіональним державним органам акцентувати увагу на розвитку СМ в регіоні та й в Україні.

Аналізуючи організаційну структуру медичної допомоги, що надавалась сімейними лікарями населенню, яке користувалося послугами сімейної медицини, головне управління Львівської облдержадміністрації отримало підтвердження високої медичної та економічної ефективності роботи сімейного лікаря. Особливо це стосувалося сільських амбулаторій сімейної медицини та віддалених від центральних закладів охорони здоров'я. Вже на той час лікарі сільських лікарських амбулаторій надавали багатопрофільну медико-санітарну допомогу. Однак у сільській місцевості мешканці мали обмежені можливості при отриманні медичної допомоги, особливо спеціалізованої, а матеріальна скрута ще більше знижувала її доступність.

Коло проблем, які вирішував сімейний лікар на той час, було значно ширшим, ніж у дільничного терапевта, вузького спеціаліста в поліклініці чи навіть лікаря естаціонару. Сімейний лікар почав активно виявляти хворих, орієнтуючись на сімейну патологію, трактував профілактику не лише як профілактичний огляд і диспансеризацію, але й як роботу з дітьми, жінками, робітниками підприємств, враховуючи при цьому чинники ризику щодо виникнення певних захворювань і параметри здоров'я сім'ї та схильність індивіда до спадкової патології.

Основні обов'язки СЛ були визначені як надання первинної медико-санітарної допомоги всім членам родини: профілактика і раннє виявлення захворювань у дорослих і дітей; динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів і проведення оздоровчих заходів, надання необхідної лікарської допомоги при невідкладних станах і гострих захворюваннях, проведення планових лікувальних та реабілітаційних заходів в обсязі своєї професійної компетенції, визначення показань і направлення на консультації до вузьких спеціалістів, своєчасна госпіталізація хворих; проведення експертизи тимчасової непрацездатності та визначення показань для скерування на медико-соціальну експертну комісію; надання консультативної допомоги з питань планування сім'ї, етики та психології сімейних відносин, гігієни, соціальних та медико-сексуальних аспектів сімейного життя, а також питання виховування, виховання дітей, профорієнтації підлітків тощо.

Поліпрофілізація кваліфікаційної характеристики посади сімейного лікаря, яка на той час була однією з основних відмінностей діяльності цього фахівця порівняно з посадами дільничних терапевта чи педіатра, розширення й поглиблення функціональних обов'язків фахівців сімейної медицини вимагали їх відповідної підготовки як на додипломному, так і на післядипломному етапах. Спочатку така підготовка провадилась без відриву від основної роботи дільничних терапевтів і педіатрів у поліклініці №2 м. Львова за опрацьованою вченими та педагогами Львівського державного медичного інституту тимчасовою програмою, однак вже у 1989 році відбувся перший випуск підготовлених на факультеті післядипломної освіти Львівського державного медичного інституту сімейних лікарів. У подальшому підготовка в інтернатурі та перепідготовка сімейних лікарів з колишніх дільничних терапевтів і педіатрів стали важливою складовою організаційного механізму державного управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Важливу роль у організації роботи родинних лікарів в умовах становлення і розвитку СМ відіграла розширена колегія Міністерства охорони здоров'я України на тему «Шляхи реформування охорони здоров'я на обласному рівні», що відбулася 26 травня 1998р. у м. Трускавці, на якій був узагальнений досвід державного управління на Львівщині реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Колегія вирішила схвалити діяльність головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації з реструктуризації охорони здоров'я області шляхом розвитку СМ і рекомендувати впроваджувати досвід Львівської обласної державної адміністрації з підвищення ролі первинної медико-санітарної допомоги та її реформування на засадах сімейної медицини у всіх областях України.

У заключній доповіді на розширеній колегії Міністр охорони здоров'я України А.М.Сердюк наголосив, що головними принципами, за якими мала реформуватись охорона здоров'я, серед шести інших була і переорієнтація СОЗ на первинну медико-санітарну допомогу зі створенням інституції «сімейного лікаря». Міністр повідомив учасників колегії про механізм державного поетапного реформування системи охорони здоров'я до 2000 р., яку опрацювало Міністерство охорони здоров'я. За ним передбачалося у 1998 році прийняття національної програми «сімейна медицина» зі зміною економічного механізму управління та оплати праці фахівців сімейної медицини, розробка організаційного механізму державного управління, нормативно-правових засад, механізмів мотивації за якість медичної допомоги, створення системи підготовки кадрів, апробація моделей організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

На 1999 рік передбачалися введення в дію національної програми, апробація моделей первинної медико-санітарної допомоги на засадах ЗП-СМ, підготовка кадрів, зміцнення матеріально-технічної бази закладів сімейної медицини, створення системи інформаційного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги, а у 2000 р. – розвиток мережі закладів загальної практики-сімейної медицини, широке упровадження сімейної медицини та оптимізація на її основі діяльності системи охорони здоров'я.

Основні завдання працівників сімейної медицини Міністр сформулював так: профілактика і формування здорового способу життя; надання амбулаторної медичної допомоги незалежно від віку людей (від народження до смерті); реабілітація хворих та медико-соціальна допомога тяжко і безнадійно хворим [289, с.48].

Після проведення названої розширеної колегії МОЗ України у різних регіонах позбавилась робота щодо реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Якщо у 1998 році всіма вищими медичними навчальними закладами України випущено 345 сімейних лікарів, то у 1999 р. – 402, у 2000 р. – 422, а у 2001 р. – 757 сімейних лікарів (див. табл. 2.1). Особливо це стосувалось Київської та Харківської медичних академій післядипломної освіти. Так, якщо Харківська медична академія післядипломної освіти у 1998 році підготувала 66 сімейних лікарів, то у 1999 – 145, а Національна (Київська) медична академія післядипломної освіти лише у 1999 р. розпочала випускати сімейних лікарів (90 фахівців). Вперше у 1999 році підготували сімейних лікарів Одеський державний медичний університет (1 фахівця, у 2000 р. – 37) і Луганський державний медичний університет (11 сімейних лікарів). А підготовка відповідної кількості сімейних лікарів була зумовлена підвищенням попиту на таких фахівців у регіонах і виконанням замовлення практичної системи охорони здоров'я.

Важливим загальнодержавним організаційним і управлінським заходом щодо подальшого розвитку сімейної медицини в Україні було проведення першого з'їзду сімейних лікарів України у Львові у 2001 році [172, с.234; 176, с. 1-32]. Вже у процесі підготовки до з'їзду значно підвищився інтерес органів управління охорони здоров'я різних регіонів до підготовки сімейних лікарів. Так, у 2001 році розпочалась підготовка сімейних лікарів в Українській медичній стоматологічній академії (м.Полтава), відновилась підготовка сімейних лікарів після двохрічної

перерви у Івано-Франківській державній медичній академії та Кримському державному медичному університеті. Загалом кількість підготовлених у 2001 році сімейних лікарів збільшилась у 1,8 разів порівняно з 2000 роком. За перший рік після з'їзду (2002 р.) кількість підготовлених у вищих навчальних закладах сімейних лікарів досягла 909. Вперше таких фахівців розпочала випускати Буковинська медична академія (25 чол.), значно наростили підготовку Українська стоматологічна академія (114), Львівський державний медичний університет (103 фахівці), Запорізька медична академія післядипломної освіти (99), Одеський державний медичний університет (58) і Харківська медична академія післядипломної освіти (319 фахівців).

Загальнодержавним нормативним документом, яким вперше запропоновано комплексний механізм подальшого удосконалення первинної медико-санітарної допомоги, була постанова Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 30.06.2000р. №989 [250], на виконання якої Міністерством охорони здоров'я видано наказ «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» від 11.09.2000р. №214 та низка інших наказів, якими встановлювались штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я, затверджувалась номенклатура закладів сімейної медицини і типові положення про них, таблиці оснащення закладів і підрозділів загальної практики – сімейної медицини.

Наприкінці 2000 року Указом Президента України була затверджена «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України», якою передбачено серед провідних заходів з реформування системи охорони здоров'я розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [251].

Ці загальнодержавні та інші відомчі нормативні документи створювали стратегічну основу комплексного механізму державного управління розвитком ПМСД на засадах СМ. Організаційні механізми управління виконанням складних медико-соціальних завдань реалізувались переважно на регіональному рівні. На основі комплексного механізму державного управління виконанням дуже важливого медико-соціального проекту був налагоджений державний моніторинг, що затверджений наказом МОЗ України «Про проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» від 25.06.2001 р. №244, яким визначені перелік показників та періодичність їх збору й аналізу. Відповідальність за реалізацію політичного механізму державного управління щодо розвитку сімейної медицини в Україні було покладено на Український інститут громадського здоров'я (сьогодні Інститут стратегічних досліджень МОЗ України).

Комплексний механізм державного управління процесом реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини передбачав одним із найсуттєвіших аспектів розвиток профілактичної та лікувально-реабілітаційної медицини.

Мотивацією цього процесу на той час були такі чинники:

- сімейний лікар знає найліпше потреби хворих, надійність і недоліки сучасних методів діагностики та лікування, тому він може діяти найоптимальніше як посередник між хворим і різними рівнями системи охорони здоров'я;

- доступність охорони здоров'я людині гарантується на першому рівні, тобто на рівні сімейної медицини, де сімейний лікар з добрими фаховими знаннями та широким світоглядом найактивніше співпрацює як з конкретним пацієнтом та його родиною, так і з лікарями-фахівцями різних лікувально-профілактичних закладів;

- чим більш спеціалізована медична допомога, тим тяжче її отримати конкретному хворому, що зумовлено не лише обмеженістю технологічних можливостей, але й необізнаністю хворого щодо наявності певних діагностичних і лікувальних технологій.

До ризиків, що заважали ефективному застосуванню комплексного механізму державного управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, входили і входять:

- надмірна централізація управління і фінансування СОЗ, яка обмежує ініціативу на місцях;

- негативна динаміка основних показників здоров'я населення, яка залежить, як відомо, від діяльності системи охорони здоров'я лише на 10%;

- відсутність аналізу економічної ефективності діяльності первинної медико-санітарної допомоги в нашій країні;

- гальмування механізму державного управління переходом на інтенсивний шлях розвитку первинної медико-санітарної допомоги та реформ на рівні роздутого бюрократичного апарату управління;

- низька ефективність економічного механізму державного управління у зв'язку з нерациональною структурою медичної допомоги, обмеженістю додаткових джерел фінансування системи охорони здоров'я;

- відсутність механізмів правового та інформаційного забезпечення прогнозування очікуваного впливу сімейної медицини на подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги.

Система протидії ризикам, що виникають у механізмах державного управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, полягає у зміні напрямків реформування шляхом:

- переорієнтації первинної медико-санітарної допомоги на забезпечення профілактики захворювань, формування здорового способу життя у широких верств населення;

- раціональної та ефективної реорганізації структури закладів ПМСД згідно з її доцільністю, яка базується на об'єктивних показниках стану здоров'я населення;

- упровадження засад сучасних економічних і фінансових механізмів державного управління якістю медичної допомоги з метою зміцнення амбулаторно-поліклінічної ланки, як основної в системі охорони здоров'я;

- втілення сучасних лікувально-діагностичних технологій при різних захворюваннях, травмах і патологічних станах на базі доказової медицини, стандартизації допомоги на різних рівнях при запровадженні керівності медичної допомоги з боку фахівців СМ.

У розвиткові первинної медико-санітарної допомоги між першим та другим з'їздами сімейних лікарів України переважали регіональні принципи розвитку сімейної медицини. На середину 2005р. особливих успіхів у розвитку сімейної медицини здобули Харківська і Закарпатська області (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні станом на 01.07.2005 р. [122, с.15]

| Область України | Кількість сімейних лікарів | На 10 тис. населення | Відсоток населення, що отримувал ПМСД у сімейних лікарів |
|-------------------|----------------------------|----------------------|--|
| Харківська | 737 | 2,6 | 50 |
| Закарпатська | 346 | 2,78 | 58 |
| Львівська | 311 | 1,3 | 20 |
| Житомирська | 297 | 2, 22 | 43 |
| Полтавська | 287 | 1,84 | - |
| Тернопільська | - | 1,98 | 40 |
| Луганська | 47 | 0,19 | 3 |
| Херсонська | 40 | 0,35 | - |
| м.Київ | - | - | 5 |
| Всього по Україні | 4580 | 0,97 | 20 |

Застосування ефективних організаційних механізмів державного управління реструктуризацією первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у Харківській області сприяло інтенсифікації темпів її розвитку протягом 2001-2005 рр. За цей час суттєво зросла охопленість наданням первинної медико-санітарної допомоги населенню сімейними лікарями, особливо у сільській місцевості (92,4%).

Про ефективність роботи сімейних лікарів свідчать такі дані, як зменшення кількості викликів швидкої медичної допомоги, занедбаних випадків онкологічних хвороб та деструктивних форм туберкульозу легень; збільшення кількості флюорографічних, кардіологічних та лабораторних обстежень, а також рівня диспансеризації.

Харківська область стала регіоном пілотного проекту Європейського Союзу в Україні «Фінансування та упровадження у сфері охорони здоров'я». У Золочівському районі опрацьовані нові моделі організації та управління діяльністю медичних закладів і сучасні форми їх фінансування. Досліджувались питання створення медичних підприємств на базі лікувально-профілактичних закладів з

виділенням замовника та надавача медичної допомоги, в тому числі й виділення первинної медико-санітарної допомоги у відокремлену структуру з фінансуванням «на мешканця». У порядку експериментальної бази Золочівська ЦРЛ почала працювати на засадах комунального некомерційного підприємства, а районний відділ охорони здоров'я райдержадміністрації став виконувати функції замовника медичної допомоги [296, с.76-78].

В одному з районів Харкова була реформована типова міська поліклініка у заклад сімейної медицини. Реформуванню поліклініки передувала низка організаційних і управлінських заходів. Дитяче населення, якому надавалась медична допомога у дитячій поліклініці, було передано в поліклініку сімейної медицини разом зі штатом медичних фахівців. Був опрацьований механізм державного управління сумісного обслуговування дитячого та дорослого населення в одному закладі сімейної медицини. Розроблені медичні маршрути відвідувачів поліклініки залежно від віку. Зазнала змін система управління закладом.

Моделлю надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини було обрано групову практику, при якій колишні терапевти та педіатри, що стали працювати в одному відділенні, надавали відповідні взаємні консультації.

Вирішення складних завдань розвитку сімейної медицини стало можливим лише за активної участі Харківської обласної державної адміністрації в мотиваційному механізмі державного управління цим процесом. Так, одним із рейтингових показників якості роботи районних державних адміністрацій області був визначений показник реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Діяльність закладів сімейної медицини та окремі проблеми реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах СМ і організації медичної допомоги у закладах сімейної медицини широко висвітлювались у засобах масової інформації.

З урахуванням досвіду застосування різних механізмів державного управління Харківською обласною державною адміністрацією щодо розвитку сімейної медицини на регіональному рівні при Львівській обласній державній адміністрації за принципами аутсорсингу на початку 2006 року була створена координаційна рада з розвитку сімейної медицини. До неї увійшли представники головних управлінь охорони здоров'я, освіти, фінансів, комунального і сільського господарства Львівської обласної державної адміністрації, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, а також керівники громадських організацій та депутати Львівської обласної ради [221, с.5].

Координаційна рада протягом короткого часу змогла організувати інтелектуальні ресурси для вирішення складних питань розвитку сімейної медицини Львівщини та спрямувати їх на реорганізацію закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах найдоступнішої та найефективнішої сфери охорони здоров'я, якою визнана сімейна медицина в багатьох економічно розвинених країнах. При цьому враховано, що роль і функції громадської охорони здоров'я на засадах сімейної медицини визначаються конкретними проблемами та потребами окремої громади в управлінні первинною медико-санітарною допомогою. Тобто, громада сама впливає на формування здорового способу життя окремих осіб і вироблення організаційних механізмів управління, спрямованих на формування, збереження і

зміцнення здоров'я, поліпшення демографічних показників, зниження захворюваності та поліпшення якості життя своїх громадян.

Позитивний вплив ринкової економіки на систему охорони здоров'я полягає у підвищенні зацікавленості щодо зміцнення здоров'я населення працевдавців, зростанні ресурсів охорони здоров'я за рахунок підприємств, відмові від фінансування малоефективних ланок лікувально-профілактичних закладів, переорієнтації первинної медико-санітарної допомоги на сімейну медицину, пріоритетним напрямком у роботі закладів і фахівців якої стає профілактика захворювань, формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей.

Фінансові витрати на оптимальне функціонування новостворених і реорганізованих закладів сімейної медицини та їх фахівців як у містах, так і в сільській місцевості взяли на себе як державні органи та органи місцевого самоврядування, так і відповідні територіальні громади.

Координаційна рада з розвитку сімейної медицини при ЛЮДА опрацювала власну цільову програму «Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на закладах сімейної медицини на 2008-2011 роки», над виконанням якої почала працювати ще з 2006 року. Результати роботи над виконанням названої програми щодо розвитку мережі закладів сімейної медицини у Львівській області наведені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Динаміка розвитку мережі закладів загальної практики – сімейної медицини у Львівській області протягом 2005-2010 років [4, с.11]

| Заклади | Міста/райони розташування | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----------------------------------|---------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| СЛА ЗПСМ | Райони | 40 | 83 | 112 | 131 | 149 | 158 |
| Міські лікарські амбулаторії ЗПСМ | Міста | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 |
| | Райони | 1 | 3 | 6 | 6 | 7 | 9 |
| Разом: | | 8 | 10 | 13 | 13 | 15 | 17 |
| Відділення ЗПСМ | Міста | 21 | 21 | 21 | 24 | 24 | 28 |
| | Райони | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Разом: | | 21 | 22 | 22 | 25 | 25 | 31 |
| Заклади з дільницями ЗПСМ | Міста | 3 | 5 | 7 | 9 | 9 | 7 |
| | Райони | 31 | 27 | 40 | 52 | 55 | 52 |
| Разом: | | 34 | 32 | 47 | 61 | 64 | 59 |
| Всього: | | 103 | 147 | 194 | 232 | 253 | 265 |

Як видно з наведеної табл. 3.2, з часу створення координаційної ради з розвитку СМ при Львівській обласній державній адміністрації її робота була зосереджена на комплексному державному управлінні реструктуризацією сільських лікарських амбулаторій в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, що

дозволило вже в 2006 році збільшити кількість таких закладів сімейної медицини у сільській місцевості Львівщини з 40 до 83.

Серед 20 сільських районів області найбільше АСМ протягом 2005-2010 років було створено у Пустомитівському (17), Дрогобицькому (13), Жовківському, Миколаївському, Старосамбірському і Стрийському – по 10 АСМ. Це дозволило суттєво наблизити ПМСД на засадах СМ до сільських мешканців цих районів.

Кількість міських лікарських амбулаторій у містах обласного підпорядкування протягом п'яти років практично не змінилась, однак у районних центрах сільських районів створено 9 нових амбулаторій сімейної медицини. Двадцять п'ять нових відділень ЗПСМ створені у м. Львові та по одному – у містах Дрогобич, Стрий і Трускавець. Два відділення ЗПСМ засновано у Жидачівському районі. Разом з тим, протягом п'яти років значно збільшилась кількість лікувально-профілактичних закладів, у яких організовані одна або декілька сімейно-територіальних дільниць (з 34 у 2005р. до 59 у 2010р.), що засвідчує підвищення популярності серед населення принципів надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, а також реалізації організаційного механізму державного управління в районах області. Найбільше таких закладів з'явилося у Самбірському і Яворівському (по 6) та Жовківському і Старосамбірському районах (по 5).

Протягом 2007-2014 років загальна кількість закладів родинної медицини на Львівщині збільшилась з 194 у 2007 р. до 306 у 2014 р. (рис. 3.1). У сільській місцевості у 2007 році працювало 144 заклади, а у 2014 р. – 221 заклад; у містах відповідно 50 і 85 закладів.

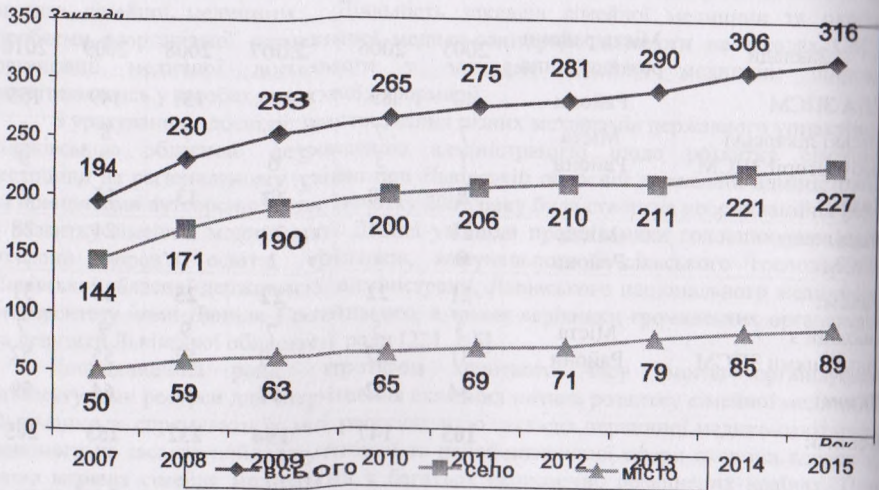


Рис. 3.1 Динаміка приросту закладів родинної медицини на Львівщині

Суттєво збільшилась і кількість штатних посад фахівців СМ (рис. 3.2). Однак кількість фізичних осіб сімейних лікарів збільшувалась меншими темпами (з 515 у

2007 р. до 875 у 2014 р.). Це призвело до нижчого відсотка укомплектованості штатних посад. У 2007 р. 97% штатних посад були укомплектовані сертифікованими родинними лікарями, то у 2014 р. цей показник знизився на 3,2% і становив 93,8%. Більшість зареєстрованих штатних посад родинних лікарів залишались не укомплектовані фізичними особами у закладах ПМСД сільської місцевості.

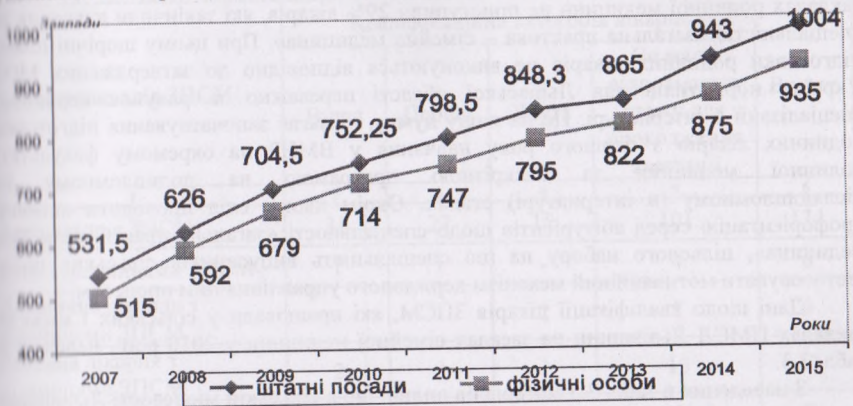


Рис. 3.2 Динаміка приросту сімейних лікарів у Львівській області

За період з 2007-2014 рр. значно збільшилась частка населення Львівщини, яка прикріплена до закладів, що надають первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини (рис. 3.3.). У 2007 р. до закладів ЗП-СМ були прикріплені 34,2% мешканців Львівщини), а у 2014 р. – 65,26% (56,74 міських і 78,27% сільських мешканців).

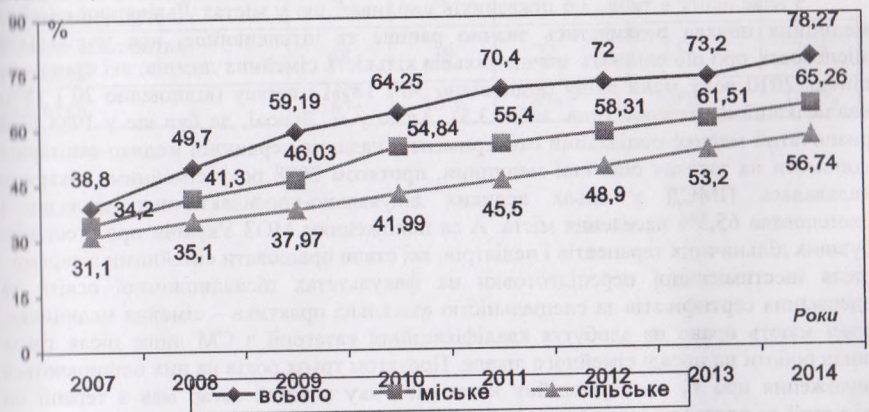


Рис. 3.3. Відсоток прикріпленого населення до закладів родинної медицини Львівщини

З наведених рисунків 3.1. – 3.3 видно, що приріст закладів родинної медицини, сертифікованих родинних лікарів і частки прикріпленого населення до закладів родинної медицини зростає поступово. Це залежало першочергово від кількості лікарів, які підготовлені за фахом «загальна практика – сімейна медицина» та їх бажанням працювати на таких посадах. Так, лише у 2011-2014 рр. до роботи у закладах родинної медицини не приступили 29% лікарів, які закінчили навчання за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина». При цьому щорічні плани підготовки родинних лікарів не виконуються відповідно до затверджених МОЗ України нормативів для Львівської області переважно за рахунок первинної спеціалізації в інтернатурі. Це на нашу думку, вимагає започаткування підготовки родинних лікарів з першого року навчання у ВМНЗ на окремому факультеті родинної медицини за наскрізною програмою на додипломному та післядипломному (в інтернатурі) етапах. Окрім цього, слід проводити активну профорієнтацію серед абітурієнтів щодо спеціальності «загальна практика-сімейна медицина», цільового набору на цю спеціальність випускників сільських шкіл, застосовувати мотиваційний механізм державного управління цим процесом.

Дані щодо кваліфікації лікарів ЗПСМ, які працювали у сільських і міських закладах ПМСД Львівщини на засадах сімейної медицини у 2010 році, наведені в табл. 3.3.

З наведених в табл. 3.3 матеріалів видно, що в сільській місцевості Львівщини працювали сімейні лікарі (59%), які отримали сертифікати за спеціальністю зовсім недавно і не мали трьох років стажу роботи, що дозволяло їм пройти атестацію і отримати відповідну попередній з терапії чи педіатрії кваліфікаційну категорію за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина.

Значно вищою була кваліфікація лікарів ЗПСМ, які протягом 2010р. працювали у закладах загальної практики-сімейної медицини міських поселень (табл. 3.4).

З наведених в табл. 3.6 показників випливає, що у містах Львівщини сімейна медицина почала розвиватись значно раніше та інтенсивніше, ніж у сільській місцевості, про що свідчить значно більша кількість сімейних лікарів, які станом на кінець 2010 року мали вищу (відповідно 36 і 18%) і першу (відповідно 20 і 15%) кваліфікаційні категорії (див. табл. 3.3). А вже у м. Львові, де був ще у 1988 році розпочатий медико-соціальний експеримент з надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, протягом 2008 року сімейними лікарями надавалась ПМСД у трьох великих лікувально-профілактичних закладах і охоплювала 65,3% населення міста. А за положенням МОЗ України про атестацію бувших дільничних терапевтів і педіатрів, які стали працювати сімейними лікарями після шестимісячної перепідготовки на факультетах післядипломної освіти та одержання сертифікатів за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина», вони мають право на здобуття кваліфікаційної категорії з СМ лише після трьох років роботи на посаді сімейного лікаря. Протягом трьох років на них поширюються положення про ту кваліфікаційну категорію, яку кожний лікар мав з терапії чи педіатрії до перекваліфікації за фахом загальна практика-сімейна медицина.

Кваліфікація лікарів ЗПСМ, які працювали у сільських закладах ПМСД на Львівщині протягом 2010 року [73, с.29]

| Тип закладів ЗПСМ | Кваліфікаційна категорія лікарів | | | | Всього |
|---|----------------------------------|-------|-------|--|--------|
| | Вища | Перша | Друга | Не мали відповідного стажу для проходження атестації | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Амбулаторія ЗПСМ | 31 | 27 | 15 | 101 | 174 |
| СІА з дільницями ЗПСМ | 1 | 1 | - | 4 | 6 |
| Дільнична лікарня з дільницями ЗПСМ | - | - | 2 | 7 | 9 |
| Районна лікарня з дільницями ЗПСМ | 2 | 1 | 1 | 13 | 17 |
| РЛ з відділеннями ЗПСМ | 1 | 3 | - | 3 | 7 |
| Амбулаторія ЗПСМ на території обслуговування РЛ | - | 1 | - | - | 1 |
| Дільниці ЗПСМ у складі поліклініки ЦРЛ | 4 | 3 | 4 | 19 | 30 |
| Відділення ЗПСМ у складі поліклініки ЦРЛ | 9 | 3 | - | 7 | 19 |
| Всього: абсолютна кількість | 48 | 39 | 22 | 154 | 263 |
| Відсотки | 18% | 15% | 8% | 59% | 100% |

Кваліфікація лікарів ЗПСМ, які працювали у міських закладах ПМСД на Львівщині протягом 2008 року [73, с.29]

| Тип закладів ЗПСМ | Кваліфікаційні категорії лікарів | | | | Всього |
|--|----------------------------------|-------|-------|--|--------|
| | Вища | Перша | Друга | Не мали відповідного стажу для проходження атестації | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Поліклініка з дільницями ЗПСМ | 6 | 6 | 6 | 37 | 55 |
| Поліклініка з відділенням ЗПСМ | 122 | 75 | 21 | 111 | 329 |
| Амбулаторія ЗПСМ на території обслуговування поліклініки | 29 | 7 | 5 | 10 | 51 |
| Амбулаторія ЗПСМ відокремлена | 5 | 1 | 1 | 8 | 15 |
| Інші заклади (приватні) | - | - | - | 1 | 1 |
| Всього: абсолютна кількість | 162 | 89 | 34 | 166 | 451 |
| Відсотки | 36% | 20% | 7% | 37% | 100% |
| Всього в області: абсолютна кількість | 210 | 128 | 56 | 320 | 714 |
| Відсотки | 29% | 18% | 5% | 48% | 100% |

Ще наочніше розподіл сімейних лікарів за рівнем кваліфікаційних категорій у містах і сільській місцевості Львівщини у 2010 році подається на рис. 3.4.

Як видно з рис. 3.4, кількість лікарів ЗПСМ вищої кваліфікаційної категорії становить 29%, першої – 18% і другої – 5%, що засвідчує малий просярок молодих лікарів, які недавно закінчили вищий навчальний заклад та інтернатуру за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина. Переважна більшість лікарів ЗПСМ були перепідготовлені на факультеті післядипломної освіти з бувших дільничних терапевтів і педіатрів (48%) і не мали ще відповідного стажу для отримання категорії за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина».

Заклади сімейної медицини Львівської області станом на кінець 2010р. мали таке ресурсне забезпечення (таблиці 3.5-3.8).

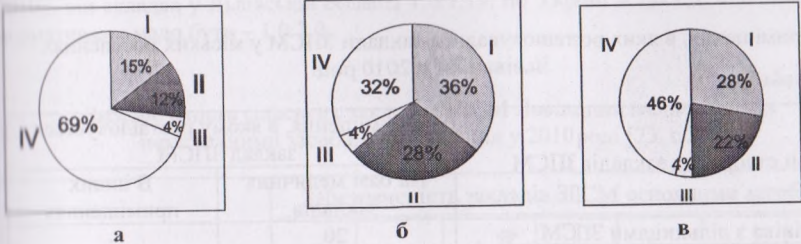


Рис. 3.4 Кваліфікація сімейних лікарів на Львівщині у 2010 р.

а – сільська місцевість,

б – міські поселення,

в – всього по області,

I – вища категорія,

II – перша категорія,

III – друга категорія,

IV – не мали відповідного стажу для проходження атестації з СМ.

Таблиця 3.5

Приміщення, в яких розташовувалися заклади ЗПСМ у сільській місцевості Львівщини у 2010р. [73, с.11]

| Тип створених закладів ЗПСМ | Приміщення, в якому розташовується заклад ЗПСМ | |
|--|--|---------------------|
| | На базі медичних закладів | В інших приміщеннях |
| Амбулаторія ЗПСМ | 148 | 10 |
| СЛА з дільничними ЗПСМ | 4 | 2 |
| Дільнична лікарня з дільницями ЗПСМ | 5 | - |
| Районна лікарня з дільницями ЗПСМ | 13 | - |
| Амбулаторія ЗПСМ у складі РЛ | 1 | - |
| Районна лікарня з відділеннями ЗПСМ | 1 | - |
| Дільниці ЗПСМ у складі поліклініки ЦРЛ | 14 | - |
| Відділення ЗПСМ у складі поліклініки ЦРЛ | 2 | - |
| Всього: абсолютна кількість | 188 | 12 |
| Відсотки | 94% | 6% |

Приміщення, в яких розташовувалися заклади ЗПСМ у міських поселеннях Львівщини у 2010 році

| Тип створених закладів ЗПСМ | Приміщення, в якому розташовується заклад ЗПСМ | |
|--|--|---------------------|
| | На базі медичних закладів | В інших приміщеннях |
| Поліклініка з дільницями ЗПСМ | 20 | - |
| Поліклініка з відділеннями ЗПСМ | 27 | 1 |
| Амбулаторія ЗПСМ на території обслуговування поліклініки | 5 | 4 |
| Відокремлена амбулаторія ЗПСМ | 7 | - |
| Інші заклади (приватні тощо) | - | 1 |
| Всього: абсолютна кількість | 59 | 6 |
| Відсотки | 91% | 9% |
| Разом по області: абсолютна кількість | 247 | 18 |
| Відсотки | 93% | 7% |

Як видно з табл. 3.5 і 3.6, більшість закладів ЗПСМ розташовані у приміщеннях медичних закладів. Лише 18 закладів загальної практики – сімейної медицини в області орендують приміщення у інших відомств, що становить 7% від загальної кількості закладів ЗПСМ.

Важливе місце в організаційному механізмі державного управління закладами первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини займає оснащення цих лікувально-профілактичних закладів сучасними засобами зв'язку, спеціалізованим транспортом і медичним обладнанням (табл. 3.7 і 3.8).

У 2010 р. за рахунок коштів, виділених на обласну цільову програму розвитку сімейної медицини Львівщини, забезпечено медичним обладнанням 2 амбулаторій ЗПСМ у сільській місцевості та санітарним автотранспортом – 26 закладів загальної практики-сімейної медицини на загальну суму 4 млн. грн.

Придбано також 13 персональних комп'ютерів, 29 холодильників, 2 дефібрилятори та 16 тест-систем для лабораторних досліджень.

Усього станом на 31.12.2010 р. укомплектовано медичним обладнанням згідно табеля оснащення закладів первинної медико-санітарної допомоги, затвердженого МОЗ України, 194 закладів ЗПСМ області, санітарним автотранспортом – 154. Потребували укомплектування з урахуванням запланованих до відкриття у 2011 р. 46 закладів ЗПСМ, медобладнанням – 32, санітарним транспортом – 27 закладів ЗПСМ.

Отже, з наведених вище матеріалів видно, що матеріально-технічне забезпечення протягом дії обласної цільової програми у 2010 р. зросло, однак порівняно з 2007 р. спостерігається зниження укомплектованості посад сімейними лікарями на 2,0% і зниження показника співвідношення штатних посад медичних

звізрів до медичних сестер загальної практики – сімейної медицини на 0,04. У 2010 р. він складав у Львівській області 1,0:1,17, по Україні – 1,0:1,3, а за штатними нормативами мало бути – 1,0:2,0.

Таблиця 3.7

Забезпеченість сільських закладів ЗПСМ Львівщини медичними та немедичними засобами оснащення у 2010 році [73, с.26]

| Типи створених закладів ЗПСМ | Забезпеченість закладів ЗПСМ основними засобами | | | | | | |
|--|---|---------------|------------------------|-----------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Телефон | Авто- біль | Електро- кардіограф | Тест системи | Дефібри- лятор | Холо- дильник | Комп'ютер |
| Амбулаторія ЗПСМ | 158 | 124 | 158 | 86 | 14 | 158 | 15 |
| С/ЛА з дільницями ЗПСМ | 6 | 6 | 6 | 6 | 2 | 6 | 2 |
| Дільнична лікарня з дільницями ЗПСМ | 5 | 1 | 5 | 3 | - | 5 | - |
| Районна лікарня з дільницями ЗПСМ | 13 | 7 | 21 | 8 | 1 | 21 | 4 |
| Дільниці ЗПСМ у складі поліклініки ЦРЛ | 24 | 6 | 4 | 13 | 1 | 14 | 3 |
| Всього: | 206 | 154 | 194 | 116 | 18 | 204 | 24 |

Низкою законів і підзаконних нормативних актів загальнодержавного значення регулюються конкретні напрямки діяльності закладів сімейної медицини і встановлюються механізми державного управління ними в рамках національної системи охорони здоров'я, в тому числі на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги, що працюють на засадах сімейної медицини. До таких законів належать прийняті у різні роки закони "Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення" (1994), "Про лікарські засоби" (1996), "Про психіатричну допомогу" (2000). Багато питань фахового управління роботою спеціалістів і закладів сімейної медицини регулюють накази МОЗ України "Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини" від 11.09.2000 р. №214, №72 і №303 (2001).

Так, законом "Про захист населення від інфекційних хвороб" визначені правові, функціонально-організаційні та економічні механізми діяльності закладів ПМСД, органів місцевого самоврядування і виконавчої влади, підприємств і організацій, що спрямовуються на попередження поширення інфекційних хвороб людини, ліквідацію окремих спалахів і цілих епідемій захворювань; зафіксовані права і обов'язки окремих фізичних та юридичних осіб щодо захисту громад від інфекційних та паразитарних захворювань.

Забезпеченість міських закладів ЗПСМ Львівщини медичними та немедичними засобами у 2010 році [73, с.26]

| Типи створених закладів ЗПСМ | Забезпеченість закладів ЗПСМ основними засобами | | | | | | |
|--|---|------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|-----------|
| | Телефон | Автомобіль | Електрокардіограф | Тест системи | Дефібрилятор | Холодильник | Комп'ютер |
| Поліклініка з дільницями ЗПСМ | 12 | 4 | 8 | 6 | 2 | 3 | 6 |
| Поліклініка з відділеннями ЗПСМ | 14 | 4 | 12 | 17 | 4 | 6 | 6 |
| Амбулаторія ЗПСМ на території обслуговування поліклініки | 4 | - | 3 | 1 | - | 6 | 3 |
| Амбулаторія ЗПСМ (відокремлена) | 3 | 2 | 2 | 2 | - | 6 | 2 |
| Інші заклади (приватні тощо) | 1 | - | 1 | - | - | 1 | - |
| Всього | 34 | 10 | 26 | 26 | 6 | 21 | 19 |
| Всього по області: абсолютна кількість | 240 | 164 | 220 | 142 | 24 | 225 | 43 |
| Відсотки | 90 | 62 | 82 | 54 | 10 | 89 | 16 |

Наказами МОЗ України регламентується організаційний механізм державного управління кадровим забезпеченням закладів сімейної медицини, принципи надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з урахуванням чинника сім'ї, проведення комплексу валеологічних і профілактичних заходів відповідно до сучасних технологій та повного і якісного їх змісту, найбільш оптимальні варіанти розташування закладів сімейної медицини.

Однак основною умовою успішного реформування ПМСД на засадах СМ є використання комплексного механізму державного управління з метою інтеграції зусиль центральної влади та органів місцевого самоврядування, наукових і практичних закладів охорони здоров'я, які задіяні у процесі упровадження сімейної медицини в охорону здоров'я населення України та її розвитку.

3.2. Інтегративна роль сімейного лікаря в клініці родинної медицини

Розвиток економіки як на світовому, так і на національному рівнях, характеризується поширенням інтеграційних технологій та посиленням кооперації суб'єктів господарювання. Інтеграція є рушійною силою прогресу, оскільки її

відгуктам є взаємозв'язок організаційних, управлінських, соціальних, інноваційних, технологічних, екологічних та інших складових, що забезпечують діяльність технологічного ланцюга від виробництва до реалізації кінцевої продукції.

Інтеграція в загальному розумінні означає процес об'єднання чи взаємопроникнення зусиль різних підсистем і фахівців для досягнення цілей організації чи внесення будь-яких окремих частин в єдине ціле визначеної системи.

Якщо охорону здоров'я як систему розглядати під кутом входження до неї багатьох діагностичних, профілактичних, лікувально-реабілітаційних підсистем, то об'єднання зусиль фахівців, які працюють у різних підсистемах охорони здоров'я (першого, другого і третього рівнів), сприятиме суттєвим змінам на краще у формуванні, збереженні та відновленні не лише індивідуального здоров'я окремих пацієнтів (пацієнторієнтована медична допомога), але й громадського здоров'я територіальних громад та суспільного здоров'я населення всієї держави.

Слід зауважити, що в СОЗ України в наш час працює понад 130 фахівців, які надають спеціалізовану діагностичну, лікувально-реабілітаційну і профілактичну медичну допомогу.

При цьому вертикальну інтеграцію всіх фахівців охорони здоров'я у пацієнторієнтованій медичній допомозі найліпше може забезпечити сімейний лікар, який знає проблеми зі здоров'ям пацієнта і можливості їх вирішення у різних закладах охорони здоров'я і у різних фахівців. Тобто, сімейний лікар може визначити оптимальний діагностичний та лікувально-реабілітаційний маршрути пацієнта за таким принципом, щоб конкретна хвора чи здорова людина змогла одержати оптимальну допомогу в тому закладі та у того фахівця, який найліпше зможе вирішити її проблеми [30; 131].

У системі охорони здоров'я інтеграція окрім якісної пацієнторієнтованої медичної допомоги, що є найважливішою її перевагою, вирішує ще низку проблем, які існують в СОЗ:

- наближує до кожного хворого окрім первинної медичної допомоги, яку надає сімейний лікар і спеціалізовану амбулаторну допомогу, яку надають вузькі спеціалісти;

- забезпечує єдиний та комплексний процес діагностики, профілактики, лікування і медико-соціальної реабілітації з найвищою якістю і найбільшою ефективністю хворим різних вікових груп (лікувальний аспект) формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей (валеологічний аспект), а також первинної та вторинної профілактики захворювань (профілактичний аспект) лікувально-профілактичної роботи;

- створює умови для гармонійного поєднання професійних інтересів усіх учасників інтегрованої пацієнторієнтованої медичної допомоги;

- спонукає фахівців до широкого впровадження новітніх медичних технологій, досягнень медичної науки у сфері спеціалізованої медичної допомоги, що сприяє постійному підвищенню якості медичної допомоги та відповідності її високим міжнародним стандартам;

- створює можливість організації ефективної медичної допомоги при різних проблемах зі здоров'ям на принципах економії всіх ресурсів як системи охорони здоров'я, так і пацієнта;

- складає умови для скорочення апарату управління, який стає мобільнішим, дешевшим і ефективнішим;

- забезпечує оптимальну форму поєднання територіального і галузевого управління в єдиному територіальному просторі;

- поліпшує зовнішні зв'язки з міжнародними структурами, що надають медичну допомогу в різних країнах, збагачуючи лікувально-профілактичні можливості;

- підвищує науково-практичний рівень безперервного професійного розвитку фахівців первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини.

Інтеграція у будь-якій системі виробничих процесів, у тому числі й тих, які продукують медичні послуги, не виникає сама по собі. Для цього необхідні такі медико-соціальні умови:

- високий рівень розвитку продуктивних сил і виробничих відносин у сфері охорони здоров'я;

- достатній рівень суспільного поділу праці фахівців охорони здоров'я;

- поглиблення спеціалізації та достатній рівень концентрації виробництва медичних послуг;

- розширення і поглиблення горизонтальної інтеграції подібних між собою закладів і фахівців первинної медичної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини.

Створення великих інтегрованих багато дисциплінарних команд на кшталт клінік інтегративної сімейної медицини схвалюється у всьому світі як спосіб поліпшення якості надання медичної допомоги та зменшення витрат на реалізацію лікувально-профілактичних технологій. Зменшення витрат досягається за рахунок поліпшення якості діагностично-лікувальних процесів при різних захворюваннях, а також передачі частини послуг висококваліфікованих спеціалістів менш дорогим лікарям.

Важливим є також поліпшення використання людських ресурсів. Відмінність у структурах інтегрованих команд в різних країнах світу відображає відмінності в принципах фінансової мотивації. Наприклад, в Австралії інтегрована командна медична практика є дешевшою із розрахунку на одного лікаря і більш прибутковою. У Великобританії реформи у сфері сімейної медицини в 90-х роках минулого століття також сприяли підтримці інтеграції полі профільних медичних кадрів [297, с. 30-31].

Організаційні реформи в системі охорони здоров'я Англії, підкріплені фінансовими змінами, вплинули суттєво на кількість персоналу, який залучається для роботи, інтегрованої з професійними послугами сімейних лікарів.

Окрім фінансового заохочення на структуру інтегрованих команд впливає також державне регулювання професійних обов'язків. У США законодавчо дозволено у деяких штатах медичним сестрам виписування рецептів на лікарські засоби та виставляти пацієнтам рахунки за надані послуги [297, с. 34].

Економічне реформування народного господарства України на ринкових умовах передбачає багатокладність в економіці охорони здоров'я на основі різних форм власності. При появі відповідних умов нові суб'єкти підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я можуть виникати на основі старих (державних, комунальних) і нових (приватних) форм власності, однак не як альтернатива. Протиставлення приватної власності у сфері охорони здоров'я державній та комунальній власності призводить до низки негативних наслідків, які можуть знижувати ефективність в охороні громадського здоров'я. Можливості запобігання такого протистояння закладаються в нормативно-законодавчих актах, що сприяють розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. Таке партнерство виникає і розвивається при державному чи комунальному замовленні медичних послуг лікарів державного, комунального закладу охорони здоров'я або лікарів, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа - підприємець і який надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування. Останнє положення встановлено Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07. 2011 р. № 3611-VI [244].

Статтею 35-1 названого вище закону визначено, що надання первинної медичної допомоги забезпечують центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, які є закладами охорони здоров'я, а також лікарі загальної практики-сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах.

Названим законом передбачена не лише інтегративна (об'єднувальна) роль сімейного лікаря в системі охорони здоров'я, який працює в державному чи комунальному закладі охорони здоров'я, але й того, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа - підприємець. Інтегративна роль сімейного чи іншого лікаря, що надає первинну медичну допомогу, визначається статтею 35-2 цього ж закону, в якій сказано, що вторинна (спеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги. А у статті 35-3 законодавчо закріплено, що третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з первинної чи вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Отже, сімейному лікарю, який надає первинну медичну допомогу на сімейно-територіальній дільниці, надано право координувати та інтегрувати діяльність будь-кого зі спеціалістів системи охорони здоров'я з метою надання якісної медичної допомоги пацієнтові. І, без сумніву, щоб правильно використовувати великий потенціал сучасної системи охорони здоров'я щодо формування, збереження, зміцнення і відновлення як індивідуального здоров'я окремих осіб, так і громадського здоров'я територіальних громад, сімейний лікар повинен компетентно інтегрувати зусилля всіх фахівців і закладів охорони здоров'я на користь вирішення проблем пацієнтів. А це потребує компетентнісної підготовки такого фахівця як на додипломному, так і на післядипломному етапах його вишколу.

Інтегративна роль фахівців СМ успішно проявляється в клініці сімейної медицини, в якій поруч з фахівцями сімейної медицини працюють і фахівці «вузьких» спеціальностей в консультативно-діагностичному центрі на правах підрозділів єдиного закладу охорони здоров'я і фінансуються за принципом часткового (умовного) фондотримання.

Десятирічний досвід сумісної роботи 59 сімейних лікарів центру ПМД, які надають первинну медико-санітарну допомогу на засадах СМ 85, 3 тис. населення Залізничного району м.Львова, тісно інтегрованих з вузькими спеціалістами комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки, демонструє позитивні успіхи щодо постійного підвищення якості медичної допомоги. При цьому відзначено лінійні показники роботи на сімейно-територіальних дільницях, сімейні лікарі яких працюють у складі відділень сімейної медицини, що розташовані на основній базі поліклініки, де інтеграція між ними і вузькими спеціалістами виражена значніше.

Показники лікувально-профілактичної роботи в двох амбулаторіях сімейної медицини, що територіально відокремлені від центру ПМД поліклініки, є значно гіршими. Це ми пояснюємо меншим рівнем інтеграції процесу надання первинної медичної допомоги на сімейно-територіальних дільницях, що відносяться до амбулаторій сімейної медицини, зі спеціалізованою амбулаторною медичною допомогою, яка є значно доступнішою для консультацій хворих і здорових пацієнтів лікарями відділень сімейної медицини у спеціалістів консультативно-діагностичного центру поліклініки.

Таким чином, інтеграція професійних функцій сімейних лікарів з вузькими спеціалістами на догоспітальному рівні стає важливим чинником постійного підвищення якості медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах. Окрім цього, фахівці амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги, працюючи інтегровано з сімейними лікарями, поліпшують керованість медичної допомоги в лікарняних закладах, знаючи технологічні можливості кожного з них і компетентність спеціалістів, які там надають медичну допомогу.

Останнім часом стрімко зростає розробка і впровадження нових ліків і діагностично-лікувальних технологій, проводиться дуже активна їх реклама. Лише клінічний досвід сімейного лікаря не є достатнім для правильного професійного орієнтування у великому розмаїтті клінічних ситуацій та виборі найбільш ефективних лікувально-реабілітаційних, діагностичних і профілактичних медичних технологій.

Застосування у практичній лікувально-діагностичній та профілактичній роботі лише тих медичних технологій, ефективність яких доведена на основі наукових принципів у процесі клінічних досліджень, є основним принципом сучасної доказової медицини, що активно впроваджуються у всіх сферах медичної практики. У сімейній медицині доказовість медичних втручань виконує подвійну роль. З одного боку наближує результати наукових досліджень до практичного їх застосування, а з іншого, становить надійний бар'єр використанню малоефективних, недоведених методів діагностики, лікування і профілактики. Використання методів доказової медицини в поліпрофільній діяльності сімейного лікаря дозволяє більшою мірою індивідуалізувати надання первинної медичної допомоги на амбулаторно-

поліклінічному етапі та забезпечує її високу якість. І це не може відбуватися без тісної інтеграції сімейного лікаря з іншими спеціалістами системи охорони здоров'я.

Сімейні лікарі, інтегруючи комплексну медичну допомогу пацієнтам, самі стають важливим інтегративним суб'єктом у процесі надання допомоги хворому на першому етапі цього професійного процесу. Особливо важливою стає активна участь сімейного лікаря у реалізації комплексу лікувально-профілактичних заходів при невідкладних станах. Так, тяжкість перебігу інфаркту міокарда чи ішемічного інсульту, а також ефективність їх подальшого комплексного лікування у спеціалізованих лікарняних відділеннях залежать від своєчасних і якісних лікувальних заходів первинної медичної допомоги та швидкості доставки хворого у той спеціалізований заклад охорони здоров'я, де йому може бути надана найефективніша медична допомога. І тут сімейний лікар бере активну участь не лише у процесі інтеграції медичної допомоги з боку спеціалістів другого чи третього рівнів, але й сам стає важливою складовою ланкою в об'єднаних зусиллях системи охорони здоров'я щодо якісного вирішення проблем хворої людини на догоспітальному етапі з метою відновлення її здоров'я чи навіть збереження життя.

Отже, у сучасних умовах розвинутої спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в системі охорони здоров'я, що створюються в інформаційну епоху, інтегративна функція (функція менеджера процесу інтеграції) медичної допомоги вузькими спеціалістами конкретному пацієнтові стає рівнозначною функціям сімейного лікаря щодо діагностики, лікування чи профілактики захворювань. Тому об'єднання (інтеграція) зусиль фахівців сімейної медицини центрів ПМД з вузькими спеціалістами консультативних лікувально-діагностичних центрів, які надають медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах, в таких закладах охорони здоров'я, як поліклініки (клініки) сімейної медицини є перспективним шляхом подальшого підвищення якості медичної допомоги населенню. Натомість, адміністративне (юридичне) та фінансове розмежування первинної медичної допомоги, яку надаватимуть лише сімейні лікарі з 2020 року, як це передбачено названим вище законом і Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI [254], не лише підвищить вартість медичної допомоги на регіональному рівні за рахунок збільшення апарату управління, але й погіршить процес інтеграції в системі охорони здоров'я, що може негативно вплинути на якість і ефективність медичної допомоги.

Ми пропонуємо сучасну мережу закладів охорони здоров'я на регіональному рівні, що полягає у створенні закладів охорони здоров'я догоспітального (першого) і госпітального (другого) рівнів. При цьому серед другого рівня закладів охорони здоров'я можуть бути як заклади спеціалізованої, так і високоспеціалізованої госпітальної допомоги, які суттєво відрізняються між собою за медичними технологіями, фахівцями та їх функціями (спеціалізацією). Це позитивно вплине на інтегративну функцію первинної медичної допомоги, яка на засадах сімейної медицини у багатьох розвинутих країнах вже сьогодні вирішує понад 80 % усіх проблем зі здоров'ям їх громадян.

3.3. Місцеве самоврядування, територіальна громада і родинна медицина

Конституція України (статті 142 і 143) визначає, що управління сільськими закладами ПМСД (дільничними лікарнями, лікарськими амбулаторіями, фельдшерсько-акушерськими пунктами) здійснюється територіальними громадами сіл, селищ безпосередньо або через створені ними органи місцевого самоврядування. Ці заклади є комунальною власністю територіальних громад. А стаття 5 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997р. №230/97 визначає, що територіальна громада в системі місцевого самоврядування є первинним елементом сіл, селищ і міст, якій надано право вирішувати проблеми місцевого значення в межах Конституції та законів України. У статті 27 цього закону визначені конкретні повноваження виконавчих органів сільських, селищних і міських рад щодо сфер соціально – економічного і культурного розвитку поселень. До цих повноважень належать опрацювання програм соціально-культурного розвитку, цільових програм регулювання суспільних відносин в охороні здоров'я населення. Особлива увага приділяється охороні громадського здоров'я, здійсненню заходів з попередження захворювань, зміцненню здоров'я людей та продовженню їх життя.

Важлива роль органів місцевого самоврядування викладена детально в Указі Президента України «Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.2000р. №1313/2000. У ньому підкреслюється, що територіальна громада забезпечує контроль за наданням і фінансуванням медичної допомоги, а переважна частина медичної допомоги має надаватись на первинному рівні. Галузеві заходи повинні передбачати реорганізацію первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

На виконання «Основ законодавства України про охорону здоров'я» наказом МОЗ України «Про затвердження медичних закладів м. Комсомольська Полтавської області експериментальною базою з організації медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини» від 6.08.1998р. №242 були створені умови для багатокладності форм власності закладів комунальної системи охорони здоров'я [108, с.70].

Із 15 лікарів загальної практики – сімейної медицини, які працюють в м. Комсомольську, 11 – приватних сімейних лікарів, які отримали ліцензію МОЗ України на приватну медичну практику та надають ПМСД населенню на основі укладеної угоди з адміністрацією міської поліклініки «Медичний центр ПМСД».

Приклад успішної роботи приватних сімейних лікарів за моделлю часткового фондотримання у м. Комсомольську демонструє важливу роль місцевого самоврядування у розвитку приватних закладів сімейної медицини. Як стверджує міський голова О.П.Попов, практично на кожній сесії міської ради або засіданні міськвиконкому розглядалися питання функціонування і розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини. Щороку на медичну допомогу населенню цього міста за рахунок місцевого бюджету спрямовулося фінансових ресурсів на 20-25% більше, ніж передбачено державними нормативами [236,с.29-35; 237,с.48; 312,с.43-48; 313, с.15].

Важливим аспектом поліпшення показників як економічної, так і медико-соціальної діяльності первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної

медицини у м. Комсомольську було також і юридичне розмежування закладів первинної медико-санітарної допомоги та вторинної медичної допомоги.

У м. Вознесенську Миколаївської області реорганізація ПМСД на засадах сімейної медицини, що відбулася за ініціативою міської ради, призвела до значного поліпшення роботи закладів і фахівців сімейної медицини: відвідування сімейних лікарів збільшилось на 25%, зменшилась захворюваність дітей першого року життя на 7%, знизилась загальна інфекційна захворюваність на 55,6%, поліпшилось виявлення артеріальної гіпертензії на 17,2%, підвищився показник флюорографічних обстежень на 58%, знизилась кількість занедбаних випадків онкозахворювань на 50%, поліпшився показник взяття на облік вагітних до 12 тижнів на 19%. Охоплення дітей туберкулінодіagnostикою становило 97,2% від плану [330].

Досвід реорганізації усіх закладів первинної медико-санітарної допомоги сільського району на принципах сімейної медицини набутий у Михайлівському районі Запорізької області, де з 2002 р. всі заклади первинної ланки охорони здоров'я працюють на засадах СМ. У процесі формування громадської думки відносно СМ у цьому районі використовувались зустрічі з представниками політичних партій та громадських організацій, місцеві засоби масової інформації. Паралельно проводились заходи з матеріально-технічного забезпечення сільських лікарських амбулаторій.

До забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги району відповідними спорудами, медичним обладнанням, а фахівців сімейної медицини – житлом та іншими соціальними благами залучались всі гілки влади, органи місцевого самоврядування, фермерські господарства і приватний бізнес. Комплексний механізм управління заходами щодо матеріального і кадрового забезпечення закладів сімейної медицини знаходився під контролем обласної державної адміністрації та обласного управління охорони здоров'я.

На рівні районних органів влади проведена реорганізація ЦРЛ у комунальне підприємство з відокремленням первинної медико-санітарної допомоги, а також запроваджена закупівля послуг первинної медико-санітарною допомогою за гендерною процедурою і запроваджена система стимулювання фахівців сімейної медицини за виконання показників якості медичної допомоги.

У районі функціонує 10 самостійних амбулаторій сімейної медицини і 4 відділення сімейної медицини, які надають первинну медико-санітарну допомогу всьому населенню Михайлівського району (32 тис.) від дня народження дітей [330].

Досвід закладів охорони здоров'я і місцевого самоврядування Михайлівського району засвідчив не лише медичні переваги реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, але й позитивні соціальні та економічні аспекти цього процесу. Збільшилося відносно фінансування первинної ланки охорони здоров'я, медична допомога наблизилась до населення у сільській місцевості, знизилась кількість викликів швидкої медичної допомоги, що дозволило скоротити одну бригаду станції швидкої медичної допомоги району. На утримання первинної ланки охорони здоров'я район витрачає менше коштів порівняно з системою, яка не зазнала змін. Доведено, що реорганізація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у сільському районі дозволяє

ефективніше використовувати наявні матеріально-технічні та кадрові ресурси охорони здоров'я.

Найбільший досвід організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини сільському населенню набуто у Харківській області, у якій 92,4% жителів сільської місцевості з 2005 року отримують первинну медичну допомогу на засадах СМ.

Протягом 2001-2005 р.р. була видана низка управлінських державних документів Харківської обласної державної адміністрації, райдержадміністрацій сільських районів області та органів місцевого самоврядування, спрямованих на реорганізацію закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Показники впровадження сімейної медицини та її розвитку включалися в систему рейтингової оцінки особистої діяльності голів районних державних адміністрацій, систематично розглядалися на рівні обласної державної адміністрації, райдержадміністрацій та органів місцевого самоврядування, що сприяло мотивації виконання управлінських рішень.

Обласним управлінням охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації для сільських районів та обласного центру як складові мотиваційного механізму управління були доведені відповідні планові завдання на період 2001-2005рр. щодо розвитку мережі закладів СМ.

Дослідження обсягів медичної допомоги, яку надавали сімейні лікарі Харківської області, доводить, що порівняно з дільничними терапевтами та педіатрами вона суттєво збільшилась. Так, якщо у дільничних терапевтів і педіатрів, що надавали первинну медико-санітарну допомогу сільському населенню, починали та закінчували лікування лише 12-17% хворих, то в амбулаторіях сімейної медицини цей показник збільшився до 20-27%, а в окремих з них досягає 45-50%. Однак мережа закладів педіатричної допомоги Харківської області не зазнала суттєвих змін, що стримує реорганізацію первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у м.Харкові [276, с. 52].

Клінічна практика і досвід менеджменту роботи сімейних лікарів міської клінічної лікарні ім. Князя Лева м. Львова свідчив, що найліпшим вирішенням багатьох медичних та економічних питань розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах СМ є надання її у відокремлених амбулаторіях сімейної медицини, розташованих найближче до мешканців міста. Робота таких закладів сприяє зменшенню звернень населення до лікарів – спеціалістів на 20%, викликів швидкої медичної допомоги – на 30%, рівня госпіталізації – на 20%, що суттєво підвищує задоволеність населення якістю медичної допомоги в амбулаторіях сімейної медицини.

Відкриття амбулаторій і відділень сімейної медицини в поліклініках названої лікарні дозволило раціоналізувати фінансові потоки на первинну медико-санітарну допомогу і спеціалізовану медичну допомогу. Організація в поліклініках денних стаціонарів на 75 ліжок різного профілю сприяла зменшенню госпіталізації хворих у відділення з цілодобовим перебуванням хворих у лікарні на 25%, що дозволило скоротити в лікарні 60 ліжок. На основі реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, упровадження низки нових організаційних і економічних механізмів рівень фінансування поліклінік з бюджету лікарні

збільшився до 55%, що наблизило лікарню до раціонального використання ресурсів охорони здоров'я [71,с.34; 72,с.15; 79,с.123; 80,с.66].

Розвивається надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини і в області. Органи місцевого самоврядування, використовуючи свої повноваження, на виконання обласної цільової програми з розвитку сімейної медицини, затвердженої Львівською обласною радою, беруть активну участь у процесах реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

У всіх районах області розроблені комплексні заходи з реорганізації закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини за участю районних координаційних рад з розвитку сімейної медицини, які створені у всіх районах області. Цими планами передбачені конкретні завдання щодо реалізації комплексного механізму державного управління наданням первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Органи місцевого самоврядування визначають найактуальніші проблеми розвитку сімейної медицини у конкретних населених пунктах шляхом проведення епідеміологічних досліджень і використання статистичних матеріалів та визначають шляхи вирішення проблем, які виникають. Така робота проводиться постійно, що дозволяє при виникненні проблемних ситуацій в охороні здоров'я їх активно вирішувати.

Зміна власності закладів первинної медико-санітарної допомоги при провідній ролі бюджетних лікувально-профілактичних закладів з можливістю багатоканальності їх фінансування, створення комунальних неприбуткових підприємств, а також приватних закладів сімейної медицини знаходиться в компетенції органів місцевого самоврядування, що сприяє розвитку багатокладності форм власності.

Конкретним прикладом важливої ролі місцевого самоврядування у реформуванні первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини і розвитку останньої може слугувати робота амбулаторії сімейної медицини села Зіболки Жовківського району Львівської області, яка реорганізована в 1996 році за наказом головного лікаря ЦРЛ з сільської лікарської амбулаторії в амбулаторію сімейної медицини.

Зацікавленість громади сіл, яким надає ПМСД названа амбулаторія СМ, проблемами громадського здоров'я спонукала сільську раду та її виконавчий комітет до постійної уваги щодо розвитку сімейної медицини. І сільська рада зробила все для того, щоб у 2002р. амбулаторія сімейної медицини переїхала у нове добротне, побудоване за сучасними вимогами приміщення. Амбулаторія оснащена сучасним медичним обладнанням, а медичний персонал мешкає на території обслуговування даної місцевості та користується усіма соціальними пільгами, які надаються сільським медикам.

Названа амбулаторія сімейної медицини і три ФАПи, що прикріплені до неї, надають первинну медико-санітарну допомогу мешканцям 9 населених пунктів, в яких проживає 3245 чоловік (2605 дорослих і 640 дітей). Крім 2 сімейних лікарів у цих закладах працюють один стоматолог і 8 середніх медичних працівників. Підсумком якісної та ефективної роботи фахівців сімейної медицини стало значне

зменшення виїздів бригади швидкої медичної допомоги. Цей показник становить 24-27 виїздів на 1000 мешканців за рік при середньому по району 122-130.

В амбулаторії працює денний стаціонар, в якому протягом року лікується 45-50 хворих, що знижує показник госпіталізації на 10%. Все це значно підвищує медико-соціальну і економічну ефективність роботи амбулаторії сімейної медицини.

Завдяки активній роботі органів місцевого самоврядування села Зіболки створена необхідна матеріально-технічна база. Фахівці СМ забезпечені відповідною заробітною платою та санітарним автотранспортом, що сприяє ефективній роботі закладу сімейної медицини [162, с.25].

За допомогою органів місцевого самоврядування і участю фахівців розробляються і запроваджуються в діяльність закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини комп'ютерні програми автоматизованої системи управління первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини.

Керівники та працівники органів місцевого самоврядування беруть безпосередню участь у заходах з реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, відвідуючи новостворені заклади та з'ясовуючи їх проблеми. Така участь стосується створення матеріально-технічної бази закладів сімейної медицини, будівництва та ремонту приміщень, обладнання технічними засобами, комп'ютерною технікою та її використання, забезпечення ліками, адаптації графіків роботи до потреб населення, організації роботи з надання ПМСД мешканцям.

При оцінці ефективності механізмів управління органів місцевого самоврядування щодо розвитку сімейної медицини використовуються комплексність і повнота планування заходів з розвитку сімейної медицини відповідно нормативно-правових актів і чинних інструктивно-методичних матеріалів з урахуванням вихідного рівня надання первинної медико-санітарної допомоги населенню певних міст, сіл чи селищ.

Оцінюється також розвиток мережі закладів сімейної медицини у населених пунктах, реорганізація ФАПів і дільничних лікарень в амбулаторії сімейної медицини, відкриття амбулаторій сімейної медицини в містах і наближення їх до населення, реорганізація терапевтичних і педіатричних територіальних дільниць у поліклініках в сімейні територіальні дільниці, створення відділень СМ в поліклініках, організація центрів ПМСД у складі поліклінік.

Одним із показників діяльності органів місцевого самоврядування щодо управління розвитком сімейної медицини є повнота охоплення населення первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини, а також відсоток закінчення лікування хворих на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги, що здешевлює медичну допомогу.

Головним чинником успішної реорганізації закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини є кваліфіковані управлінські дії органів місцевого самоврядування, які спрямовуються на розвиток сімейної медицини з метою поліпшення здоров'я населення. Особливу роль у цьому напрямку відіграють конкретні повноваження і вміння керівників органів місцевого самоврядування застосовувати найефективніші методи та форми, державницький

підхід до механізмів управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у своєму регіоні, що є одним з найважливіших соціальних і державних завдань на сучасному етапі розвитку українського суспільства.

У Львівській області первинна медико-санітарна допомога представлена на сьогодні роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані зі спеціалізованою медичною допомогою. Протягом тривалого часу увага переважно приділялась розвитку дороговартісних видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної медико-санітарної допомоги становить менше 10% коштів, які виділяються на охорону здоров'я, що не дозволяє досягнути оптимального розподілу обсягів надання медичної допомоги населенню, підвищення якості та ефективності первинної медико-санітарної допомоги. Так, на Львівщині на первинному рівні медичної допомоги починали та закінчували лікування у 2007р. лише 36%, а у 2008р. – 47% хворих, які звернулись за допомогою до сімейних лікарів [278, с.8].

Нераціональна організація первинної медико-санітарної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та доступності у наданні медичної допомоги на первинному рівні, формального підходу до здійснення профілактики захворювань і диспансерної роботи. Як наслідок такої ситуації спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб і ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в складному і високовартісному лікуванні хворих у спеціалізованих лікувальних закладах другого і третього рівнів.

При чинних механізмах державного управління ПМСД застосування економічних важелів щодо підвищення її ролі практично неможливе.

Зазначені та інші проблеми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини спричинені такими чинниками: нераціональною інфраструктурою СОЗ; низькою доступністю первинної медико-санітарної допомоги для населення особливо у сільській місцевості; недостатньою якістю первинної медико-санітарної допомоги внаслідок технологічної відсталості закладів первинної допомоги, відсутністю мотивації працівників, стандартів надання профілактичної та лікувально-реабілітаційної допомоги та наявністю таких, що не відповідають сучасним умовам, принципам фінансування, закладів охорони здоров'я; неналежним кадровим забезпеченням і незадовільною підготовкою фахівців; відсутністю дієвої системи управління первинною медико-санітарною допомогою; недостатністю наукового обґрунтування і нормативно-правової бази для функціонування і розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Подолання проблем недостатньо ефективного функціонування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, зумовлених нерівною доступністю первинної медико-санітарної допомоги для населення та її неналежною якістю, лежить у площині формування нової моделі первинної медико-санітарної допомоги, її фінансування та упровадження комплексного механізму державного управління СОЗ на регіональному рівні [265,с.126-139; 2660].

Цей механізм державного управління базується на створенні нормативно-правової бази, яка чітко визначає структуру, функціональні та фінансово-економічні

засади перспективної моделі первинної медико-санітарної допомоги, а також кроки поетапної перебудови амбулаторно-поліклінічної ланки медичної допомоги населенню.

Наріжним каменем створення перспективної моделі комплексного механізму державного управління ПМСД є структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування функцій і ресурсів закладів первинної медико-санітарної допомоги та спеціалізованої медичної допомоги з поступовим збільшенням обсягів фінансування закладів ПМСД. Процес розмежування закладів первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги має певні відмінності у сільських районах і у великих містах, що пов'язано з нинішньою структурою територіальних закладів амбулаторно-поліклінічної допомоги. У сільських районах, де ПМСД дорослому населенню і дітям надається поліклініками районних лікарень, сільськими лікарськими амбулаторіями та фельдшерсько-акушерськими пунктами, процес розмежування здійснюватиметься в два етапи.

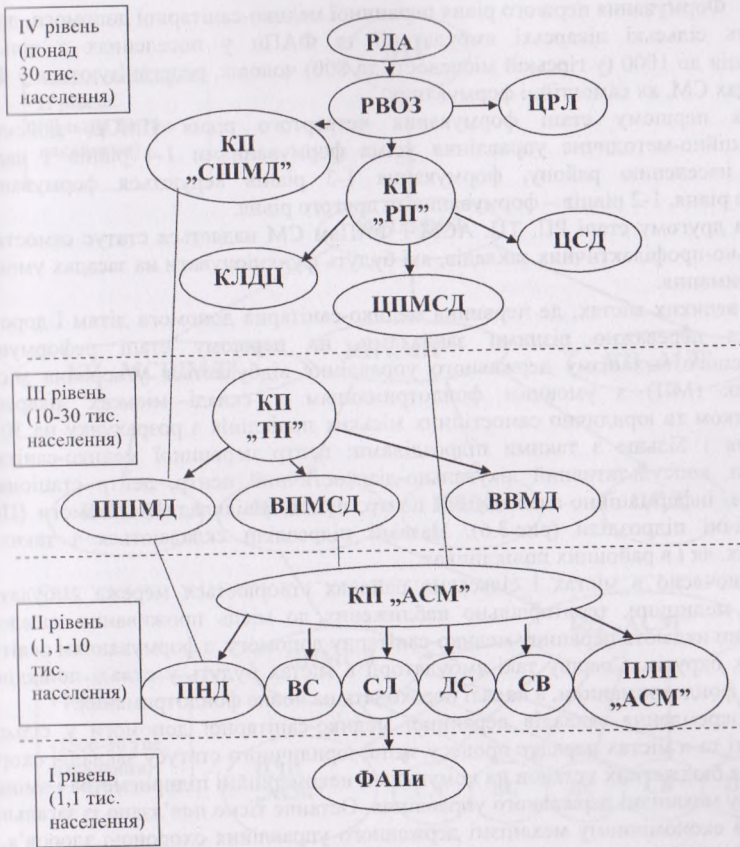
На першому етапі організаційного механізму державного управління створюється чотирирівнева модель ПМСД [266, с.5]:

1. Формування вишого (четвертого) рівня надання первинної медико-санітарної допомоги, під час чого у складі ЦРЛ утворюються районні поліклініки (РП) з розрахунку на 30000 і більше населення, які мають субрахунки. До них входять такі підрозділи, як центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), консультативний лікувально-діагностичний центр (КЛДЦ), центр стаціонарної допомоги (ЦСД), інформаційно-аналітичний центр (ІАЦ), адміністрація і параклінічні підрозділи (рис.2.5).

До складу ЦПМСД входять відділення і амбулаторії сімейної медицини, відділення профілактики (превентивної медицини та медичної валеології); до КЛДЦ – кабінети вузьких спеціалістів, жіноча консультація, районна мобільна діагностична лабораторія; до ЦСД – денні стаціонари поліклініки (для дорослих і дітей) та централізований домашній стаціонар.

2. Формування третього рівня надання ПМСД, до яких входять районні та дільничні лікарні, великі сільські лікарські амбулаторії, що надають медичну допомогу 10000-30000 мешканців, реформуються у територіальні поліклініки (ТП), як самостійні структури з умовним фондотриманням і такими підрозділами: відділення ПМСД (ВПМСД), відділення вторинної медичної допомоги (ВВМД), відділення стаціонарної допомоги (ВСД) в амбулаторних закладах. Структура даних підрозділів відповідає подібним у районних поліклініках.

Формування другого рівня первинної медико-санітарної допомоги, до яких належать сільські лікарські амбулаторії та ФАПі у населених пунктах з кількістю мешканців в них від 1000 до 10000 (в гірській місцевості від 800 до 10000), реорганізуються в амбулаторії СМ як самостійні формування з умовним фондотриманням, в яких будуть працювати 1-12 сімейних лікарів, вузькі спеціалісти, акушерка та 2-24 медичних сестри загальної практики-сімейної медицини (помічники сімейного лікаря), лаборанти, медсестри стоматолога, процедурного і фізіотерапевтичного кабінетів.



РДА-районна державна адміністрація
 РВОЗ-районний відділ охорони здоров'я
 ЦРЛ-центральна районна лікарня
 КП-комунальне підприємство
 РП-районна поліклініка
 СШМД-станція швидкої медичної допомоги
 КЛДЦ-консультативний лікувально-діагностичний центр
 ЦСД-центр стаціонарної допомоги
 ЦПМСД-центр первинної медико-санітарної допомоги
 ТП-територіальна поліклініка

ВВМД-відділення вторинної медичної допомоги
 ВПМСД-відділення первинної медико-санітарної допомоги
 ПШМД-підстанція швидкої медичної допомоги
 АСМ-амбулаторія сімейної медицини
 ВС-вузькі спеціалісти
 СЛ-сімейні лікарі
 ДС-денний стаціонар
 СВ-стаціонар вдома
 ПНД-пункт невідкладної допомоги
 ПЛП-приватне лікарське підприємство
 ФАП-фельдшерсько-акушерський пункт

Рис. 3.5 Організаційна структура комплексного механізму державного управління наданням ПМСД на засадах сімейної медицини населенню сільського району

3. Формування першого рівня первинної медико-санітарної допомоги, до яких належать сільські лікарські амбулаторії та ФАПі у поселеннях з кількістю мешканців до 1000 (у гірській місцевості до 800) чоловік, реорганізуються у ФАПі на засадах СМ, як самостійні формування.

На першому етапі формування четвертого рівня ПМСД здійснюють організаційно-методичне управління усіма формуваннями 1-4 рівнів з надання ПМСД населенню району, формування 1-3 рівнів керуються формуваннями третього рівня, 1-2 рівнів – формуваннями другого рівня.

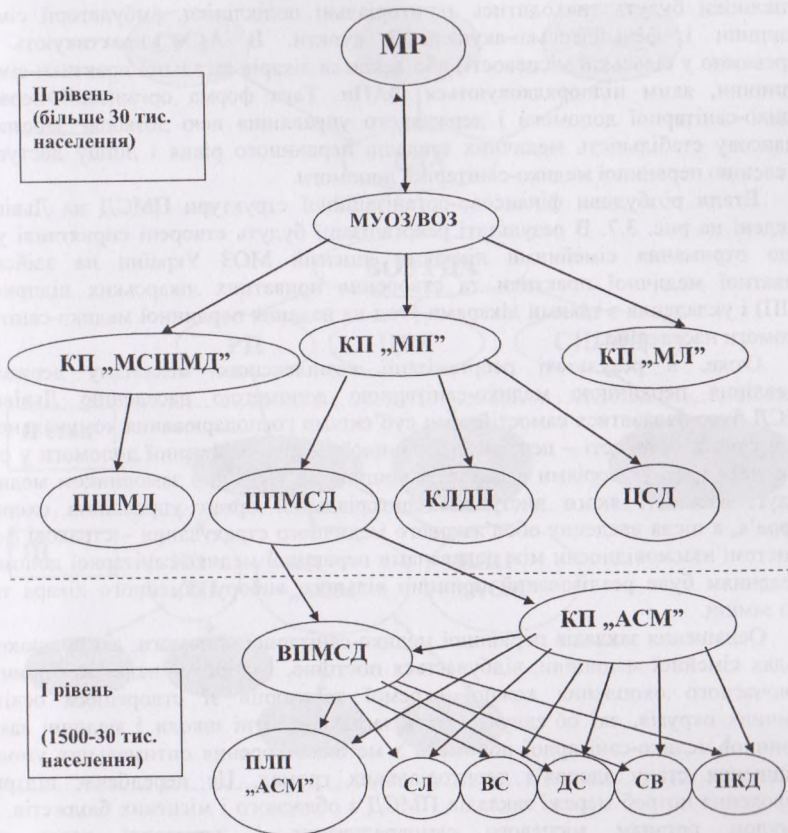
На другому етапі РП, ТП, АСМ і ФАПам СМ надається статус самостійних лікувально-профілактичних закладів, які будуть функціонувати на засадах умовного фондотримання.

У великих містах, де первинна медико-санітарна допомога дітям і дорослим надається переважно різними закладами, на першому етапі реформування комплексного механізму державного управління відбувається утворення міських поліклінік (МП) з умовним фондотриманням у складі міських лікарень з субрахунком та юридично самостійних міських поліклінік з розрахунку на 30 тис. населення і більше з такими підрозділами: центр первинної медико-санітарної допомоги, консультативний лікувально-діагностичний центр, центр стаціонарної допомоги, інформаційно-аналітичний центр, пункт невідкладної допомоги (ПНД), параклінічні підрозділи (рис.3.6). Названі підрозділи складаються з таких же складових, як і в районних поліклініках.

Одночасно в містах і сільських районах створюється мережа амбулаторій сімейної медицини, територіально наближених до місць проживання населення, якому вони надають первинну медико-санітарну допомогу, з формуванням освітньо-медичних округів. Спершу такі амбулаторії в містах будуть у складі поліклінік з умовним фондотриманням, а надалі переходять на повне фондотримання.

Виокремлення закладів первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості та в містах передусє процесу зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства і змінам у правовому механізмі державного управління. Останнє тісно пов'язано із загальними змінами в економічному механізмі державного управління охороною здоров'я, що полягають у впровадженні закупівель різних видів медичної допомоги та потребують утворення відділів управління охороною здоров'я на районному рівні, а також у невеликих містах, де таких органів немає. Вони виступають у якості державних замовників різних видів медичної допомоги і здійснюють функцію контролю за дотриманням надавачами медичної допомоги договірних умов щодо кількості та якості медичних послуг, наданих населенню.

У результаті зміни механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою основним суб'єктом надання медичної допомоги на первинному рівні стає автономний або юридично незалежний медичний заклад – районна поліклініка з центром первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Кількість населення, якому надається ПМСД цим закладом, становить понад 30 тис. В організаційно-методичному підпорядкуванні районної



МР-міська рада
 МУОЗ-міське управління охорони здоров'я
 ВОЗ-відділ охорони здоров'я
 КП-комунальне підприємство
 МСШМД-міська станція швидкої допомоги
 МП-міська поліклініка
 ПШМД-пункт швидкої медичної допомоги
 ЦПМСД-центр первинної медико-санітарної допомоги
 КЛДЦ-консультативний лікувально-діагностичний центр

ЦСД-центр стаціонарної допомоги
 ВПМСД-відділення первинної медико-санітарної допомоги
 ПЛП-приватне лікарське підприємство
 АСМ-амбулаторія сімейної медицини
 ВС-вузькі спеціалісти
 СЛ-сімейні лікарі
 ДС-денний стаціонар
 СВ-стаціонар вдома
 МЛ-міська лікарня

Рис. 3.6 Організаційна структура комплексного механізму державного управління наданням ПМСД на засадах сімейної медицини у містах обласного підпорядкування

поліклініки будуть знаходитись територіальні поліклініки, амбулаторії сімейної медицини і фельдшерсько-акушерські пункти. В АСМ практикують один (переважно у сільській місцевості) або декілька лікарів загальної практики-сімейної медицини, яким підпорядковуються ФАПи. Така форма організації первинної медико-санітарної допомоги і державного управління нею дозволяє забезпечити фінансову стабільність медичних закладів первинного рівня і ліпшу доступність населенню первинної медико-санітарної допомоги.

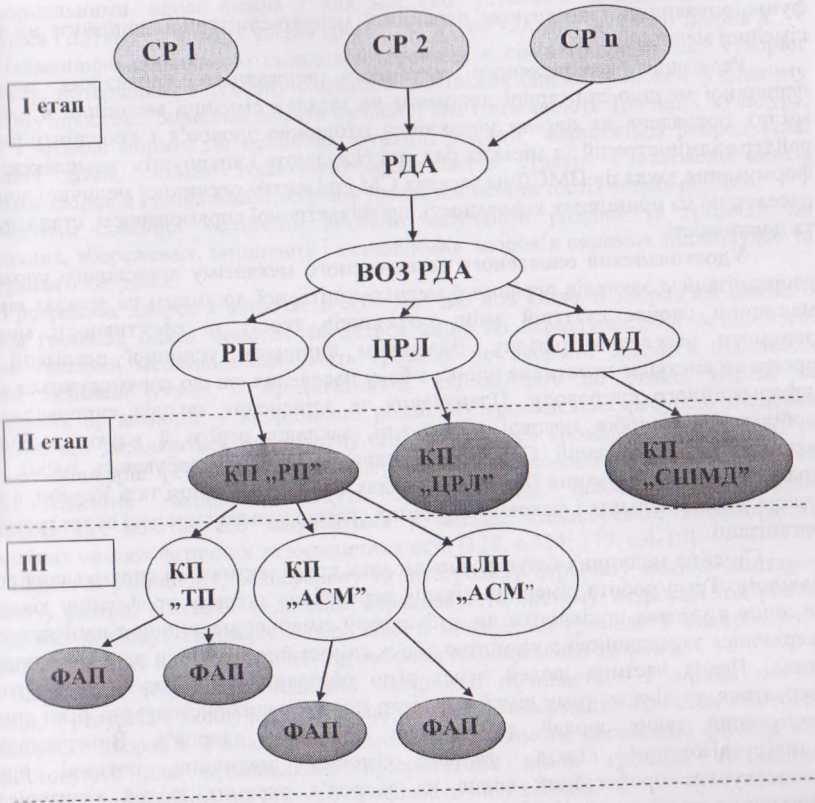
Етапи розбудови фінансово-організаційної структури ПМСД на Львівщині наведені на рис. 3.7. В результаті реорганізації будуть створені сприятливі умови щодо отримання сімейними лікарями ліцензій МОЗ України на здійснення приватної медичної практики та створення приватних лікарських підприємств (ПІП) і укладення з такими лікарями угод на надання первинної медико-санітарної допомоги населенню.

Отже, в результаті реорганізації комплексного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою населенню Львівщини ПМСД буде надаватися самостійними суб'єктами господарювання комунальної або іншої форми власності – центрами первинної медико-санітарної допомоги у складі поліклінік і амбулаторіями сімейної медицини за угодою з замовником медичних послуг, в якості якого виступає територіальний орган управління охороною здоров'я, а після введення обов'язкового медичного страхування – страхові фонди. У системі взаємовідносин між надавачами первинної медико-санітарної допомоги і населенням буде реалізований принцип вільного вибору сімейного лікаря та/або його заміни.

Оснащення закладів первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини, відбувається постійно. Пріоритет надається принципу «одночасного охоплення кожної окремої території» зі створенням освітньо-медичних округів, які об'єднуюватимуть загальноосвітні школи і медичні заклади первинної медико-санітарної допомоги з метою створення оптимальних умов для поліпшення стану здоров'я територіальних громад. Це передбачає підтримку задоволення потреб мережі закладів ПМСД з обласного і місцевих бюджетів. Це є стимулом органам місцевого самоврядування і державної влади щодо запровадження комплексного механізму державного управління для розвитку перспективної моделі первинної медико-санітарної допомоги і засобом подолання конфліктів інтересів, які супроводжують процес реорганізації СОЗ.

Керованість розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у Львівській області забезпечується багаторівневою системою управління. На обласному рівні цим процесом займаються головне управління охорони здоров'я і міжгалузева координаційна рада з розвитку сімейної медицини обласної державної адміністрації.

Планування розвитку мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги, визначення черговості територій, які отримують підтримку з обласного і державного бюджетів на матеріально-технічне і кадрове забезпечення сімейної медицини з метою виконання поставлених завдань, покладено на ДОЗ ЛОДА, в якому створено підрозділи та посади з повноваженнями щодо державного управління



РДА-районна державна адміністрація
 СР-сільська рада
 ВОЗРДА-відділ охорони здоров'я
 РДА
 ЦРЛ-центральна районна лікарня
 СШМД-станція швидкої медичної допомоги
 КП-комунальне підприємство
 АСМ-амбулаторія сімейної медицини

РП-районна поліклініка
 ПЛП-приватне лікарське підприємство
 ТП-територіальна поліклініка

Рис. 3.7 Схема фінансово-організаційної структури первинної медико-санітарної допомоги району та етапи її розвитку

функціонуванням і розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Реалізація комплексного механізму державного управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в районах міст покладена на органи управління охороною здоров'я і координаційні ради райдержадміністрацій та міських рад, які складають і виконують комплексні плани формування закладів ПМСД на засадах СМ і розвитку первинної медичної допомоги населенню на принципах керованості, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості.

Удосконалення оновленого комплексного механізму державного управління реорганізацією закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини сприяє суттєвій зміні показників якості та ефективності медичної допомоги населенню регіону. Важливим чинником успішної реалізації такої програми виступає позитивна оцінка з боку населення, на що спрямовуються заходи інформаційного супроводу. Планування та здійснення заходів супроводжується мобілізацією засобів масової інформації, закладів освіти й науки, залученням міжнародних організацій. Особливо важливого значення набувають досвід інших країн щодо реформування ПМСД на засадах СМ на Львівщині та в Україні, а також участь територіальних і фахових медичних громад у цьому процесі через громадські організації.

Сімейна медицина базується на засадах профілактичного спрямування роботи фахівців. Тому робота сімейних лікарів передбачає активну професійну діяльність не лише в умовах поліклініки чи амбулаторії сімейної медицини з пацієнтами, що звернулися за медичною допомогою або ж самостійно прийшли на профілактичний огляд. Певна частина людей через різні обставини не можуть чи не хочуть звертатися до лікаря, тому сімейний лікар повинен використовувати різні способи спонукання таких людей до турботи про своє здоров'я. Використовуючи індивідуалізований підхід, фахівці сімейної медицини повинні широко застосовувати професійний вплив на здоров'я окремих людей територіальної громади та суспільства. Необхідно інтегровано використовувати систему індивід – сім'я – громада – суспільство для поліпшення стану громадського здоров'я населення.

Громада – це сукупність людей, об'єднаних між собою певними умовами чи обставинами. Найчастіше цією умовою виступає географічна територія, на якій мешкає певний контингент населення: село, селище міського типу, місто, а також сімейна територіальна дільниця. Громади можуть визначатися також за іншими ознаками: спільним місцем роботи, професією, спільними культурними цінностями, релігійними конфесіями тощо.

Однак будь-яка громада не є однорідною і постійною. Вона об'єднує групи людей, що постійно змінюються. В окремих сегментах певних громад превалюють ті чи інші проблеми, які стосуються стану здоров'я людей: вживання алкоголю чи наркотиків, тютюнопаління, нераціональне харчування, малорухливий спосіб життя, захворювання системи кровообігу тощо.

Кожна громада має свої об'єднання за інтересами – громадські організації, товариства, клуби, асоціації тощо. Громадські організації можуть бути формальними

та неформальними, однак кожна з них має свої установчі принципи, які часто стосуються і питань ставлення членів громадського об'єднання до свого здоров'я.

Найменшою соціальною складовою громади є сім'я (родина), яка створює біологічну, матеріальну і духовну спільність декількох близьких людей в єдиному життєвому просторі. Зовнішні образи сучасної сім'ї створюють традиції, культура, релігія і правові норми. До основних функцій родини відносяться репродукція, виховання дітей, спільне господарювання, зняття стресів і взаємодопомога, підтримка здоров'я і соціальна інтеграція (розвиток особистості) членів родини.

Фахівці сімейної медицини активно залучають родини та громади до формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я окремих індивідумів та громадського здоров'я.

Громадське здоров'я включає в себе все, що пов'язано зі здоров'ям кожного індивіда громади, однак воно не зводиться лише до характеристики останнього. Фахівці сімейної медицини залучають громаду до охорони здоров'я населення шляхом активної участі її представників, які входять до різних партій та громадських організацій, у координації розподілу громадських ресурсів місцевих бюджетів, що виділяються на охорону здоров'я. Через громадські організації та окремих спонсорів ресурси закладів первинної медико-санітарної допомоги на заесадах сімейної медицини можуть збільшуватись також і за рахунок позабюджетних коштів, що залучаються у вигляді спонсорської допомоги чи благодійних внесків фізичних та юридичних осіб [178, с.324; 179, с.4-10].

Надаючи різнобічну, безперервну та інтегровану первинну медико-санітарну допомогу, фахівці сімейної медицини опрацьовують систему медичної підтримки громад, яка враховує специфічні особливості конкретної громади й використовує кращий світовий та вітчизняний досвід охорони громадського здоров'я.

Здійснення первинної медичної підтримки починається з оцінки потреб громади, її ресурсів і якості роботи закладу ПМСД. Інформацію про стан і потреби громадського здоров'я й аналіз якості медичної допомоги населенню фахівці СМ використовують для встановлення пріоритетних вимог громади та оцінки ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів.

Розширюючи можливості профілактичної медицини та медичної валеології на основі просвітницької роботи в громаді, використовуючи додаткові можливості створених освітньо-медичних округів, модель превентивної медицини дозволяє будувати перспективні взаємовідносини між громадським здоров'ям і первинною медико-санітарною допомогою. При цьому посилюється роль окремих членів громади в збереженні та зміцненні свого індивідуального і громадського здоров'я [49, с.84; 60; 58, с.132-135; 84, с.92].

Щоб отримати кількісну інформацію про потреби громади щодо охорони здоров'я, важливо насамперед з'ясувати наскільки сама громада достовірно уявляє проблеми зі станом громадського здоров'я. Необхідно також з'ясувати чи існують проблеми з громадським здоров'ям, яким громада не приділяє достатньо уваги, а також оцінити їх. Слід також визначити, яка частина населення громади має ризик виникнення того чи іншого захворювання і потребує більшої уваги щодо первинної профілактики, що можливо зробити на основі реєстру здоров'я.

Сучасні інформаційні технології скорочують час і вартість оцінки стану громадського здоров'я. Так, екологічна оцінка стану довкілля на певній території дозволяє з'ясувати вплив чинників ризику навколишнього середовища на стан здоров'я громади. Створюються реальні умови для порівняльної оцінки сімейними лікарями особливостей надання первинної медико-санітарної допомоги залежно від наявності тих чи інших ендемічних захворювань (наприклад, ендемічний зоб чи флюороз).

Якісно оцінити загрозу певного захворювання в громаді можна також і на основі вивчення думки членів громади, виявлення осіб групи ризику розвитку цього захворювання і вивчення ефективності заходів щодо зниження захворюваності населення. При цьому громада може залучити певні ресурси для ефективного вирішення проблеми, а також проведення систематичного збору необхідної інформації. Через громадські організації можуть бути надіслані листи окремим мешканцям, проведено телефонне опитування.

У процесі спілкування з членами громади сімейний лікар спрямовує свої зусилля та членів громади на отримання необхідної інформації про стан здоров'я мешканців та визначення тої частини населення, якої ця інформація стосується. При цьому слід пам'ятати, що існують інформаційні «похибки». З метою підвищення якості інформації про громадське здоров'я необхідно використовувати декілька методів збору інформації.

Важливо залучати членів громади до визначення пріоритетів первинної медико-санітарної допомоги, планування і реалізації основних стратегій формування принципів охорони громадського здоров'я. Робота сімейного лікаря з громадою через залучення членів громади до виконання певних завдань підвищує ефективність первинної медико-санітарної допомоги, поліпшує взаємодію окремих індивідів з родиною і громадою, що сприяє зміцненню їх здоров'я.

Громада залучається до визначення проблем і пріоритетів надання ПМСД, вибору і планування заходів зміцнення громадського здоров'я, виконання планів та відслідковування їх реалізації. Моніторинг виконання заходів щодо оздоровлення населення має виключне значення в досягненні успіху. Оцінка впливу опрацьованих механізмів на громадське здоров'я дозволяє вносити необхідні корективи, підвищувати їх ефективність, а також визначати подальші можливості та напрямки співпраці з громадою.

Розвиток комплексного механізму державного управління впровадженням сімейної медицини, який здійснюється фахівцями, потребує значної освітньої підтримки як серед медиків, так і серед широких верств населення. Актуальність такої роботи серед лікарів викликана тим, що існує думка про необхідність значного скорочення як практичних лікарів, так і організаторів охорони здоров'я при загальнодержавному впровадженні сімейної медицини.

Пропозиції про реструктуризацію багатьох закладів охорони здоров'я на користь зміцнення закладів первинної медико-санітарної допомоги не є безпідставними, однак у кожному регіоні така інформація має бути економічно обґрунтованою. Її повинні надавати як органи охорони здоров'я, так і незалежні експерти, якими можуть бути громадські організації медичного спрямування. Ступінь правдивості такої інформації та участь громадських організацій в атестації

сімейних лікарів сприяють підвищенню престижності фаху сімейного лікаря, розумінню його професійного росту.

Активна робота щодо залучення великої громади медичних працівників України до реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та її розвитку проводиться в різних областях. Так, у Харківській області крім асоціації сімейної медицини, створено товариство сімейної медицини, котре інформує сімейних лікарів про нові досягнення в галузі охорони здоров'я, популяризує та висвітлює проблеми в роботі фахівців ПМСД через засоби масової інформації, надає консультативну допомогу через створений при ньому консультативний центр. Це сприяє підвищенню авторитету сімейних лікарів у сільській місцевості.

У Львівській області ще в листопаді 1995 року була заснована асоціація сімейних лікарів Львівщини, основними напрямками роботи якої є постійне сприяння поглибленню теоретичних знань і практичних навичок сімейних лікарів з різних галузей медицини. Найважливішими засобами формування якісно нового спеціаліста стали організація і проведення лекцій, семінарів, круглих столів, науково-практичних конференцій з метою впровадження сучасних технологій діагностики, лікування і профілактики захворювань, застосування принципів медичної валеології у практичній роботі фахівців СМ. Курси лекцій читали висококваліфіковані науковці та педагоги Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, провідних університетів Великобританії, США, Німеччини, Бельгії [171, с.25].

Велика робота щодо реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини проводилась Українською асоціацією сімейної медицини (УАСМ), президентом якої був декан факультету «Загальна практика – сімейна медицина» Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупіка [1, Лисенко]. Регулярне видання журналу «Сімейна медицина» сприяє висвітленню найактуальніших питань розвитку сімейної медицини в нашій країні, ознайомленню широких верств громади фахівців сімейної медицини зі світовими досягненнями у галузі СМ, проблемами та шляхами їх вирішення. Реалізуються програми міжнародної співпраці, використовується досвід розвинених країн у підготовці сімейних лікарів в Україні [256, с.36; 257, с.72; 368, с.14-16].

Сьогодні УАСМ є членом найбільшої міжнародної організації сімейних лікарів – VONCA. УАСМ спирається на діяльність 17 регіональних асоціацій, бере участь в акредитації медичних закладів та атестації фахівців сімейної медицини, проводить конференції та з'їзди сімейних лікарів України.

Громадські організації активно залучають до виконання конкретних видів діяльності з профілактики захворювань, навчання населення навичкам догляду за хворими членами сімей, впровадження принципів здорового способу життя, планування сім'ї 400-тисячну громаду середніх медичних працівників. На нашу думку, багато функцій, які сьогодні виконують сімейні лікарі, можна успішно делегувати середнім медичним працівникам. Необхідно створити такі умови роботи на сімейних територіальних дільницях, щоб сімейний лікар і медичні сестри загальної практики-сімейної медицини працювали як партнери щодо виконання

складних завдань, які покладаються на фахівців сімейної медицини [119, с.22; 162, с.136; 170, с.107-109; 189, с.87; 216, с.112-114; 334, с.77].

Громадські організації медичного спрямування приділяють значну увагу роз'яснювальній роботі серед населення. Лише за умови розуміння кожною родиною переваг, які з'являються у неї після запровадження сімейної медицини, щодо формування, збереження, зміцнення і відновлення соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я, первинної та вторинної профілактики захворювань, впровадження принципів здорового способу життя, глибокого розуміння важливості власного здоров'я і здоров'я родини, можлива активна допомога громади становленню і розвитку сімейної медицини. Кожна людина та її родина повинні знати й розуміти свої права і обов'язки відносно здоров'я та стосунків з фахівцями сімейної медицини, правового механізму державного управління здоров'ям населення. На основі цього формується вимогливість як до себе і членів своєї родини, так і до сімейного лікаря та медичної сестри загальної практики – сімейної медицини.

Отже, шляхом залучення територіальних і фахових медичних громад до системи охорони громадського здоров'я населення через систему державної влади та органи місцевого самоврядування створюються соціальні умови для формування громадянського суспільства, як четвертого ступеня людської історії - суспільства з розвинутими економічними, культурними та політичними відносинами між індивідуумами, не опосередкованими державою. У такому суспільстві громадське здоров'я розглядається в контексті соціальної сфери діяльності, в якій сімейній медицині визначається одне з важливих завдань [202; 203; 204; 207; 208].

У сучасних умовах національна система охорони здоров'я будь-якої країни стала складною і надзвичайно витратною сферою суспільства, а неефективна система охорони здоров'я стає дедалі як все суттєвішою загрозою соціальному і економічному розвитку держави, так і її безпеці. Не зважаючи на те, що ще не напрацьований досконалий комплексний механізм державного управління охороною здоров'я в жодній з країн, однак вчені й політики висловлюють впевненість у тому, що кваліфікований сімейний лікар, який працює у добре організованій системі охорони здоров'я і має можливість постійно підвищувати свою кваліфікацію, може сформувати, зберегти та реально поліпшити здоров'я окремого індивіда, сім'ї, громади та суспільства в цілому. Однак без реформування системи охорони здоров'я в Україні та створення інституцій громадянського суспільства, яке буде безпосередньо опікуватися охороною громадського здоров'я населення як на регіональному, так і на національному рівнях, неможливо створити ефективну сучасну громадську систему охорони здоров'я.

Поступове зміщення центру впливу комплексного механізму державного управління системою охорони здоров'я з державного на регіональний та місцевий рівні відповідає інтересам держави, суспільства і принципам організації та управління громадською охороною здоров'я, сформульованим ВООЗ [97]. Це також відповідає основним завданням органів місцевого самоврядування нашої країни, сформульованим в Законі «Про місцеве самоврядування».

Охорона здоров'я у широкому розумінні цього поняття включає такі напрямки діяльності як формування, збереження, зміцнення здоров'я здорової людини, так і

відновлення здоров'я хворого. Науковими та практичними аспектами перших трьох напрямків займаються такі порівняно молоді науки, як медична валеологія і превентивна (профілактична) медицина, а відновленням здоров'я хворих людей займається лікувально-реабілітаційна медицина [124, с.167-169; 130, с.3-8; 265, с.3-6; 298, с.52-53; 304, с.120-128].

Профілактична концепція стилю і способу життя кожної людини, медичної науки та системи охорони здоров'я, соціальної політики держави можлива для реалізації лише у разі збігу інтересів у системі «людина-медичний працівник (лікар) – родина – громада (суспільство) – держава». Цей ланцюг замкнутий у кільце і, хоч проблеми індивідуального та громадського здоров'я не зводяться одна до одної, роз'єднати їх неможливо.

Успіх валеологічної та профілактичної роботи в системі охорони здоров'я значною мірою залежить від первинної медичної допомоги, яка переходить на засади родинної медицини, що стає основою охорони громадського здоров'я в економічно розвинених країнах.

Головним партнером сімейного лікаря на сімейно-територіальній дільниці є медична сестра загальної практики-сімейної медицини.

На стан здоров'я сучасної людини впливають різні біологічні та соціальні чинники. Однак найбільший вплив на формування, збереження і зміцнення здоров'я здорової людини мають такі соціальні чинники, як навколишнє середовище і спосіб життя кожної людини. Якщо стан екології переважно залежить від суспільства і всієї людності, то спосіб життя визначається індивідуально кожною людиною. Це і режим праці та відпочинку, і руховий режим, і раціональне харчування, і особиста гігієна, і загартовування, і наявність різних шкідливих звичок, та інші фактори. Адаже кожний індивід формує свій спосіб життя, що може бути здоровим і сприяти збереженню чи зміцненню здоров'я, або нездоровим, коли окремі його складові можуть спричинити різні захворювання.

Складові здорового способу життя для людини залежать від її віку, статі, професії та характеру праці, місця проживання людини, природних умов тощо. Тому комплекс заходів щодо реалізації принципів здорового способу життя потрібно активно формувати та дотримуватись, пристосовуючи до конкретних умов навколишнього середовища, яке динамічно змінюється.

Опрацювати комплекс заходів, які відповідають принципам здорового способу життя, для конкретної людини потрібно з урахуванням різноманітних чинників, що можуть як позитивно, так і негативно впливати на стан здоров'я індивіда. Найоптимальніший механізм управління формуванням здорового способу життя для конкретної людини може опрацювати лише її сімейний лікар, який найближче контактує з родиною, де зароджується, народжується, виховується, росте і розвивається, а також, на жаль, хворіє будь-яка особа. В сім'ї формуються і переконання людини щодо знань фактів і подій, а також чинників, які сприяють збереженню та зміцненню індивідуального здоров'я. Тут людина з дитинства привчається до певних оздоровчих заходів та вчинків.

Сім'я, як найменший соціальний осередок, виступає джерелом і натхненником мотивації медико-санітарних переконань щодо дотримання принципів здорового способу життя. Реалізації мотиваційного механізму управління щодо формування,

збереження і зміцнення здоров'я будь-якої людини сприяють також такі зовнішні спонукальні мотиви, як громадська «психологія здоров'я» і «мода на здоров'я»: приклади поведінки батьків, друзів, членів колективу на роботі чи в навчанні відомих культурних і громадських діячів, засоби масової інформації, культурні та мистецькі заходи тощо. Однак лише сама людина, що має власні переконання щодо здорового способу життя як важливої складової теперішнього і формування майбутнього особистого здоров'я та здоров'я своїх нащадків, зможе реалізувати його принципи.

Основним напрямком організації громадської системи охорони здоров'я повинна стати профілактична концепція стилю і способу життя, наукових досліджень у галузі медичної валеології та превентивної медицини, практичної охорони здоров'я і соціальної політики держави. Роль і функції громадської охорони здоров'я будуть визначатись конкретними проблемами окремої громади та забезпечуватимуться її представниками у системі владних структур. Отже, громада сама впливатиме на формування здорового способу життя своїх громадян, а також на вироблення організаційних заходів, спрямованих на поліпшення демографічних показників і зниження рівня захворюваності. У цивілізованому суспільстві держава організує громадянське суспільство, а громади створюють державні органи та її саму державу. Особливо це яскраво проявляється на рівні місцевого самоврядування, коли територіальні громади стають повноправними господарями соціального розвитку, до якого відноситься і СОЗ [178, с.324; 180, с.35-39; 269, с.126-139].

Під час реформування державної охорони здоров'я на громадську особливо важливою стає адаптація мережі бюджетних закладів СОЗ до адміністративно-територіального устрою. Це дозволяє залучати до вирішення питань охорони громадського здоров'я колективи державних і приватних підприємств, громадських, професійних, політичних і харитативних організацій, недержавних медичних закладів, окремих фізичних осіб самої територіальної громади. Особливо це стосується закладів первинної медико-санітарної допомоги, які надають допомогу на засадах сімейної медицини членам певних громад [116, с.315; 179, с.4; 181, с.329].

Прикладом активної співпраці територіальних громад з органами державної влади та місцевого самоврядування у процесі становлення і розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини була робота створеної у 2006 році координаційної ради з розвитку сімейної медицини при Львівській обласній державній адміністрації. До неї увійшли як представники різних секторів обласної виконавчої влади, так і громадськості. Разом зі створеними координаційними радами районів і міст обласного підпорядкування був ініційований комплексний механізм державного управління щодо реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та її розвитку.

Опрацьована обласна цільова програма «Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2008-2011 роки», що затверджена Львівською обласною радою, виступала дієвим інструментом комплексного механізму державного управління реорганізацією СОЗ Львівщини, наближення кваліфікованої медичної допомоги до мешканців регіону, виявлення

значної кількості захворювань на ранній стадії, що дозволяло їх ефективно лікувати [220, с.147-150; 265, с.126-139].

Якщо станом на кінець 2007 року на Львівщині лише 34% населення отримувало первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини, то у 2010р. цей показник виріс до 50,84%, а в м. Львові – до 65,3%. Питома вага відвідувань сімейних лікарів з профілактичною метою була достатньо високою і досягала 34,38% всіх відвідувань населенням закладів СМ. Почали і закінчили лікування у сімейних лікарів 70,98% хворих (у 2007 році – 36%) [4,с.8].

Знизився показник викликів швидкої медичної допомоги до хронічних хворих на території надання ПМСД сімейними лікарями з $97,9 \pm 8,2$ – у 2007р. до $90,1 \pm 5,3$ – у 2010р. на одного сімейного лікаря. Відзначалося зростання кількості людей, обстежених флюорографічно, серед закріпленого за сімейними лікарями населення з 279090 у 2007р., 322356 у 2008р., 368458 – у 2009р. до 417960 осіб у 2010р. Зросла кількість вперше виявлених випадків туберкульозу легень з 451 у 2007р. 512 – у 2008р., 560 – у 2009р. до 572 у 2010р. при стабілізації та зниженні, с у 2010 р. підвищення відсотка деструкцій легеневої тканини (34,4% , 34,7%, 30% і 36,5% відповідно).

Наведені окремі показники діяльності закладів і підрозділів сімейної медицини були кращими від середньообласних, що засвідчує ефективність профілактичної роботи фахівців сімейної медицини.

Отже, на вказаному етапі розвитку комплексного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини у Львівській області суттєво підвищена роль територіальних громад у цьому процесі, які через обласну і районні координаційні ради з розвитку сімейної медицини контролювали хід виконання програмних заходів; ефективне використання коштів, спрямованих на поліпшення надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні; зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, які працювали на засадах сімейної медицини; вирішення соціальних проблем медичних працівників цих закладів [220, с.147-150].

Реорганізація системи охорони здоров'я на муніципальному рівні проходила за територіальним принципом зі створенням єдиного медичного простору для населення, що проживало на приписній території, з поступовим втіленням принципів громадської охорони здоров'я шляхом розширення ролі територіальних громад у всіх сферах формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей та відновлення здоров'я хворих. Успіхи у реформуванні закладів ПМСД на засадах сімейної медицини і розвиток такої допомоги населенню протягом останніх років, а також підвищення ЯМД на сімейно-територіальних дільницях, де працюють сімейні лікарі, досягнуті не лише за рахунок творчої роботи фахівців СМ, але й тому, що до складних процесів і комплексного механізму державного управління реформуванням системи охорони здоров'я на регіональному рівні активно залучені на громадських засадах фахівці з різних секторів народного господарства через координаційні ради з розвитку сімейної медицини при обласних і районних державних адміністраціях. При цьому значна частина інновацій, спрямованих на підвищення ЯМД у закладах СМ, була

запропонована громадськими організаціями, що створені та функціонують в галузі медицини та системи охорони здоров'я.

Вирішення актуальних проблем охорони здоров'я населення на сучасному етапі розвитку суспільства в Україні може бути ефективним на регіональному рівні при активній участі у цьому процесі регіональних органів державної влади, місцевого самоврядування і територіальних громад. З урахуванням дефіциту фінансування системи охорони здоров'я повинна відбутися зміна рівня фінансування амбулаторно-поліклінічних закладів, раціональна реорганізація закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини як найменш економічно затратної; відокремлення територіальних амбулаторно-поліклінічних закладів юридично і фінансово від закладів вторинної медичної допомоги (госпітальних закладів); збільшення фінансування закладів первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини, згідно розроблених і затверджених органами регіональної влади цільових програм, що містять моделі кінцевих результатів і критерії якості медичної допомоги.

Під час реформування державної охорони здоров'я на громадську особливо важливою стає адаптація мережі бюджетних закладів системи охорони здоров'я до адміністративно-територіального устрою. Це дозволяє залучати до вирішення питань охорони громадського здоров'я колективи державних і приватних підприємств, громадських, професійних, політичних і харитативних організацій, недержавних медичних закладів, окремих фізичних осіб самої територіальної громади. Особливо це стосується закладів ПМСД, які надають допомогу на засадах сімейної медицини членам певних громад, де створюються освітньо-медичні округи. При цьому родина і школа розуміються в якості важливих чинників формування збереження, зміцнення і відновлення здоров'я молодого покоління. Освітняцька громада своєю чергою сприяє також ефективному виконанню професійних обов'язків сімейним лікарем.

Досвід Львівської області у залученні до управління первинною медико-санітарною допомогою громадських організацій та місцевого самоврядування показує, що за умов переходу від державної до державно-громадської моделі управління охороною здоров'я населення України стане можливим вирішення низки фінансово-економічних проблем. Подолання проблем недостатньо ефективного функціонування СОЗ на регіональному рівні, зумовлених нерівною доступністю ПМСД для населення та її неналежною якістю, лежить у площині формування нової моделі ПМСД, її фінансування та упровадження комплексного механізму державного управління СОЗ на регіональному рівні. Але труднощі трансформації лежать й у площині загальноукраїнських трансформацій та розширення повноважень органів місцевого самоврядування, яких сьогодні недостатньо для успішного розв'язання проблем реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на регіональному рівні. Ці механізми державного управління ґрунтуватимуться на створенні нормативно-правової бази, яка чітко визначатиме структуру, функціональні та фінансово-економічні засади перспективної моделі ПМСД, а також кроки поетапної перебудови амбулаторно-поліклінічної ланки медичної допомоги населенню.

З урахуванням дефіциту фінансування системи охорони здоров'я повинна відбутися зміна рівня фінансування амбулаторно-поліклінічних закладів, раціональна реорганізація закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини як найменш економічно затратної; відокремлення територіальних амбулаторно-поліклінічних закладів юридично і фінансово від закладів вторинної медичної допомоги (госпітальних закладів); збільшення фінансування закладів первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини, згідно розроблених і затверджених органами регіональної влади цільових програм, що містять моделі кінцевих результатів і критерії якості медичної допомоги.

3.4. Створення громадської системи охорони здоров'я на базі інтегративної родинної медицини в умовах децентралізації

На основі нової концепції превентивної медицини – концепції чинників ризику – здоров'я кожної людини зумовлюється двома групами чинників: внутрішніми (ендогенними), що включають генетичні особливості організму, тобто його фенотип у широкому розумінні цього поняття і зовнішніми (екзогенними), котрі зумовлені етнічними традиціями, харчовими звичками, впливами довкілля тощо. Постійне порушення рівноваги між внутрішніми та зовнішніми чинниками щодо впливу на організм людини призводить спочатку до передхворобливого стану і різних захворювань, особливо тоді, коли зміни довкілля виходять за межі можливостей пристосувальних і компенсаторних механізмів організму людини.

Індивідуальне здоров'я кожної людини становить основу громадського здоров'я суспільства загалом.

Громадське здоров'я – це такий стан демографічної структури, фізичного та інтелектуального потенціалу, морально-психологічного клімату, який забезпечує певний рівень життя громади (суспільства) і виконання нею (ним) всіх соціальних функцій на цьому історичному відрізку часу [60, с.7]. Воно не може не включати в себе все, що входить до здоров'я індивіда, однак і не може бути зведено лише до характеристики останнього.

Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала такі чинники впливу на стан громадського здоров'я:

- 1) частка валового національного продукту, що витрачається на охорону здоров'я;
- 2) доступність первинної медико-санітарної допомоги;
- 3) охопленість населення безпечним, що відповідає санітарним нормам водопостачанням;
- 4) відсоток осіб, яким проведено імунізацію проти основних небезпечних інфекцій;
- 5) доступність кваліфікованої медичної допомоги під час вагітності та пологів;
- 6) стан вигодовування дітей (кількість дітей, які народилися з масою тіла до 2500 г);

- 7) рівень дитячої смертності;
- 8) середня тривалість життя;
- 9) рівень грамотності дорослого населення.

У багатьох країнах світу реформування системи охорони здоров'я має профілактичну спрямованість і спрямована на постійне підвищення якості медичних послуг та їх ефективності.

В Україні реформування системи надання медичної допомоги населенню зосереджено на реорганізації первинної медичної допомоги як найбільш доступної, що вирішує понад 80% проблем зі здоров'ям сучасної людини.

Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011р. №3611-VI (статті 35-2 і 35-3) сімейному лікарю, який забезпечує первинну медичну допомогу територіальній громаді та є громадським лікарем, надано право координувати та інтегрувати професійні можливості будь-кого зі спеціалістів системи охорони здоров'я для вирішення проблем хворої людини.

Комунальна 5-а міська клінічна поліклініка м. Львова, яка працює як клініка інтегративної родинної медицини, посідає одну із провідних позицій щодо модернізаційного розвитку первинної медичної допомоги на регіональному рівні. У цьому складному і багатогранному процесі провідну роль відіграє потужний колектив фахівців родинної медицини. Вони об'єднані у центрі ПМД разом з вузькими спеціалістами, які працюють у консультативному лікувально-діагностичному центрі. Останні надають сімейним лікарям щоденну консультативну допомогу, що зорієнтована на вирішення проблем зі здоров'ям кожного пацієнта незалежно від віку й статі. Через індивідуальне здоров'я кожної людини формується громадське здоров'я об'єднаної територіальної громади.

Окрім значної діагностичної, лікувально-реабілітаційної та профілактичної роботи лікарі загальної практики – сімейної медицини, яких адекватніше потрібно називати родинними лікарями, проводять також значну інтегративну роботу, об'єднуючи професійні зусилля багатьох лікарів клініки та інших закладів охорони здоров'я навколо конкретного пацієнта.

Інтегративна роль сімейних лікарів особливо яскраво проявилась при виконанні локальної цільової програми «Родина керована профілактики гіпертонічної хвороби» на 2011-2015 роки. У процесі виконання цієї програми були інтегровані до її виконання не лише кардіологи та невропатологи поліклініки, але й кардіохірурги, які надають високоспеціалізовані медичні послуги, що дозволило знизити кількість інфарктів міокарда з 128 випадків (1,83 на 1 тис. дорослого населення у 2011 році) до 80 випадків (1,13 на 1 тис. дорослого населення у 2015 році). Це на 37,5% менше людей захворіло на гострий інфаркт міокарда у 2015, ніж у 2011 році.

Серед людей працездатного віку кількість випадків гострого інфаркту міокарда знизилась з 41 у 2012р. до 20 у 2015р. (на 50,5%).

Протягом цього ж часу захворюваність на гіпертонічну хворобу знизилась з 1866 випадків у 2011 році до 1268 випадків у 2015р. (на 32%), а серед працездатного населення – на 44%.

Створення громадської системи охорони здоров'я на базі інтегративної СМ слугуватиме демократизації системи охорони здоров'я та поліпшенню її якості за допомогою таких важелів державно-громадського управління, як територіальна й економічна доступність, керованість з боку сімейного лікаря, профілактична спрямованість, стандартизація й доказовість медичних послуг, що сприятиме безперервному підвищенню якості та ефективності медичних послуг.

Фахівці інтегративної сімейної медицини, працюючи на сімейно-територіальних дільницях, активно залучають до формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп і відновлення здоров'я хворих членів територіальних громад та їх родин, органи державної влади і місцевого самоврядування, громадські організації та фахівців спеціалізованої й високоспеціалізованої пацієнторієнтованої медичної допомоги. Шляхом інтеграції зусиль територіальна громада через окремих громадян і різні громадські організації не лише бере активну участь в оздоровленні своїх громадян і формуванні громадського здоров'я, але й формує громадську систему охорони здоров'я, що є важливою складовою громадянського суспільства.

Завданнями зі створення громадської системи охорони здоров'я на базі інтегративної сімейної медицини, основними фахівцями якої є сімейні лікарі та медичні сестри (фельдшери) загальної практики – сімейної медицини, є такі:

- забезпечення єдиного процесу діагностики, профілактики захворювань, лікування та медико-соціальної реабілітації хворих й інвалідів з високою якістю та ефективністю при різних захворюваннях;
- формування, збереження і зміцнення індивідуального здоров'я здорових людей різних вікових груп і громадського здоров'я територіальних громад, первинна та вторинна профілактика найбільш поширених захворювань на основі принципів медичної валеології та превентивної медицини і концепції «чинників ризику» виникнення і розвитку захворювань;
- створення умов для гармонійного поєднання професійних інтересів учасників інтегративної пацієнторієнтованої медичної допомоги з використанням кадрових і технологічних ресурсів всієї системи охорони здоров'я і територіальних громад;
- поліпшення можливості організації ефективної медичної допомоги при різних проблемах зі здоров'ям як окремих членів територіальної громади, так і громадського здоров'я на принципах економії всіх ресурсів як системи охорони здоров'я, так і пацієнтів;
- створення умов для скорочення виборного апарату управління первинною медичною допомогою, який стає мобільнішим, дешевшим і ефективнішим щодо збереження і зміцнення громадського здоров'я;
- забезпечення оптимальної форми поєднання інтересів територіальних громад, територіального і галузевого управління охороною здоров'я в єдиному територіальному медичному просторі;
- поліпшення зовнішніх зв'язків з міжнародними структурами, що надають медичну допомогу в різних країнах на основі громадської системи охорони здоров'я, розширюючи її лікувально-профілактичні можливості;

- підвищення науково-практичного рівня безперервного професійного розвитку фахівців первинної медичної допомоги, які працюють на засадах інтегративної сімейної медицини, щодо формування, збереження, зміцнення і відновлення як індивідуального, так і громадського здоров'я.

Механізмами, важелями, методами та інструментами управління створенням громадської системи охорони здоров'я громадянського суспільства, яке будується в Україні, на базі інтегративної родинної медицини, є такі:

1. Політичний механізм управління включає такі важелі, методи та інструменти, як:

1.1. Визначення стратегічного напрямку і темпів розвитку первинної медичної допомоги на засадах інтегративної родинної медицини.

1.2. Підвищення ролі державних органів влади і місцевого самоврядування в розвитку родинної медицини.

1.3. Активізація участі територіальних громад в розвитку родинної медицини. Створення опікунських рад в закладах охорони здоров'я первинної медичної допомоги.

1.4. Залучення професійних громадських організацій та громадських організацій територіальних громад до управління закладами охорони здоров'я сімейної медицини.

1.5. Визначення впливу територіальних і професійних громад на якість первинної медичної допомоги та постійне її підвищення в закладах охорони здоров'я, що працюють на засадах сімейної медицини.

1.6. Називництво фаху і класифікація закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу на засадах родинної медицини.

1.7. Реорганізація закладів охорони здоров'я у неприбуткові підприємства.

2. Організаційний механізм управління

2.1. Будівництво нових амбулаторій сімейної медицини, ремонт і переобладнання фельдшерсько-акушерських пунктів, які надають ПМД більше 1000 особам населення, в амбулаторії сімейної медицини.

2.2. Оснащення закладів охорони здоров'я медичним обладнанням згідно таблиць оснащення.

2.3. Забезпечення закладів охорони здоров'я на засадах сімейної медицини, санітарним транспортом, сучасним зв'язком і виходом в Інтернет.

2.4. Створення клінік інтегративної сімейної медицини з розробленням їх статутів і положень про підрозділи.

2.5. Організація роботи навчально-тренінгових центрів з безперервного професійного розвитку фахівців родинної медицини.

2.6. Кадрове забезпечення фахівцями сімейної медицини закладів охорони здоров'я.

2.7. Створення валеолого-профілактичних центрів у клініках інтегративної сімейної медицини.

2.8. Налагодження тісних професійних зв'язків між закладами охорони здоров'я і аптечними закладами щодо організації фармацевтичної опіки якості застосування фармакотерапії в закладах первинної медичної допомоги.

3. Мотиваційний механізм управління

3.1. Матеріальна мотивація фахівців сімейної медицини з оплатою праці за кількість і якість виконаної роботи, безперервний стаж роботи в закладах сімейної медицини, стаж роботи в сільській місцевості та рівень їх кваліфікації.

3.2. Широке використання нематеріальних стимулів професійної мотивації фахівців родинної медицини: подяки, грамоти, книги слави колективів, професійні та державні нагороди та почесні звання тощо.

3.3. Перехід до надання послуг первинної медичної допомоги на засадах комунально-приватного партнерства.

3.4. Створення оптимальних умов праці фахівцям родинної медицини.

3.5. Проведення конкурсів на кращого спеціаліста.

3.6. Створення умов для кар'єрного росту кращих спеціалістів центрів первинної медичної допомоги.

3.7. Визначення в колективах фахівців лідерів з різних видів професійної діяльності та реалізація коучингу з метою навчання і виховання лідерів.

3.8. Використання замість доган навчання у процесі безперервного професійного розвитку.

3.9. Упровадження внутрішнього і зовнішнього громадського професійного аудиту замість різних перевірок.

4. Економічний механізм управління

4.1. Використання економічних важелів державного управління через цільові програми розвитку родинної медицини.

4.2. Використання міжнародних грантів і спонсорства у підвищенні якості медичних послуг.

4.3. Реімбурсація на лікарські засоби для окремих груп хворих.

4.4. Запровадження страхової медицини.

4.5. Перехід закладів охорони здоров'я на комунальні підприємства.

4.6. Налагодження інтеграції між комунальними та приватними медичними підприємствами.

4.7. Розроблення і запровадження пакету базових безоплатних медичних послуг у закладах родинної медицини.

4.8. Підвищення оплати праці фахівців, які працюють в сільській місцевості та забезпечення кожного з них будинком і присадибною ділянкою землі; створення пільгових умов для навчання їх дітей у вищих медичних навчальних закладах.

5. Нормативно-правовий механізм управління

5.1. Участь у розробці законодавчих актів у сфері первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

5.2. Створення нормативних актів регіонального та місцевого значення з розвитку сімейної медицини (регіональні та локальні програми).

5.3. Активна участь регіональної влади і місцевого самоврядування у виконанні опрацьованих програм.

5.4. Правова освіта населення та фахівців щодо розвитку сімейної медицини та її профілактичної спрямованості.

5.5. Участь у розробці проблем з медичного права у сфері первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

5.6. Опрацювання законопроекту «Сімейна (родинна) медицина в Україні».

5.7. Запровадження Державної формулярної системи лікарських засобів у сфері сімейної медицини Львівщини.

5.8. Запровадження у повному обсязі протокольної системи надання медичної допомоги у закладах сімейної медицини на основі міжнародних клінічних настанов національних стандартів і уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, опрацьованих і затверджених МОЗ України.

5.9. Створення громадської служби у справах родин.

6. Науково-інноваційні та освітні напрями розвитку родинної медицини

6.1. Розвиток наукових досліджень у сфері державного управління родинною медициною.

6.2. Створення навчально-тренінгових центрів у всіх клініках інтегративної родинної медицини.

6.3. Створення окремих факультетів або інститутів сімейної медицини в медичних університетах, у яких майбутні сімейні лікарі навчатимуться як на додипломному, так і післядипломному етапах за окремою наскрізною програмою з родинної медицини.

6.4. Організація навчання головних лікарів закладів первинної медичної допомоги, їх заступників, завідувачів центрів клінік інтегративної родинної медицини за спеціальністю "Механізми державно-громадського управління в системі охорони здоров'я".

6.5. Подання пропозицій щодо об'єднання наукових досліджень з галузевого і державного управління розвитком сімейної медицини в одну наукову проблему.

6.6. Створення у Львівському регіональному інституті державного управління Національної академії державного управління при Президентові України кафедр державного і громадського управління в системі охорони здоров'я.

6.7. Підготовка та видання монографій, підручників, навчальних посібників і методичних матеріалів з проблем розвитку інтегративної родинної медицини та її профілактичної спрямованості на основі механізмів державно-громадського управління.

6.8. Включення до програми навчання студентів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького на кафедрі управління охороною здоров'я і соціальної медицини курсу державно-громадського управління в системі охорони здоров'я.

6.9. Організація роботи освітніх медичних округів, робота яких має бути спрямована на поліпшення стану здоров'я сучасних школярів та їх родин.

Упровадження механізмів, важелів, методів та інструментів державно-громадського управління створенням громадської системи охорони здоров'я населення на базі інтегративної родинної медицини дасть змогу досягнути таких результатів:

- демократизувати систему управління охороною здоров'я на засадах інтегративної родинної медицини;
- підвищити якість первинної медичної допомоги на основі таких важелів державно-громадського управління, як її доступність, керованість з боку фахівців

родинної медицини, профілактична спрямованість всіх медичних послуг, стандартизація медичних втручань та їх доказовість;

- удосконалити систему акредитації медичних закладів первинної медичної допомоги та атестації фахівців родинної медицини за участі у цих процесах громадськості;

- забезпечити ефективну інтеграцію фахівців і закладів другого і третього рівнів медичної допомоги до керованої, пацієнторієнтованої медичної допомоги в системі охорони здоров'я;

- здійснити перехід до використання в первинній медичній допомозі медичних технологій з доведеною ефективністю і безпекою для пацієнтів з урахуванням раціональності та економічної доцільності їх використання на основі протокольної системи медичної допомоги та формулярної системи лікарських засобів;

- упровадити мотиваційний механізм підвищення якості медичної допомоги та відповідальності медичних працівників на основі нематеріальних засобів мотивування та оплати праці на основі її кількісних і якісних показників;

- підвищити роль громадських організацій територіальних громад і професійних медичних громадських організацій у системі управління якістю медичної допомоги у тому числі й виборності керівників закладів (підприємств) охорони здоров'я первинної медичної допомоги та родинних лікарів;

- удосконалити професійну підготовку медичних кадрів на додипломному та післядипломному етапах шляхом запровадження якісного безперервного професійного розвитку фахівців родинної медицини;

- позитивно вплинути на поліпшення показників індивідуального і громадського здоров'я та зниження показників захворюваності, інвалідності та смертності в територіальних громадах;

- підвищити ефективність використання фінансових ресурсів у громадській системі охорони здоров'я.

3.5. Надання первинної медичної допомоги на засадах інтегративної сімейної медицини в об'єднаних територіальних громадах

З прийняттям Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 р. №157-VIII в Україні розпочався новий етап децентралізації, реформи місцевого самоврядування та адміністративно-територіальної реформи водночас [246; 328]. До бюджетного та податкового законодавства також внесено зміни, спрямовані на забезпечення фінансової самостійності нових громад через закріплення відповідних повноважень, доходів і видатків. Сьогодні в Україні 800 територіальних громад шляхом укрупнення утворили 159 об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

На Львівщині у 2015 році утворилося 15 об'єднаних територіальних громад. У кінці 2015 року в новостворених об'єднаних територіальних громадах відбулися місцеві вибори, в результаті яких сформовані нові міські, селищні та сільські ради та обрані голови даних громад. Це лише перший етап реформи, а відтак процес

об'єднання громад сіл, селищ та міст у самодостатні ОТГ буде тривати надалі, а значить кількість новоутворених суб'єктів місцевого самоврядування постійно збільшуватиметься.

Відповідно до пункту 3 частини 1 статті 89 Бюджетного кодексу України до видатків, що здійснюються з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, а також бюджетів об'єднаних територіальних громад належать видатки на охорону здоров'я, а саме:

а) первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги);

б) програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи з санітарної освіти);

в) інші державні програми медичної та санітарної допомоги (територіальні медичні об'єднання, центри медичної статистики, автопідприємства санітарного транспорту, інші програми і заходи).

Законом України «Про Державний бюджет України на 2016 рік» бюджети ОТГ, у яких відбулися місцеві вибори, були окремо враховані для визначення міжбюджетних відносин з державним бюджетом шляхом виділення їм прямих бюджетних дотацій та субвенцій.

Таким чином, ОТГ на рівні із районними бюджетами напряму отримали і стали розпорядниками медичної субвенції з державного бюджету на первинну та вторинну медичну допомогу. Розмір цієї медичної субвенції, як і для району, визначався згідно встановленої формули, на основі кількості населення.

Свою чергою, розмежування видатків на охорону здоров'я між районним бюджетом та бюджетом об'єднаної територіальної громади зумовило потребу організаційно-структурного розмежування системи охорони здоров'я у районі шляхом передачі до ОТГ закладів охорони здоров'я (підрозділів), які надають медичну допомогу мешканцям відповідних населених пунктів.

У зв'язку з цим на практиці виникло чимало проблемних питань, насамперед, організаційного характеру, що можуть бути вирішені шляхом досягнення компромісу між усіма зацікавленими сторонами – ОТГ, районною радою, центральною районною лікарнею тощо. Це стосується як питань передачі амбулаторій та ФАПів, працевлаштування працівників, так і організації медичного обслуговування населення в цілому.

3.5.1. Порядок передачі закладів охорони здоров'я (підрозділів), переведення працівників. Розмежування видатків на охорону здоров'я між районним бюджетом та бюджетом об'єднаної територіальної громади, утвореної відповідно до Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад», зумовлює потребу організаційно-структурного розмежування системи охорони здоров'я району шляхом передачі до ОТГ закладів охорони здоров'я (підрозділів), які надавали медичну допомогу мешканцям відповідних населених пунктів.

Враховуючи, що сільська (селищна, міська) рада об'єднаної територіальної громади не може безпосередньо здійснювати господарську діяльність з медичної практики, повинен бути створений заклад охорони здоров'я ОТГ, як окрема юридична особа (амбулаторія чи центр первинної медико-санітарної допомоги).

Якщо відповідний ЗОЗ (амбулаторія, лікарня) має статус юридичної особи, районна рада передає об'єднаній територіальній громаді свої права власника юридичної особи та відповідного майна.

В цьому випадку по суті відбувається лише зміна власника закладу – юридичної особи. Свою чинність зберігають ліцензія з медичної практики та ліцензія на обіг наркотичних засобів (за наявності), а також інші документи, видані ЗОЗ. Дія трудових договорів з працівниками також продовжується (ч.4 ст.36 КЗпП України).

Як варіант, районна рада може спочатку створити як окрему юридичну особу ЗОЗ (амбулаторію чи ЦПМД) шляхом виділення із центральної районної лікарні відповідних амбулаторій та ФАПів. А пізніше передати уже цей заклад, як юридичну особу, до ОТГ. Цей варіант потребує більше часу, проте виключає необхідність проводити процедуру звільнення працівників та наступного їх прийняття на роботу в новоутворений заклад охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади.

Алгоритм передачі закладів охорони здоров'я (підрозділів) без статусу юридичної особи такий:

1. Прийняття районною радою рішення про передачу амбулаторій/ФАПів (майнового комплексу) об'єднаній територіальній громаді.
2. Прийняття рішення радою ОТГ про прийняття амбулаторій/ФАПів (майнового комплексу).
3. Прийняття радою об'єднаної територіальної громади рішення про створення на базі переданих амбулаторій/ФАПів (відповідного майна) комунального закладу - амбулаторії чи центру первинної медико-санітарної допомоги, як окремої юридичної особи (ЗОЗ ОТГ).

Затвердження статуту ЗОЗ ОТГ, призначення його керівника, закріплення за вказаним закладом охорони здоров'я на праві оперативного управління відповідного майна.

4. Державна реєстрація нового закладу охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади.

5. Затвердження органами об'єднаної територіальної громади (в межах наділених повноважень) структури, штатного розпису та кошторису ЗОЗ.

6. Центральна районна лікарня звільняє працівників амбулаторій та ФАПів, що передані ОТГ, по п. 5 ст. 36 КЗпП України (у зв'язку із переведенням працівника, за його згодою, в іншу установу). Проводить із звільненими працівниками повний розрахунок або перераховує кошти за невикористані дні відпустки в новоутвореній ЗОЗ об'єднаної територіальної громади.

7. Новоутворений ЗОЗ ОТГ приймає на роботу працівників колишніх амбулаторій та ФАПів шляхом переводу з центральної районної лікарні.

8. Центральна районна лікарня у зв'язку із передачею об'єднаної територіальної громади відповідних амбулаторій та ФАПів повинна внести зміни до

своєї структури та штатного розпису. Якщо амбулаторія мала статус відокремленого підрозділу, необхідно наказом припинити діяльність такого підрозділу у зв'язку з передачею до ОТГ та внести зміни до відомостей про ЦРЛ в Єдиному державному реєстрі в частині припинення діяльності відокремленого підрозділу.

9. Отримання ЗОЗ ОТГ ліцензії на здійснення господарської діяльності з медичної практики. Отримання ліцензії на обіг наркотичних засобів психотропних речовин і прекурсорів (у разі необхідності).

10. Акредитація закладу охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади.

На момент бюджетного розмежування системи охорони здоров'я району Рада ОТГ повинна створити заклад охорони здоров'я, як юридичну особу.

Видатки на охорону здоров'я (фінансування відповідних амбулаторій, ФАПів) закладаються у бюджеті об'єднаної територіальної громади. Відповідно у районному бюджеті та в кошторисі ЦРЛ відсутні кошти на заробітну плату працівників відповідних амбулаторій та ФАПів, внаслідок чого трудові відносини з центральною районною лікарнею не можуть тривати.

Несвоєчасне створення ЗОЗ, як юридичної особи, може призвести до неможливості забезпечення своєчасного прийняття по переводу працівників у медичний заклад з метою збереження медичного, в тому числі безперервного, стажу роботи.

Несвоєчасність узгодження усіх питань з приводу переводу працівників (звільнення та прийняття) може призвести до порушення вимоги ч.3 ст.24 КЗпП України, згідно якої працівник не може бути допущений до роботи без укладення трудового договору, оформленого наказом, та повідомлення органу Державної фіскальної служби.

Перебування медичних працівників у трудових відносинах безпосередньо із сільською (селищною, міською) радою ОТГ може призвести до виникнення труднощів щодо віднесення даного періоду роботи до медичного стажу, зокрема зарахування до стажу, який дає право на пільгову пенсію.

Слід врахувати, що відповідно до підпункту 4 пункту 4.1.3. розділу 4 Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, затверджених наказом Мінпраці України, МОЗ України від 05.10.2005 р. № 308/519, стаж безперервної роботи зберігається лише при зарахуванні на роботу в заклади (підрозділи) і на посади, що передбачені в пункті 4.1.1 вказаних вище умов, і дає право на отримання надбавки за тривалість безперервної роботи:

- не пізніше 3 місяців з дня звільнення із закладу (підрозділу) у зв'язку з його ліквідацією (реорганізацією), скороченням штатів або зміною постійного місця проживання, не враховуючи періоду одержання допомоги у зв'язку з безробіттям або часу переїзду;

- не пізніше одного місяця з дня звільнення із закладів (підрозділів) за власним бажанням (з поважної причини), у тому числі при переведенні чоловіка або дружини в іншу місцевість (час переїзду не включається у місячний строк). Причини, що визнані поважними при звільненні за власним бажанням, визначаються чинним законодавством;

- не пізніше трьох тижнів при звільненні за власним бажанням (без поважних причин).

Можливі труднощі щодо забезпечення потреби ЗОЗ ОТГ повноцінним адміністративно-господарським персоналом (бухгалтер, економіст, юристконсульт, інженер з охорони праці), функції якого раніше здійснювала адміністрація ЦРЛ, через відсутність коштів чи кадрів.

У цьому випадку рекомендується покласти виконання зазначених адміністративних функцій на спеціалістів органів ОТГ, наприклад, шляхом створення централізованої бухгалтерії.

Новостворений ЗОЗ об'єднаної територіальної громади змушений провадити діяльність без ліцензії на медичну практику через неможливість її отримання в короткий проміжок часу. З цих же причин відсутні підстави провадити діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів.

В силу п.3, ч.1. статті 89 БКУ у бюджеті ОТГ закладаються також і витрати на вторинну медичну допомогу, яку ЗОЗ ОТГ не зможе надавати, тому що відсутні відповідні матеріально-технічні та кадрові ресурси. У цьому випадку медичну допомогу надаватиме ЦРЛ, що потребуватиме додаткового договірного врегулювання між ОТГ та районною радою.

Отже, на перехідний період, до моменту створення нового закладу охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади, доцільно делегувати функції з медичного обслуговування населення ОТГ районним ЗОЗ. На підставі договору про міжбюджетні трансферти, укладеного між радою об'єднаної територіальної громади та районною радою, центральна районна лікарня може продовжувати обслуговувати мешканців ОТГ. За таких умов є можливість продовження функціонування відповідних амбулаторій та ФАПів у складі ЦРЛ. Відповідно будуть продовжувати свою дію трудові договори з працівниками поки не буде створений заклад охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади.

Основні засади формування центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги об'єднаної територіальної громади такі:

1. Статус ЦПМД як юридичної особи чи відокремленого структурного підрозділу закладу охорони здоров'я визначає його власник (орган місцевого самоврядування).

2. Розрахунок потреби населення у ПМД здійснюється відповідно до нормативів, передбачених наказом МОЗ України від 15 липня 2011 р. № 420 (диференційований коефіцієнт потреби надання ПМД, який розраховується за даними офіційної статистики на кінець попереднього року, є основою для диференціації кадрових потреб у лікарнях в межах адміністративної території).

3. Амбулаторії, що входять до складу ЦПМД, обслуговують декілька сіл таким чином, щоб лікарською ПМД було охоплено все населення ОТГ. Міські амбулаторії створюються з метою забезпечення рівної територіальної доступності первинної медичної допомоги для населення у мікрорайонах, віддалених поселеннях для надання лікарської ПМД населенню за їх місцем проживання (перебування). У таких амбулаторіях працюють від одного до кількох, переважно 4-8, лікарів, залежно від характеру забудови мікрорайону та щільності населення.

4. Фельдшерсько-акушерський пункт чи фельдшерський пункт функціонує у структурі амбулаторії центру ПМД у поселенні з населенням до 1000 мешканців і

може бути реорганізованим в амбулаторію ЗПСМ у разі обслуговування населення кількістю понад 1000 жителів.

5. Штатні посади центру первинної медичної допомоги та його структурні підрозділів формуються у відповідності до наказу МОЗ України № 585 від 21.08.2014 р.

При формуванні мережі з надання первинної медичної допомоги та її подальшого розвитку слід враховувати:

1. Кількість лікарів терапевтів, педіатрів та інших спеціальностей, що підлягають перепідготовці за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» (ЗП-СМ) та видатки на їх перепідготовку.

2. Кількість молодших спеціалістів з медичною освітою, що підлягають перепідготовці за спеціальністю ЗП-СМ та видатки на їх перепідготовку.

3. Оснащення адміністративної частини/управління і господарської частини обладнанням та інвентарем і видатки на їх придбання, зокрема, щодо:

- оснащення комп'ютерною технікою з доступом до Інтернету та спеціалізованим програмним забезпеченням, зокрема, щодо створення та функціонування електронного реєстру пацієнтів;

- створення та розвитку матеріально-технічної бази для безперервного професійного розвитку.

4. Кількість підрозділів лікувально-профілактичної служби (амбулаторій, ФАПів, медичних пунктів), у яких передбачається здійснити ремонт/реконструкцію та необхідні для цього кошти.

5. Кількість підрозділів лікувально-профілактичної служби (амбулаторій), які передбачається створити, у тому числі структурних і відокремлених структурних підрозділів, та кошти, необхідні для придбання приміщень або їх ремонту/реконструкції чи будівництва.

6. Стан оснащення підрозділів лікувально-профілактичної служби (амбулаторій, медичних пунктів), якого передбачається досягти (% амбулаторій, оснащених відповідно до таблиця оснащення, визначеного наказом МОЗ України №1150) та потреба у дооснащенні у натуральному (кількість) та грошовому еквіваленті, зокрема: медичне обладнання, вироби медичного призначення, комп'ютери та спеціалізоване програмне забезпечення; засоби зв'язку.

3.5.2. Основні етапи та бюджетні засади формування мережі закладів охорони здоров'я об'єднаних територіальних громад такі:

Етап 1.

1.1. Проведення аналізу демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення та віково-статеву структуру населення); стану здоров'я населення території обслуговування (показники народжуваності, захворюваності, смертності та інвалідності); потреб прикріпленого населення в ПМД; ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного) забезпечення та організаційно-функціональної структури первинної ланки охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці; порядку надання спеціалізованої медичної допомоги у ЗОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці (самостійне звернення, кероване направлення лікарем ПМД,

завніть регламентованого переліку показань для направлення хворого на консультування та лікування до лікарів-спеціалістів); розподілу обсягів надання медичної допомоги між лікарями ПМД та лікарями-спеціалістами; обґрунтованості звернення хворих до лікарів-спеціалістів; основних показників діяльності ЗОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці (кількість відвідувань, у тому числі до лікарів-спеціалістів, рівень госпіталізації, показники лікування хворих в умовах цілодобових, денних стаціонарів та стаціонарах вдома, ліжко-днів перебування хворого у стаціонарах, проведених операцій, у тому числі у рамках хірургії «одного дня», кількість викликів швидкої медичної допомоги тощо).

1.2. Оцінка можливостей та порядку взаємодії закладів первинної медичної допомоги з закладами спеціалізованої медичної допомоги та медико-соціальної допомоги на території обслуговування.

1.3. Вивчення готовності медичних працівників до структурно-функціональної реорганізації системи медичного обслуговування населення ОТГ на принципах розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

1.4. Аналіз пропозицій населення щодо зміни порядку надання медичної допомоги з подальшим формуванням позитивного ставлення до цих системних перетворень шляхом проведення відповідної роз'яснювальної роботи з залученням засобів масової інформації.

1.5. Визначення фактичних потреб у кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсах для зміцнення системи первинної медичної допомоги.

1.6. Підготовка організаційного проекту та плану реорганізації ПМД.

Етап 2.

2.1. Створення ЗОЗ ОТГ як юридичної особи (державна реєстрація, ліцензування, акредитація).

2.2. Формування оптимальної мережі закладів/підрозділів ПМД (амбулаторії ЦМ, ФАПів (рис. 3.8).

Якщо в ОТГ кількість населення менше 10 тисяч і їх обслуговує 1 АСМ, то вона (АСМ) стає ЗОЗ, як юридична особа. Якщо в ОТГ кількість населення більше 10 тисяч та їх обслуговують 2 та більше АСМ, створюється ЦПМД, як юридична особа з АСМ, як його відокремленими структурними підрозділами.

2.3. Упровадження фінансування закладів первинного рівня надання медичної допомоги за коригованим поособовим нормативом.

Етап 3.

3.1. Завершення формування матеріально-технічної бази ЗОЗ ОТГ у відповідності до табелів оснащення (наказ МОЗ України від 27.12.2013р. №1150).

3.2. Упровадження договірних відносин між ЗОЗ ОТГ та головними розпорядниками коштів і з районним ЗОЗ.

3.3. Упровадження механізму реалізації права пацієнтів вільно обирати лікаря ПМД та/або змінювати його у порядку, визначеному законодавством.

3.4. Створення локальних протоколів ПМД з визначенням раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги на інших рівнях.

3.5. Визначення системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному рівні медичної допомоги.

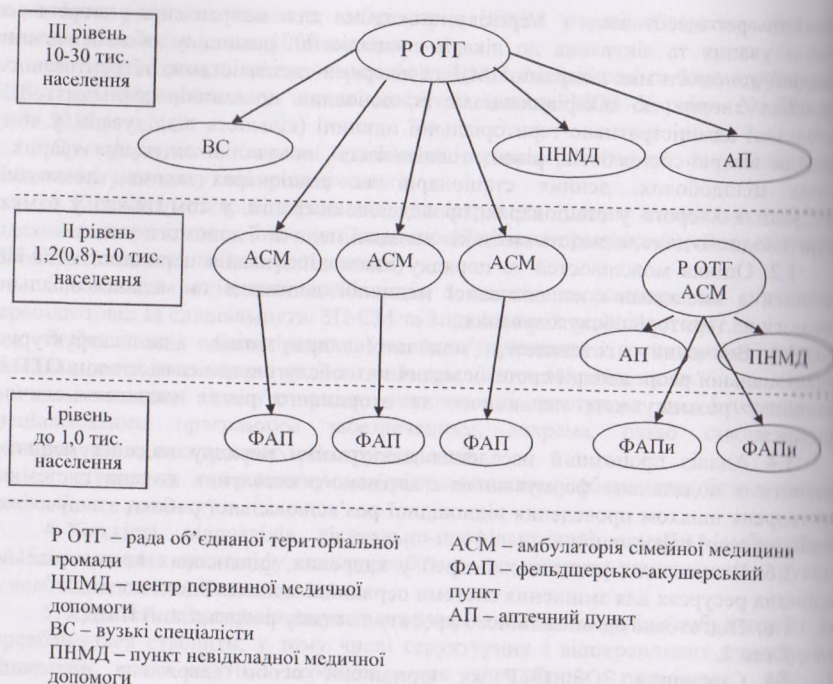


Рис. 3.8. Організаційна структура закладів ПМД об'єднаних територіальних громад

3.6. Забезпечення організації інтегрованої медичної допомоги і вільного доступу пацієнтів за направленням лікаря ПМД до спеціалізованої медичної допомоги шляхом створення єдиного медичного простору в межах адміністративно-територіального району (рис. 3.9).

Як видно з рис. 3.9, центральна районна лікарня, міська лікарня чи поліклініка забезпечують адміністративне управління структурними підрозділами, які входять до їх складу і знаходяться у їх юридичному підпорядкуванні. Окрім цього вони забезпечують організаційно-методичну допомогу ЗОЗ ОТГ відповідно до укладених між ними угод про співпрацю. У разі значної віддаленості закладу охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади від районного центру, він може укласти угоду про співпрацю з найближчим ЗОЗ сусіднього району чи міста.

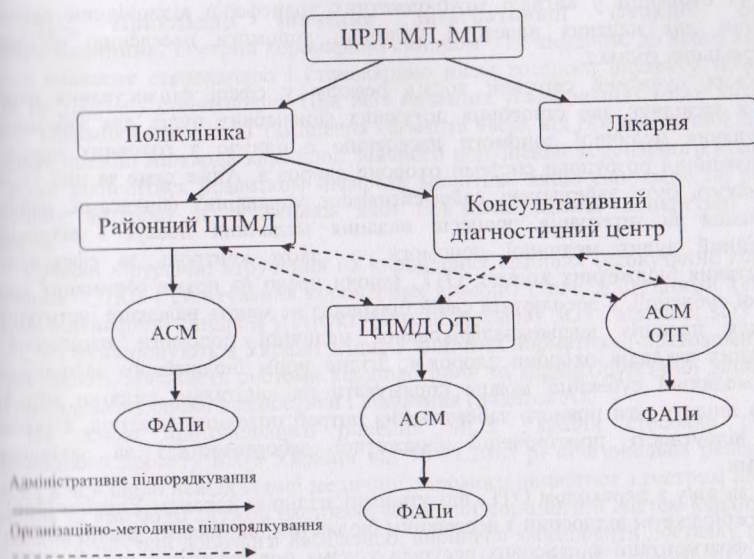


Рис. 3.9. Формування єдиного медичного простору району

Розмежування бюджетних видатків на охорону здоров'я обумовило необхідність врегулювання між районом та об'єднаними територіальними громадами міжбюджетних відносин стосовно фінансування вторинної медичної допомоги мешканцям громади. З одного боку, витрати на вторинну медичну допомогу були включені до сукупної медичної субвенції ОТГ без визначення конкретної якоїсь частини, тобто, без розподілу сум за видатками медичної допомоги. З іншого боку, об'єднані територіальні громади, як правило, не в змозі надавати своїм мешканцям медичну допомогу вторинного рівня у зв'язку з відсутністю відповідних закладів і спеціалістів. Законом це не заборонено, однак утримувати заклади вторинного рівня новоутвореними ОТГ з економічної точки зору не доцільно через недостатність матеріально-технічних, кадрових і фінансових ресурсів. У таких випадках ради об'єднані територіальні громади на принципах горизонтальної інтеграції укладають між собою договори та вертикальної інтеграції – із закладами охорони здоров'я другого рівня, в яких закріплюються основні принципи перерахування коштів на вторинну допомогу. Угода має бути результатом домовленості та компромісу між ОТГ і районом.

Враховуючи дефіцит часу на створення ЗОЗ об'єднаних територіальних громад, які обслуговують населення створених громад, можна погодитись з листом МОЗ України від 28.01.2016р. №10.03.67/2177, що можливим шляхом вирішення наявних проблем є прийняття радами ОТГ рішення щодо передачі всіх коштів

медичної субвенції у вигляді міжбюджетних трансферів відповідним районним бюджетам для надання належної медичної допомоги населенню об'єднаних територіальних громад.

Увесь сучасний світовий досвід реформ у сфері фінансування охорони здоров'я засвідчує, що створення потужних фінансових пулів для забезпечення фінансування медичної допомоги населенню є однією з головних передумов модернізаційної розбудови системи охорони здоров'я. Адже саме за цієї умови СОЗ можуть бути забезпечені найефективніше управління фінансами, найліпша координація та інтеграція процесів надання медичних послуг і відповідний професійний аудит медичної допомоги, а також контроль за ефективністю використання бюджетних коштів. ОТГ, маючи право на пряме отримання коштів медичної субвенції, в абсолютній своїй більшості не мають належної інституційної бази для надання висококваліфікованої медичної допомоги населенню та відповідних закладів охорони здоров'я. Згідно норм бюджетного законодавства кошти медичної субвенції можна спрямувати на капітальні видатки медичних закладів лише у разі повного забезпечення потреб поточних видатків, а також за умови відсутності простроченої бюджетної заборгованості за захищеними видатками.

У зв'язку з переходом ОТГ, що утворені згідно із Законом України [246], на прямі міжбюджетні відносини з державним бюджетом, виникають значні ризики ще більшої фрагментації фінансових ресурсів з усіма пов'язаними з цим наслідками. Вони можуть спричинити не лише погіршення управління фінансовими ресурсами сфери охорони здоров'я, але, як наслідок, подальше зниження інтегративної функції зі зменшенням ефективності сфери первинної медичної допомоги, погіршення справедливості фінансування, доступності, керованості, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості первинної медичної допомоги, що складають основу якості медичних послуг.

Крім того, бюджетне законодавство в Україні є надзвичайно мінливим, а обсяг медичної субвенції з року в рік знижується. Тому гарантій, що на наступні роки об'єднані територіальні громади будуть мати достатньо коштів на утримання своїх медичних закладів, немає.

Отже, не зважаючи на розмежування фінансів між місцевими бюджетами ОТГ, ефективність системи охорони здоров'я може бути досягнута лише шляхом повної взаємодії, координації та інтеграції між закладами охорони здоров'я району та об'єднаних громад, тобто, забезпечення їх функціонування в межах єдиного медичного простору.

Прикладом координації дій та інтеграції професійних зусиль фахівців сімейної медицини щодо профілактики гострого інфаркту міокарда є інтегративна функція родинних лікарів при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST.

3.5.3. Прикладне значення інтегративної функції фахівців медичної медицини. Гострий коронарний синдром – це синдром, до якого відносять перше виявлену стенокардію і стенокардію після гострого інфаркту міокарда, а також нестабільну стенокардію. При всіх названих ускладненнях може виявлятися на ЕКГ елевация сегмента ST (зміщення сегмента вгору від ізоелектричної лінії), що свідчує ішемією міокарда внаслідок значного порушення коронарного кровообігу, яка може закінчитись розвитком інфаркту міокарда, якщо своєчасно не розкрити коронарну артерію, зі звуженням якої пов'язана ішемія конкретної ділянки міокарда.

Сучасні хірургічні втручання на коронарних артеріях (перкутанне коронарне втручання – ПКВ і стентування коронарних артерій) стали доступними хворим на гострий коронарний синдром у структурних підрозділах ЗОЗ і цілісних ЗОЗ (центри тощо), які функціонують в Україні згідно з чинними нормативно-правовими актами, що регулюють діяльність системи кардіологічної та кардіохірургічної допомоги та реінтенсивної діагностики і лікування (додаток А).

На основі протокольного рішення МОЗ України від 15.09.2015 р. «Регіональна реперфузійна мережа в дії» щодо невідкладної медичної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда та взаємодії служби екстреної медичної допомоги й систем кардіологічної та кардіохірургічної допомоги населенню, вирішено забезпечити доставку пацієнтів до спеціалізованих відділень (центрів) кардіохірургічної допомоги з метою проведення перкутанних реперфузійних втручань у максимально короткий час від першого контакту пацієнта з кваліфікованим медичним персоналом (транспортування без фібринолітичної терапії допустиме протягом не більше 2 години). Це повністю відповідає наказу МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевациєю сегмента ST» від 02.07.2014 р. №455, забезпечивши обмежене застосування фібринолітичної терапії та активне збільшення перкутанних реперфузій, які є найефективнішим методом реперфузійної терапії при гострому коронарному синдромі з елевациєю сегмента ST. Це є також ефективним методом вторинної профілактики гострого інфаркту міокарда у хворих на гострий коронарний синдром з елевациєю сегмента ST.

На основі «Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевациєю сегмента ST» у кожному ЗОЗ опрацьовується локальний протокол первинної медичної допомоги, адаптований до конкретного закладу ПМД чи лікарняного закладу, де у хворого на будь-яке інше захворювання може розвинути ГКС з елевациєю сегмента ST.

Поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) в Україні серед людей працездатного віку у 2013 році становило 9,7 тис. на 100 тис. населення, а серед дорослих осіб – 24 тис. на 100 тис. За даними МОЗ України, 2013 року зареєстровано 50744 випадки гострого та повторного інфарктів міокарда (135,7 випадків на 100 тис.) Захворюваність на гострий та повторний інфаркти міокарда

серед працездатного населення України у 2013 році склала 56,0 на 100 тис. населення. Серед жінок ГІМ виявляється приблизно у 2 рази рідше.

Серед старшої вікової групи (жінки більше 55 років і чоловіки більше 60 років) захворюваність на ГІМ є 311,8 на 100 тис. населення. Показник смертності в Україні від інфаркту міокарда у 2012 становив 25,3 на 100 тис. населення, у Львівській області – 22,4 на 100 тис. населення.

Внесок ГІМ у структуру смертності від хвороб системи кровообігу за останні роки збільшився на 14,3%. Серед міського населення смертність від гострого інфаркту міокарда вдвічі більша, ніж серед сільського, однак ці показники оцінюються обережно, тому що можливі відмінності щодо діагностування захворювання.

Статистичні дані в Україні відображають кількість хворих з усіма формами ГІМ: з елевацією і без елевації сегмента ST. Окремої статистики щодо ГКС з елевацією сегмента ST в Україні не існує. При порівнянні захворюваності на ГІМ в Україні з Польщею або США виявляється, що захворюваність в Україні в 2-3 рази менша. Це пов'язано з недостатньою діагностикою та реєстрацією випадків ГКС з елевацією сегмента ST. Тому комплекс заходів, спрямованих на своєчасну діагностику гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST і госпіталізацію таких хворих у «Регіональні реперфузійні центри» дозволить проводити стентування коронарних артерій як після фібринолізу так і реалізацію ПКВ у спеціалізованому відділенні (центрі) без фібринолізу.

Надання невідкладної медичної допомоги фахівцями родинної медицини та іншими лікарями. У пунктах невідкладної медичної допомоги (ПНМД) для дорослих чи дітей, амбулаторіях чи відділеннях сімейної медицини центрів ПМД або у непрофільних відділеннях лікарень при отриманні виклику від хворого чи його родичів зі скаргами, які можуть свідчити про ГКС чи ГІМ, лікар, фельдшер чи медична сестра повинні сприяти швидкому доступу такого хворого до екстреної медичної допомоги та терміновій його госпіталізації.

При цьому лікар будь-якої спеціальності повинен обов'язково зібрати анамнез захворювання і встановити точний час початку нападу болю за грудиною тиснучого, пекучого чи іншого характеру, встановити його іррадіацію. Слід з'ясувати, чи була спроба зняти біль нітрогліцерином, чи пов'язаний він з фізичним або психоемоційним навантаженням: чи виникали напади болю або задишки при ходьбі, що змушували зупинитись хворого, їх тривалість у хвиликах, ефективність застосування нітрогліцерину. Важливо з'ясувати, чи подібний цей напад болю або задишки на ті, що виникали раніше при фізичному або психоемоційному навантаженні, за локацією і характером: чи посилювся і почастишав біль останнім часом, що свідчить про нестабільність стенокардії; чи змінилась толерантність до навантаження і збільшилась потреба у нітрах.

В анамнезі життя необхідно встановити, які лікарські засоби приймає хворий щоденно і які лікарські засоби прийняв хворий до прибуття лікаря. Важливо встановити у хворого такі фактори ризику ГКС: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гіперхолестеринемія, тютюнопаління, стресові ситуації тощо. Слід діагностувати наявність інших супутніх захворювань: порушень ритму серця і мозкового кровообігу, виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки,

непатології, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч; зібрати алергологічний анамнез і з'ясувати на які лікарські засоби є алергійні реакції.

Під час огляду та фізичного обстеження необхідно оцінити загальний стан та важливо важливі функції хворого: свідомість, дихання, кровообіг за алгоритмом ABCD (додаток Б). Відповідно до показань важливо усунути порушення з боку дихання і кровообігу. Візуально необхідно оцінити колір шкірних покривів, їх вологість, набрякання шийних вен.

З метою оцінки стану системи кровообігу і дихання визначається частота пульсу і дається його характеристика, рівень АТ, частота дихання та його характеристика; артеріальний тиск вимірюється на обох руках. Під час перкусії ділянки серця звертається увага на розширення границь серцевої тупості. Пальпаторно визначається верхівковий поштовх та його локалізація і сила, аускультативно оцінюють тони серця та наявність шумів, наявність III або IV тону серця, шум тертя перикарда. При аускультатії легень необхідно звернути увагу на вологі хрипи у задніх і нижніх відділах легень.

У багатьох хворих на ГКС і ГІМ при фізичному обстеженні серця і легень відхилені від нормальних показників може не бути.

До обов'язкового інструментального обстеження при діагностиці ГКС і ГІМ на етапі первинної медичної допомоги відноситься реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

Для діагностики ГКС з елевацією сегмента ST встановлені такі критерії:

1. Елевація сегмента ST в точці J має визначатися мінімум у двох суміжних відведеннях і становити більше 0,25 мВ у чоловіків віком до 40 років, більше 0,2 мВ у чоловіків старших 40 років, більше 0,15 мВ у жінок у відведеннях V2-V4, і /або більше 0,1 мВ в інших відведеннях (за відсутності гіпертрофії лівого шлуночка або блокади лівої ніжки атріовентрикулярного пучка Гіса).
2. У пацієнтів з нижнім інфарктом міокарда (згідно ЕКГ у 12 відведеннях) має проводитися додаткова реєстрація ЕКГ у правих грудних відведеннях (V3R;V4R): за наявності патологічних змін встановлюється діагноз одночасного інфаркту правого шлуночка.
3. За наявності депресії сегмента ST у відведеннях V1-V3 має проводитися додатково реєстрація ЕКГ у грудних відведеннях V7-V9 за Слапаком-Портилло з встановленням діагнозу «ГКС з елевацією сегмента ST», якщо є елевація сегмента ST на більше 0,1 мВ у цих відведеннях.
4. Слід приділити особливу увагу в таких випадках: хронічна блокада лівої ніжки пучка Гіса (наявність підйому сегмента ST у відведеннях з позитивним відхиленням комплексу QRS частіше вказує на розвиток ГІМ з оклюзією коронарної артерії), наявність штучного водія ритму.
5. Якщо на тлі клінічних ознак ГКС (ангінозний синдром) відсутні ЕКГ-ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20-30 хв. При цьому має оцінюватись наявність гострих зубців Т, які можуть передувати елевації сегмента ST. У сумнівних випадках треба реєструвати та інтерпретувати ЕКГ у відтвореннях V7, V8 і V9 і за Слапаком-Портилло.

Із бажаних інструментальних обстежень рекомендується пульсоксиметрія (визначення насичення крові киснем, норма – 95%).

Діагноз гострого коронарного синдрому з елевациєю сегмента ST має бути сформульований на рівні первинної медичної допомоги за наявності таких симптомів:

- затяжний (більше 20 хв.) у стані спокою ангінозний біль;
- наявність типових ЕКГ-змін, що перераховані вище, або при суперечливих випадках наявність змін на ЕКГ, які можуть бути розцінені як еквівалент типових.

Обов'язковими діями лікаря щодо лікування пацієнта на догоспітальному етапі є визначення суворого ліжкового режиму з піднятою злегка головою. Хворим на ГІМ для зменшення навантажень на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не допускати самостійного пересування хворого.

Оксигенотерапія показана хворим зі зниженою сатурацією менше 95%. Інгаляцію зволеним киснем потрібно проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.

Усім хворим на ГІМ у перші години захворювання чи при виникненні ускладнень показана катетеризація периферичної вени шляхом стандартної процедури венозної пункції катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

Фармакотерапія ГКС на догоспітальному етапі обов'язково починається з нітрогліцерину під язик у таблетках (0,5-1,0 мг), в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг). За необхідністю при нормальному АТ повторюють прийом нітрогліцерину кожні 5-10 хв.

Ацетилсаліцилову кислоту (АСК) застосовують у тих випадках, коли хворий самостійно не приймав до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, в дозі 160-325 мг, розжовуючи таблетку.

Якщо пероральне та інгаляційне введення нітрогліцерину малоєфективне, призначають концентрований розчин нітрогліцерину внутрішньовенно. Для цього концентрований розчин нітрогліцерину розводять 0,9% розчином хлористого натрію або 5% розчином глюкози. Інші розчинники не слід використовувати.

Розведений нітрогліцерин вводять внутрішньовенно, краплинно з початковою швидкістю 5 мкг/хв. Швидкість введення можна збільшувати кожні 3-5 хв. на 5 мкг/хв., залежно від ефекту і зміни частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску та систолічного артеріального тиску, який може знижуватися на 10-20% від вихідного, але не повинен бути нижчим 90 мм.рт.ст. Якщо при швидкості 20 мкг/хв. не отримано терапевтичного ефекту, подальше збільшення швидкості введення повинно становити 10-20 мкг/хв. При подальшому зниженні артеріального тиску збільшення швидкості інфузії не проводиться або проводиться через більш тривалі інтервали часу.

Для досягнення доброго ефекту швидкість введення 0,01% розчину нітрогліцерину звичайно не перевищує 100 мкг/хв. (1 мл/хв.). За відсутності ефекту від менших доз і допустимому АТ швидкість введення 0,01% розчину може досягти 300 мкг/хв. (3 мл/хв.). Подальше внутрішньовенне введення 0,01% розчину нітрогліцерину недоцільне.

Якомога раніше призначаються бета-адреноблокатори усім хворим на ГІМ, які не мають протипоказань. Протипоказані бета-адреноблокатори при брадикардії, гіпотензії, застійній серцевій недостатності та бронхіальній астмі.

При вирішенні питання про введення наркотичних анальгетиків (морфіну або тримеперидину-промедолу) перевага віддається морфіну. Його слід вводити повільно по 2-5 мг кожні 5-15 хв. до припинення болювого синдрому та задишки або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, блювання). При цьому метамізол натрію (анальгін) не використовують. Лише у випадку відсутності наркотичних анальгетиків, як виняток, може застосовуватися анальгін у комбінації з діазепамом, які вводяться внутрішньовенно повільно.

За наявності критеріїв ГІМ на електрокардіограмі бажано всередину приймати клопідогрель (плавікс) по 300 мг щоденно. Ефективне також застосування клопідогрелю в комбінації з аспірином.

У випадку клінічного (без ЕКГ) діагностування ГІМ обов'язково дають нітрогліцерин під язик у таблетках по 0,5-1,0 мг чи в аерозолі 1-2 дози або 0,4-0,8 мг. У випадку необхідності та при нормальному АТ повторювати кожні 5-10 хв.

Ацетилсаліцилову кислоту (аспірин) дають в таблетках по 160-325 мг і просять хворого розжувати.

Якщо є потреба у наркотичних анальгетиках, а вони відсутні, як виняток, можна застосувати ненаркотичні анальгетики: розчин метамізолу натрію (анальгін) та діазепаму (сібазону, реланіуму), які вводити внутрішньовенно повільно.

Протипоказаними та не рекомендованими є такі втручання у хворих на ГКС:

1. Не застосовувати для знеболення комбінацію метамізолу натрію з діфенгідраміном.
2. Протипоказане введення лікарських засобів внутрішньом'язово, оскільки це унеможливає в подальшому проведення тромболітизу та сприяє хибному результату при визначенні рівня креатинфосфокінази.
3. Протипоказане профілактичне застосування лідокаїну у зв'язку з ризиком виникнення блокади серця.
4. Протипоказане застосування атропіну для профілактики вагомиметричних ефектів морфію (нудота, блювання, підвищення частоти серцевих скорочень; він може поглиблювати ішемію міокарда, сприяти порушенню ритму).
5. Протипоказане застосування дипіридамолу (курантилу, дрисентилу-вановел), міотропних спазмолітиків (дибазолу, папаверину), тому що вони викликають синдром обкрадання.
6. Антитромботична терапія на фоні гіпертонічного кризу протипоказана, тому що може підвищити ризик внутрішньочерепних крововиливів і кровотечі. Вона можлива лише після стабілізації артеріального тиску.
7. Призначення серцевих глікозидів в гострому періоді захворювання для контролю за частотою серцевих скорочень (ЧСС) при суправентрикулярних тахікардіях не бажане, тому що вони підвищують ризик життєзагрозливих шлуночкових аритмій.

Всі хворі при підозрінні на ГКС з елевациєю сегмента ST чи без цього ЕКГ-критерія повинні бути терміново госпіталізовані незалежно від віку, статі, тяжкості захворювання. Пріоритетним закладом охорони здоров'я для госпіталізації таких

хворих є спеціалізований структурний підрозділ закладу охорони здоров'я з можливістю проведення первинних коронарних втручань. У м. Львові такими закладами є кардіохірургічне відділення Львівської обласної клінічної лікарні (вул. Некрасова), клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (вул. Миколайчука, 9, тел.: 258-73-41), Львівський обласний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр (вул.Кульпарківська, 35).

Госпіталізація виконується бригадою екстреної медичної допомоги (тел. 101) або екстреної допомоги (тел. 112).

Лікар повинен обов'язково дочекатися приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття забезпечити монітування стану пацієнта, проведення лікувальних заходів і бути готовим до виконання реанімаційних заходів. Для економії часу сімейний (чи інший) лікар надає керівникові бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги відомості з анамнезу захворювання і життя хворого та вказує час виникнення перших ознак ГКС з елевацією сегмента ST.

Відповідно до закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. №5081-VI норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце її виклику становить у містах – 10 хв., у населених пунктах поза межами міста – 20 хв. з моменту надходження звернення до диспетчера оперативної диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Зазначені нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідеміологічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені, але не більше ніж на 10 хв.

Діагностичне та клінічне обстеження хворого фіксується у «Карті виїзду швидкої медичної допомоги» (форма 110/о). До неї необхідно прикріпити ЕКГ, а у випадку передачі біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр – записати заключення кардіолога. При проведенні тромболізу необхідно заповнити «Карту обліку системного тромболізу» (додаток В) та «Інформовану згоду на проведення системного тромболізу» (додаток Г).

Рання діагностика та госпіталізація хворих на ГКС з елевацією сегмента ST у спеціалізований структурний підрозділ ЗОЗ з метою проведення первинного перкутанного коронарного втручання зменшує смертність та інвалідність внаслідок цього захворювання та покращує лікування хворого.

Якщо загальний час з моменту від початку болю в серці та транспортування хворого до лікарні, де можуть провести ПКВ, може перевищити 90 хв., слід вирішити питання про догоспітальний тромболізис. Такого хворого необхідно транспортувати до спеціалізованого структурного підрозділу ЗОЗ з метою проведення ургентної коронарографії та у випадку необхідності – коронарного стентування у першу добу від початку гострого інфаркту міокарда. Однак, якщо загальний час від початку ангінозного нападу більше ніж 90 хв., а час транспортування до спеціалізованого підрозділу найближчого ЗОЗ, де може бути проведена ургентна коронарографія і стентування коронарних судин, займе не більше 120 хв., хворого можна транспортувати без попереднього тромболізу.

Медико-соціальна реабілітація хворих після гострого коронарного синдрому. Регулярна фізична активність та навантажувальні тренування, що

створюють основу реабілітації хворих після гострого коронарного синдрому, позитивно впливають на різні фактори ризику прогресування ІХС та її ускладнень: підвищення фібринолітичної та зниження коагуляційної активності, поліпшення автономної функції серця, попередження та відновлення залежного від віку зниження ендотелій-залежної вазодилатації, чим можна пояснити поліпшення коронарного кровообігу та зменшення ішемії міокарда. Користь від фізичного тренування полягає також і у сповільненні прогресування клапанної хвороби серця.

Під час перебування в лікарні хворий повинен отримати індивідуальні поради щодо зміни способу життя і немедикаментозної та медикаментозної корекції чинників ризику.

На рівні закладів ПМД проводиться моніторинг виконання рекомендацій:

1. Відмови від куріння згідно зі «Стандартами первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виборів», затверджених наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виборів» від 03.08.2012 р. №601.

2. Дієта та контроль маси тіла реалізуються згідно рекомендацій при надлишковій масі тіла та ожирінні, розрахованій на основі індексу маси тіла (ІМТ). Необхідно знижувати масу тіла пацієнта при ІМТ більше 30 кг/м² і більше або при обхваті талії більше 102 см у чоловіків, чи більше 88 см – у жінок.

3. Забезпечити 30 хв. аеробних фізичних вправ помірної активності 5 разів на тиждень і більше.

4. Контроль артеріального тиску. Цільовий систолічний АТ після ГКС слід підтримувати на рівні менше 140 мм.рт.ст., але не менше 110 мм.рт.ст. Гіпотензивну терапію необхідно проводити згідно наказу МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».

Метою реабілітаційних заходів після ГКС мають бути: підвищення функціональних можливостей хворого, зменшення проявів ангінальних симптомів; збільшення фізичної активності, модифікація чинників ризику ІХС, поліпшення якості життя, покращення соціального функціонування, зменшення частоти госпіталізацій, зниження кількості повторних серцево-судинних подій, збільшення тривалості життя хворого.

Види медико-соціальної реабілітації, що застосовуються на рівні закладів первинної медичної допомоги: фізична реабілітація, психологічна реабілітація та соціальна реабілітація.

Протипоказаннями до фізичної реабілітації після гострого коронарного синдрому на рівні первинної медичної допомоги є: нестабільна стенокардія; неконтрольована надшлуночкова та шлуночкова аритмія; неконтрольована серцева недостатність; високоступенева блокада без штучного водія ритму; тромбоемболія легеневої артерії та нещодавно перенесений тромбофлебіт; причини, не пов'язані з перенесеним ГКС (ортопедичні та інші захворювання).

Амбулаторний період реабілітації після перенесеного гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST триває до 7 тижнів. Він розрахований на розширення та прискорення дистанційної ходьби зі швидкістю до 3-4 км/год.,

збільшення швидкості підйому по сходах і кількості сходинок; включає прогулянки при температурі повітря не нижче -10°C ; лікувальний масаж, гідропроцедури (басейн, ванни, плавання в повільному темпі при температурі води 36°C); повернення до сімейних обов'язків. На підставі клінічних даних визначаються групи ризику для вирішення питання про необхідність ревазуляризації. Проводиться медико-соціальна експертиза.

Ресурсне забезпечення закладів первинної медичної допомоги. З метою надання адекватної та якісної невідкладної медичної допомоги хворим на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST у закладах, які надають первинну медичну допомогу, повинні бути такі кадри, як сертифікований лікар загальної практики-сімейний лікар, медична сестра (фельдшер) загальної практики – сімейної медицини.

З медичного обладнання мають бути багатоканальний електрокардіограф, тонометр, фонендоскоп/стетоскоп, ваги медичні, ростоміри, венотрикатетери, язикотримачі та інше обладнання відповідно до таблиця оснащення затвердженого МОЗ України.

З лікарських засобів повинні бути: нітрати (нітрогліцерин або нітро-мак, нітро, нітроніт, нітроніт); препарати ацетилсаліцилової кислоти (аспірин); антиагреганти (клопидогрель – плавікс); антикоагулянти (гепарин); бета-адреноблокатори (пропранолол, бісопролол, метопролол); наркотичні анальгетики (морфін, тримеперидин – промедол); анкіолітики (діазепам); ненаркотичні анальгетики (метамізол натрію – анальгін); перфузійні розчини (натрію гідрохлорид глюкоза).

Оцінка якості медичної допомоги. Якість первинної медичної допомоги у закладах сімейної медицини при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST визначають на основі таких індикаторів:

1. Наявність у лікаря ЗП – СЛ локального протоколу первинної медичної допомоги хворим на ГКС. Цей індикатор визначається за формулою $\text{ЧНЛПМД} = \text{НП} / \text{ЗКСЛЗПСМ} \times 100$, де ЧНЛПМД – частка наявних локальних протоколів медичної допомоги (у %); НП – наявні протоколи у лікарів ЗПСЛ; ЗКСЛЗПСМ – загальна кількість сімейних лікарів, які працюють у закладі ЗПСМ.

2. Відсоток пацієнтів з ГІМ, яким було зроблено ЕКГ у 12 відведеннях до 30 хв. від первинного контакту з медичним працівником. Він визначається за формулою $\text{ЕКГ} = \text{КЕКГ} / \text{ЗКГІМ} \times 100$, де КЕКГ – кількість хворих на ГІМ, яким була зроблена ЕКГ у 12 відведеннях протягом 30 хв. з моменту первинного контакту з медичним працівником; ЗКГІМ – загальна кількість ГІМ, зареєстрованих в ЗОЗ.

3. Відсоток хворих на ГІМ, які госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару, в якому проводяться перкутанні кардіологічні втручання у визначений проміжок часу (2 год.; до 12 год.) з моменту первинного контакту хворого з медичним працівником. Цей показник визначається за формулою: $\text{ГІМ 2 год.} = \text{КГІМ2} / \text{ЗКГІМ} \times 100$, де КГІМ2 – кількість хворих на ГІМ, які були госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару протягом 2 год. з моменту первинного контакту хворого з медичним працівником; ЗКГІМ – загальна кількість хворих на ГІМ, які госпіталізовані до спеціалізованих ЗОЗ протягом звітного періоду. Якщо замість 2 год. поставити 12 год. і відповідно порахувати абсолютні цифри кількості хворих,

отримаємо частку хворих (%), госпіталізованих до спеціалізованих ЗОЗ, в яких проводять ПКВ, протягом 12 год.

4. Відсоток хворих, які перенесли ГІМ і про яких лікарем ЗПСМ отримано інформацію щодо лікування у спеціалізованому ЗОЗ впродовж звітного періоду. Цей індикатор ЯМД в закладах ПМД, які працюють на засадах СМ, вираховується за формулою: $OIGIM = IGIM / DGIM \times 100$, де $OIGIM$ – відсоток отриманої інформації про хворих на ГІМ щодо лікування їх у спеціалізованих ЗОЗ; $IGIM$ – кількість хворих на ГІМ, про яких отримано інформацію щодо лікування у спеціалізованих ЗОЗ; $DGIM$ – вперше диспансеризовані протягом звітного періоду в ЗОЗ первинної медичної допомоги хворі на ГІМ.

Отже, скоординоване виконання інноваційного проекту МОЗ України «Регіональна реперфузійна мережа в дії» щодо невідкладної медичної допомоги хворим на гострий коронарний синдром в Україні є важливим методом державного управління первинною профілактикою гострого інфаркту міокарда на основі інтегративної функції фахівців сімейної медицини щодо інтеграції у цьому архіважливому процесі кадрових ресурсів ПМД, кардіологів, фахівців екстреної (швидкої) медичної допомоги, анестезіологів – реаніматологів, кардіохірургів та інших спеціалістів системи охорони здоров'я. У цьому складному і надзвичайно необхідному процесі важливе значення відіграє матеріально – технічне забезпечення і сучасні лікарські засоби, які необхідні при виконанні всього технологічного професійного завдання медичної допомоги, що дозволить знизити захворюваність на ГІМ, смертність населення від цієї патології та продовжити тривалість життя громадян України.

РОЗДІЛ 4

ФУНКЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ КЛІНІКИ ІНТЕГРАТИВНОЇ РОДИННОЇ МЕДИЦИНИ

З метою забезпечення експерименту впровадження моделі медичної допомоги на засадах сімейної медицини та методики диференційованого розподілу коштів рівнями надання медичної допомоги в комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова з урахуванням потреб первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та фінансування підрозділів і фахівців за методикою персоналізованого обліку за наказом управління охорони здоров'я Львівської міської ради «Про впровадження моделі надання ПМСД на засадах сімейної медицини в комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова» від 23.01.2004р. №24-В у квітні 2004 року проведена реорганізація структурних територіальних підрозділів, яка вже до цього працювала на правах самостійної юридичної особи. Зміни в організаційній моделі поліклініки полягали в об'єднанні адміністративних підрозділів амбулаторно-поліклінічного закладу, який надавав на той час первинну медико-санітарну допомогу 85,6 тис. населення одного територіальних районів м. Львова, згідно з рівнями надання медичної допомоги.

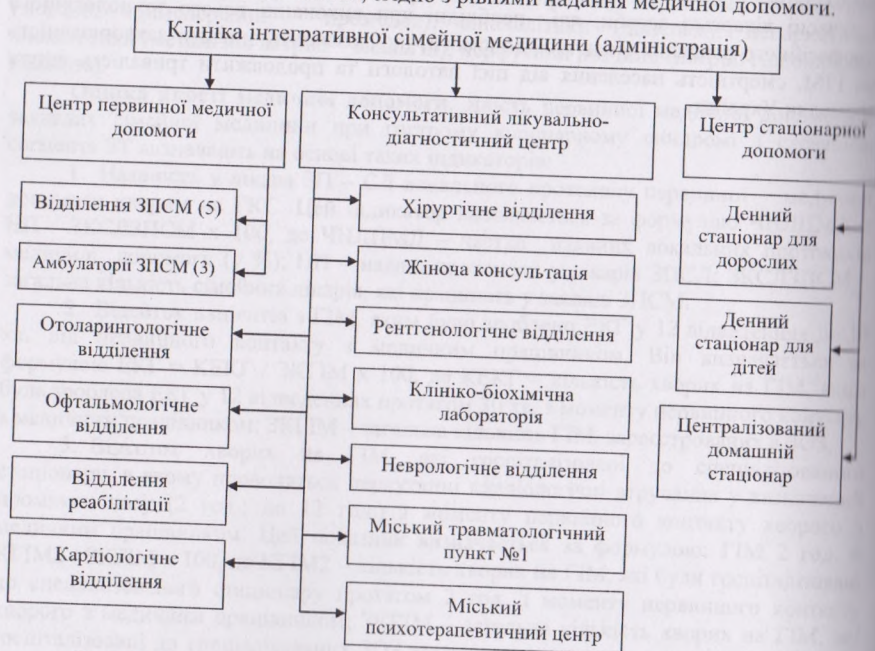


Рис. 4.1. Організаційна структура клініки інтегративної сімейної медицини

На базі 5-ої КМКП м. Львова створено центр ПМСД, як перший рівень надання первинної медичної допомоги, населенню приписного району. До цього центру увійшли 5 відділень загальної практики – сімейної медицини, підліткове відділення валеології та первинної профілактики, 3 амбулаторії сімейної медицини (рис. 4.1).

Другим центром поліклініки став консультативний лікувально-діагностичний центр, що об'єднав усі спеціалізовані діагностичні та лікувальні відділення і кабінети поліклініки.

Третій центр стаціонарної допомоги поліклініки організовано для надання стаціонарної допомоги хворим як в умовах поліклініки (денні стаціонари), так і в домашніх умовах (централізований домашній стаціонар, який надає і хоспісну допомогу хворим вдома).

4.1. Модель центру первинної медичної допомоги у складі клініки

До центру первинної медичної допомоги як організаційно-функціонального модуля в комплексному механізмі державного управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні значно підвищилась увага закладів ПМСД після затвердження політичного механізму державного управління удосконаленням системи охорони здоров'я постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17.02.2010 р. №208 [70]. Нею затверджені «Основні концептуальні напрямки реформування системи охорони здоров'я».

Названою постановою Кабінету Міністрів України визначені стратегічні пріоритети у системі охорони здоров'я, які розробляє Міністерство охорони здоров'я разом з іншими зацікавленими органами, та законодавчі акти щодо реформування надання громадянам медичної допомоги, удосконалення системи контролю за її якістю, фармакотерапії захворювань і якості лікарських засобів.

Визначено також механізми оптимізації вартості послуг з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги, первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної, лікарняної, а також високоспеціалізованої медичної допомоги; критеріїв класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги (первинний, вторинний і третинний) та порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу відповідного рівня; методичні рекомендації органам місцевого самоврядування щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я і оптимізації їх мережі та створення міжрайонних об'єднань таких закладів; рекомендації щодо економічного механізму управління реорганізацією закладів охорони здоров'я.

У комплексному механізмі державного управління розвитком системи охорони здоров'я населення України, накресленому названою постановою Кабінету Міністрів, визначені завдання регіональним органам державного управління щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та комунальному рівнях. При цьому акцентована увага на проведенні аналізу потреб населення

кожного регіону щодо кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, а також забезпечення фінансовими та матеріальними ресурсами, необхідними для задоволення таких потреб; підготовки та внесення на розгляд органів місцевого самоврядування пропозицій щодо утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги, оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів, поступової реорганізації закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства і створення міжрайонних об'єднань таких підприємств.

Звернута особлива увага на удосконалення порядку проведення обов'язкових профілактичних оглядів населення та активізації роботи центрів здоров'я, розробки програми забезпечення медичних працівників житлом, посилення відповідальності за якість надання медичної допомоги під час проведення обов'язкових профілактичних оглядів населення.

«Основні концептуальні напрямки реформування системи охорони здоров'я, які затверджені названою постановою Кабінету Міністрів, деталізують комплексний механізм державного управління перебудовою охорони здоров'я і акцентують увагу на створенні умов для реформування системи охорони здоров'я. Це передбачає розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів допомоги та визначення переліку медичних процедур і технологій відповідно до рівня допомоги; підготовку пропозицій щодо внесення змін до Бюджетного кодексу України стосовно визначення особливостей фінансування закладів охорони здоров'я, які надають первинну і вторинну медичну допомогу; визначення на законодавчому рівні гарантованого обсягу надання безоплатної медичної допомоги та переліку платних послуг у сфері охорони здоров'я; завершення роботи із опрацювання і затвердження стандартів надання медичної допомоги та уніфікованих клінічних протоколів.

Концепцією передбачається створення центрів первинної медичної допомоги в комунальних некомерційних підприємствах як нового типу закладів охорони здоров'я. Щодо вторинної медичної допомоги заплановано створення міжрайонних та міжміських об'єднань комунальних некомерційних підприємств (госпітальних округів), до складу яких входитимуть багатoproфільні лікарні інтенсивної терапії, заклади для проведення планового і реабілітаційного (відновлювального) лікування, надання паліативної допомоги (хоспіси), медико-соціальної допомоги, консультативно-діагностичні центри, заклади швидкої медичної допомоги та університетські клініки. Визначено гарантований обсяг медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я і платних послуг за рахунок фізичних і юридичних осіб, а також за рахунок благодійних внесків, надходжень за договорами добровільного медичного страхування.

При цьому планова спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога буде надаватись на безоплатній основі за відповідним направленням сімейного лікаря згідно з укладеними договорами про закупівлю медичних послуг.

Фінансувати заклади охорони здоров'я передбачається так:

- первинного рівня – шляхом спрямування бюджетних коштів з розрахунку на кожну особу, що мешкає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- вторинного рівня – шляхом укладення договорів між постачальником і

змовником медичних послуг за принципом оплати фактично наданих послуг з врахуванням потреб населення;

- третинного рівня – шляхом оплати вартості наданих послуг.

У концепції наведено механізм державного управління поліпшенням забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення на основі формулярної системи.

Удосконалення системи профілактики захворювань включає проведення диспансерного огляду населення відповідно до державного клінічного протоколу обстеження громадян і створення у містах, районах державних і комунальних підприємств – оздоровчих установ для надання послуг оздоровчого характеру за фіксованими цінами.

Кадрова політика удосконалюватиметься шляхом перспективного планування і своєчасної підготовки та перепідготовки лікарів ЗПСМ, посилення соціального захисту працівників охорони здоров'я і запровадження підготовки менеджерів з охорони здоров'я шляхом здобуття другої вищої освіти.

Постійне підвищення якості медичної допомоги стає можливим шляхом запровадження державного механізму управління якістю медичної допомоги, експертизою тимчасової та стійкої втрати працездатності в закладах охорони здоров'я і створенням єдиного електронного реєстру листків непрацездатності.

Отже, політичний механізм державного управління якістю медичної допомоги, переважно на реформування ПМСД, що реалізується виключно на комунальному рівні та на рівні окремих закладів первинної медико-санітарної допомоги, прикладом чого може бути комунальна 5-а міська клінічна поліклініка м. Львова.

З метою забезпечення ефективного управління діяльністю структурних підрозділів 5-ої КМКП, якими стали названі центри, призначено керівників центрами з числа провідних спеціалістів відповідного рівня надання медичної допомоги, які безпосередньо підпорядковані заступникам головного лікаря і головному лікареві поліклініки. За кожним з центрів закріплені науковий консультант з числа професорів і викладачів кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, клінічною базою якого є клініка.

До основних функцій центру ПМСД віднесені формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей, відновлення здоров'я хворих та їх родин шляхом реалізації комплексу валеологічних, профілактичних, діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів з первинної медико-санітарної допомоги.

Формування, збереження та зміцнення здоров'я здорових мешканців сімейно-територіальних дільниць забезпечують сімейні лікарі разом з медичними сестрами, які попередньо пройшли відповідну підготовку і отримали посвідчення за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина». За рахунок реалізації валеологічних заходів вони розширюють можливості центру ПМСД щодо первинної профілактики найпоширеніших захворювань. Первинна профілактика проводиться у тих випадках, коли виникають певні загрози (чинники ризику) щодо виникнення у здорових людей конкретних неінфекційних чи інфекційних захворювань.

За концепцією «чинників ризику», на основі якої працюють фахівці центру ПМСД, з метою визначення рівня здоров'я, факторів ризику найпоширеніших захворювань та їх первинної профілактики використовують скринінг (просіювання) який проводять фахівці сімейної медицини, залучаючи до цього процесу інших спеціалістів клініки з консультативного лікувально-діагностичного центру.

Виявлення у конкретних здорових людей або в їх сім'ях екзогенних (зовнішніх) або ендогенних (внутрішніх) чинників ризику найпоширеніших неінфекційних хвороб активно проводиться сімейним лікарем і медичною сестрою з метою їх первинної профілактики. Враховуючи керовані чинники ризику виникнення певних захворювань, сімейний лікар має можливість на них впливати елімінуючи їх чи зменшуючи їх дію на конкретну людину як немедикаментозними засобами, так і шляхом застосування необхідних фармакотерапевтичних препаратів.

Організація валеологічних і профілактичних заходів є одним із пріоритетів центру ПМСД, кожного сімейного лікаря і медичної сестри, що працюють у ньому.

Крім профілактичної роботи, яку постійно виконують фахівці центру ПМСД, основним завданням названих спеціалістів є надання своєчасної, кваліфікованої діагностичної та лікувально-реабілітаційної допомоги хворим усіх вікових груп, що мешкають на приписних ділянках, як у поліклініці, так і вдома в обсягах, затверджених кваліфікаційними характеристиками посад, посадовими інструкціями фахівців сімейної медицини та локальними протоколами медичної допомоги.

4.2. Консультативний лікувально-діагностичний центр клініки інтегративної родинної медицини

Одночасно зі створенням центру первинної медико-санітарної допомоги в комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова за наказом Львівського міського управління охорони здоров'я організовано консультативний лікувально-діагностичний центр (КЛДЦ) як підрозділ, який надає спеціалізовану медичну допомогу в умовах клініки, що перейшла до надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Основною метою роботи КЛДЦ та його підрозділів визначено постійне удосконалення первинної медико-санітарної допомоги та підвищення її якості шляхом надання консультативної спеціалізованої діагностичної та лікувальної допомоги сімейним лікарям на основі досягнень сучасної науки та практики охорони здоров'я населення у прикладних сферах медицини; поліпшення організаційного, економічного, правового, мотиваційного механізмів, професійного і етико-деонтологічного методів управління службами консультативної діагностичної та лікувально-реабілітаційної допомоги дорослому населенню і дітям приписного до поліклініки населення.

До консультативного лікувально-діагностичного центру поліклініки увійшли клініко-діагностична та біохімічна лабораторії, жіноча консультація, хірургічне, неврологічне, офтальмологічне, отоларингологічне і рентгенологічне відділення, відділення реабілітації, діагностики та спеціалізованої медичної допомоги, що включає діагностичні кабінети ендоскопії та ультразвукової діагностики, функціо-

нальної діагностики тощо і спеціалізованої допомоги (гастроентерологічний, кардіологічний, ендокринологічний, стоматологічний кабінети, кабінет дитячої нефрології тощо), в яких надають консультативну допомогу сімейним лікарям і лікувально-реабілітаційну допомогу дорослим хворим і дітям фахівці відповідних вузьких спеціальностей. Окрім названих підрозділів до складу КЛДЦ включено місць психотерапевтичний центр і травматологічний пункт № 1, які надають спеціалізовану медичну допомогу всьому населенню міста Львова, знаходячись у складі консультативного лікувально-діагностичного центру КМКП № 5.

Консультативний лікувально-діагностичний центр очолює його позаштатний завідувач, який є штатним завідувачем відділення діагностики та спеціалізованої медичної допомоги. Керівник КЛДЦ здійснює свою роботу в тісній співпраці із завідувачами інших центрів клініки.

Окрім організаційного механізму управління роботою фахівців консультативного лікувально-діагностичного центру адміністрація клініки застосувала і економічний механізм управління. З цією метою проведено нерозподіл бюджетних коштів і визначення кошторису видатків для КЛДЦ за принципом часткового фондотримання у центрі ПМСД. Маючи у своєму розпорядженні визначені кошти, завідувач центру може активно впливати на роботу медичних працівників кожного з його підрозділів, використовуючи для цього принцип мотиваційного механізму державного управління на мікрорівні. Для цього створено методіку персоналізованого обліку кількості та якості роботи кожного медичного працівника, що базується на моделях кінцевих результатів і рейтингових індикаторах якості медичної допомоги. При цьому важливу роль відіграють моніторингування роботи фахівців КЛДЦ і експертна оцінка її якості та ефективності.

Положення про консультативний лікувально-діагностичний центр та його підрозділи. Загальними положеннями про КЛДЦ та його підрозділи визначена мета роботи кожного з них, місце у структурі центру і клініки; приміщення, де вони розташовані, керівництво і підпорядкування.

Як консультативний лікувально-діагностичний центр, так і всі його підрозділи мають свої специфічні завдання, які стосуються різних аспектів їх діяльності. Так, завдання КЛДЦ стосуються першочергового надання якісної та своєчасної спеціалізованої медичної допомоги населенню приписного до клініки району і консультативної допомоги сімейним лікарям як в умовах закладу, так і вдома в межах передбачених локальними протоколами рівнів і обсягів медичної допомоги в амбулаторних умовах.

Фахівці КЛДЦ запроваджують сучасні медичні технології у практичну роботу сімейних лікарів, які забезпечують високу медичну і соціально-економічну ефективність роботи закладу та центру первинної медико-санітарної допомоги. Нові діагностичні технології, застосовані в роботі фахівців сімейної медицини, сприяють поліпшенню ефективності профілактичних заходів, виявленню латентних і ранніх форм захворювань, а також чинників ризику їх виникнення серед різних вікових груп населення, якому надає допомогу клініка, що сприяє зміцненню індивідуального і громадського здоров'я мешканців приписної територіальної громади, зменшенню захворюваності, інвалідизації та смертності населення.

Разом з сімейними лікарями вузькі спеціалісти, що працюють у КЛДЦ, реалізують профілактичні огляди населення, у процесі яких відбирають визначені групи здорового населення і хворих для диспансерного спостереження. У співпраці з сімейними лікарями реалізують комплекс лікувально-оздоровчих заходів щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей, первинної і вторинної профілактики захворювань і медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів різних вікових груп.

У КЛДЦ проводиться лабораторне та інструментальне обстеження хворих і здорових людей з різними чинниками ризику виникнення найпоширеніших захворювань, що дозволяє визначати групи здоров'я і діагностувати захворювання на ранніх стадіях, коли лікувально-реабілітаційні заходи найефективніші.

Підвищення кваліфікації фахівців сімейної медицини є одним із завдань консультативного лікувально-діагностичного центру як і забезпечення постійного підвищення кваліфікації спеціалістів центру на робочих місцях і з відривом від основної роботи згідно положень про підвищення кваліфікації медичних працівників КЛДЦ.

Після консультації лікарі консультативного лікувально-діагностичного центру часто організують лікування хворих у спеціалізованих лікарняних закладах, денному стаціонарі поліклініки чи в домашньому стаціонарі з централізованою формою надання допомоги згідно з клінічним маршрутом пацієнта, визначеним локальним протоколом надання медичної допомоги хворому при певному захворюванні.

Важливу роль відіграють фахівці КЛДЦ при скеруванні хворих зі стійкою вторгою працездатності на медико-соціальну експертну комісію для визначення груп інвалідності, а також при відборі хворих для медико-соціальної реабілітації та санаторно-курортного лікування. Вони беруть активну участь у пільговому забезпеченні хворих на окремі захворювання фармакотерапевтичними препаратами згідно чинного законодавства і формулярної системи лікарських засобів.

Забезпеченню керованості, наступності та послідовності, стандартизації та доказовості сприяють локальні протоколи медичної допомоги в клініці при різних захворюваннях, активну роль в опрацюванні яких відіграють спеціалісти консультативного лікувально-діагностичного центру, розробляючи та реалізуючи клінічні маршрути пацієнтів, які дозволяють отримати якісну допомогу кожному з них у тому лікувальному закладі та у того фахівця, в тому обсязі та в той час, коли вона може бути найефективнішою.

Важливі завдання виконують фахівці КЛДЦ у реалізації державних і регіональних цільових програм, які стосуються профілю роботи вузьких спеціалістів амбулаторних закладів, а також фахівців сімейної медицини, інноваційні проекти в роботі яких не можуть реалізуватись в наш час без консультативної підтримки спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги.

Консультативний лікувально-діагностичний центр в клініці інтегративної сімейної медицини створює оптимальні умови для професійної діяльності фахівців вузьких профілів і сприяє вирішенню багатьох питань кадрового та матеріально-технічного забезпечення клініки. Він надає можливість для безперервного підвищення кваліфікації лікарів, медичних сестер і допоміжного персоналу на

робочих місцях і з відривом від основної діяльності згідно положень про підвищення кваліфікації вузьких спеціалістів амбулаторних закладів. Менеджери КЛДЦ забезпечують графіки роботи фахівців, правила експлуатації технічних засобів, що використовуються у діагностичному та лікувальному процесах, норми охорони праці фахівців, протипожежної безпеки та санітарно-гігієнічні умови працівників КЛДЦ на їх робочих місцях.

Структура і штати консультативного лікувально-діагностичного центру комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки визначаються її адміністрацією залежно від завдань, які стоять перед закладом, і затверджуються міським управлінням охорони здоров'я.

Обладнання різних підрозділів КЛДЦ забезпечується згідно нормативів і додатково з урахуванням можливостей матеріально-технічного постачання та відповідної підготовки фахівців для роботи на новому обладнанні.

Фінансування консультативного лікувально-діагностичного центру здійснюється з державного і міського бюджетів, страхових і добровільних фондів, внесків і передоплат підприємств і організацій, юридичних і фізичних осіб. При можливості та обґрунтованій доцільності запроваджуються нові форми економічної діяльності центру.

Управління і функціонування КЛДЦ забезпечує його завідувач, якого призначає своїм наказом головний лікар клініки зі складу лікарів, які за своїм фахом, освітою, рівнем професійної та організаційно-управлінської підготовки, а також досвідом роботи відповідають даній посаді. Завідувач центру підпорядковується безпосередньо головному лікареві та його заступникам. У центрі ведеться облікова і звітна документація, встановлена інструкціями МОЗ України. Своєю діяльністю консультативний лікувально-діагностичний центр здійснює у тісній співпраці з іншими центрами та підрозділами клініки, державними та недержавними органами й підприємствами, приватними особами, які надають медичну і соціальну допомогу населенню.

Положеннями про кожний підрозділ, що входять до консультативного лікувально-діагностичного центру клініки, визначаються мета і завдання кожного з них, залежно від напрямку професійної діяльності, майнова власність, структура і штати, обладнання і фінансування, управління і функціонування.

Положення про підрозділи консультативного лікувально-діагностичного центру готує його завідувач на основі державних нормативних документів, які створюють комплексний механізм державного управління закладами охорони здоров'я і затверджуються головним лікарем комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки. Після цього ці документи стають нормативними поряд з локальними протоколами медичної допомоги та локальними формулярами лікарських закладів. Вони складають основу комплексного механізму державного управління наданням керованої, профілактично спрямованої, стандартизованої та доказової первинної медико-санітарної допомоги в амбулаторних закладах, які працюють на засадах сімейної медицини, створюючи механізм управління роботою окремих фахівців охорони здоров'я, інструментом реалізації якого є також посадові інструкції керівників підрозділів і окремих вузьких фахівців консультативного лікувально-діагностичного центру.

Посадова інструкція завідувача центру консультативної лікувально-діагностичної допомоги клініки. Основним завданням завідувача консультативного лікувально-діагностичного центру комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова визначено створення ефективної системи управління спеціалізованою діагностичною та лікувально-реабілітаційною допомогою населенню територіальної громади приписного району і консультативною спеціалізованою медичною допомогою фахівців сімейної медицини, що надають первинну медико-санітарну допомогу в центрі первинної медико-санітарної допомоги клініки.

Завідувач КЛДЦ у своїй роботі керується статутом комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова, положенням про КЛДЦ, цією інструкцією, офіційними документами органів охорони здоров'я, яким підпорядковується клініка, правилами внутрішнього трудового розпорядку та іншими нормативними документами.

Призначення та звільнення завідувача КЛДЦ здійснюється головним лікарем 5-ої КМКП м. Львова згідно з чинним законодавством. У випадку відсутності завідувача КЛДЦ (відрадження, відпустка, хвороба, підвищення кваліфікації тощо) виконувачем його обов'язків призначається один із завідувачів спеціалізованих відділень центру наказом головного лікаря клініки.

На посаду позаштатного завідувача КЛДЦ призначається один із завідувачів спеціалізованих відділень чи кабінетів центру, який має значний досвід роботи з відповідного фаху, організаційні навички і вищу або першу кваліфікаційну категорію.

До функцій завідувача КЛДЦ належать керівництво лікувально-діагностичним процесом, проведенням валеологічних і профілактичних заходів на основі чинних програм, інструкцій, наказів, локальних протоколів медичної допомоги в клініці та локальних формулярів лікарських засобів у межах спеціалізованих підрозділів клініки, а також участь у безперервному професійному розвитку фахівців поліклініки.

З метою виконання своїх функцій завідувач КЛДЦ зобов'язаний планувати роботу КЛДЦ і забезпечувати виконання складених планів, забезпечити надання спеціалізованої медичної допомоги населенню приписного району і консультативної лікувально-діагностичної допомоги фахівцям сімейної медицини згідно затверджених графіків роботи відділень, кабінетів і фахівців, затверджувати ці графіки роботи.

Він координує послідовність і наступність у роботі фахівців КЛДЦ з фахівцями інших центрів поліклініки та лікувально-діагностичними закладами міста і області; здійснює контроль за обсягом і якістю лікувально-діагностичної допомоги населенню і консультативної допомоги фахівцям сімейної медицини лікарями-спеціалістами та середнім медичним персоналом відділень і кабінетів консультативного лікувально-діагностичного центру; призначенням, раціональним використанням згідно локального формуляра фармакотерапевтичних засобів, сильнодійних та наркотичних речовин, що призначаються пацієнтам спеціалістами.

Контроль за своєчасним і повним обстеженням хворих в діагностичних кабінетах, якістю консультативних прийомів фахівців, організація консиліумів у

складних клінічних випадках, аналіз дефектів у консультативній лікувально-діагностичній роботі лікарів центру, проведення клінічних тематичних розборів хворих входять до функціональних обов'язків завідувача КЛДЦ. Крім цього, він забезпечує організаційно-методичне керівництво науково-практичною та інноваційною роботою лікарів центру щодо співпраці, вивчення та узагальнення результатів професійної діяльності фахівців сімейної медицини у сфері консультацій кожного зі спеціалістів КЛДЦ; виступи їх на науково-практичних форумах і друкування науково-практичних робіт у фахових виданнях; сприяє комп'ютеризації робочих місць лікарів клініки, опрацюванню локальних протоколів медичної допомоги в поліклініці та локальних формулярів лікарських засобів, які застосовуються лікарями закладу.

Завідувач КЛДЦ доводить до відома лікарів і середнього медичного персоналу нові нормативні документи з охорони здоров'я населення, накази та розпорядження департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації, міського управління охорони здоров'я і керівництва клініки, а також розробляє заходи щодо їх виконання; бере участь у реалізації регіональних і загальнодержавних цільових програм з конкретних проблем охорони здоров'я; аналізує показники роботи відділень, кабінетів і окремих фахівців на основі статистичної обліково-звітної документації та індикаторів рейтингової оцінки кількості та якості медичної допомоги. Він своєчасно скерує лікарів і медичних сестер на курси підвищення кваліфікації, передатестаційні цикли; створює умови для безперервного професійного розвитку кожного спеціаліста; готує документи для своєчасного проходження атестації на відповідну кваліфікаційну категорію; регулярно підвищує свою кваліфікацію як за фахом, так і з проблем організації та управління охорони здоров'я.

Важливим розділом у роботі завідувача КЛДЦ є валеологічна та профілактична спрямованість професійної діяльності фахівців КЛДЦ. Він організує і контролює надання консультативної допомоги здоровим людям щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я, первинної профілактики найпоширеніших захворювань і вторинної профілактики загострень і ускладнень наявних у хворих хронічних захворювань, використовуючи при цьому протиепідемічні, профілактичні, лікувально-оздоровчі заходи, які спрямовані на зниження захворюваності, інвалідизації та смертності як серед населення, так і серед працівників центру. Цьому сприяють профілактика виробничого травматизму і професійних захворювань; опрацювання і виконання персоналом інструкцій з охорони праці, що діють у КЛДЦ і встановлюють правила виконання робіт на робочих місцях, у приміщеннях, на території виконання працівниками своїх функціональних обов'язків, на дільницях відповідно до нормативних актів про охорону праці; здійснення контролю за дотриманням працівниками своїх процесів, правил поводження з машинами, механізмами, устаткуванням і обладнанням робочих місць, застосування засобів індивідуального та колективного захисту.

Завідувач КЛДЦ має право займатися професійною медичною, науковою і педагогічною діяльністю згідно своєї спеціалізації та кваліфікаційної категорії, брати участь у підборі та розстановці кадрів центру; вносити пропозиції

адміністрації КМКП з питань поліпшення умов для консультативної лікувально-діагностичної роботи, застосування засобів мотиваційного механізму управління якістю роботи фахівців як морально-психологічного, так і матеріального змісту.

До виробничих прав завідувача КЛДЦ відносяться контроль діяльності підлеглого медичного персоналу і внутрішній професійний аудит; зупинка роботи осіб, які не пройшли навчання і перевірки знань з охорони праці, пожежної безпеки інструктажу на робочому місці; не мають посвідчення на право роботи на місцях з підвищеною небезпекою; усунення від роботи працівників, що працюють на несправному обладнанні та апаратурі, виконують роботу зі шкідливими та небезпечними умовами праці без засобів захисту; порушують правила, норми, інструкції з охорони праці, пожежної безпеки та виробничої санітарії; зупинка роботи апаратури та обладнання, якщо робота на них загрожує здоров'ю чи життю працівників або пацієнтів.

Завідувач центру підпорядковується головному лікареві клініки та його заступникам. Він співпрацює із завідувачем центру стаціонарної допомоги клініки та центру ПМСД, міськими позаштатними та штатними спеціалістами, а також іншими фахівцями.

Завідувач КЛДЦ несе безпосередньо відповідальність за:

- ефективність управління центром та якість консультативної лікувально-діагностичної роботи в клініці;
- повноту обстежень пацієнтів лікарями центру та ефективність проведення лікувально-діагностичної роботи;
- дотримання працівниками центру належного санітарно-гігієнічного режиму, протиепідемічних заходів і пожежної безпеки;
- своєчасну розробку, погодження і затвердження інструкцій, правил з охорони праці, безпечних умов праці на кожному робочому місці;
- проведення первинного і періодичних інструктажів працівників центру з охорони праці та пожежної безпеки, дотримання ними відповідних інструкцій;
- отримання, розподіл та облік санітарного одягу, засобів індивідуального захисту, спецхарчування згідно встановлених норм;
- забезпечення своєчасного надання першої медичної допомоги потерпілим, розслідування у встановлені терміни нещасних випадків на виробництві, вживання заходів щодо профілактики травматизму, професійних захворювань, аварій, загорянь, дорожньо-транспортних пригод;
- порушення законів та інших нормативно-правових актів про охорону праці, створення перешкод у діяльності посадових осіб органів державного нагляду за охороною праці.

Робота завідувача КЛДЦ оцінюється на підставі системи індикаторів кількості та якості виконаної роботи щодо надання консультативної лікувально-діагностичної допомоги населенню і лікарям клініки, коефіцієнтів динаміки здоров'я населення, індикаторів рейтингової оцінки його роботи. Ця оцінка здійснюється керівництвом клініки та управлінням охорони здоров'я міста.

Робоче місце завідувача КЛДЦ – службове приміщення 5-ої КМКП і територія, на якій він виконує свої функціональні обов'язки в робочий час.

Посадові інструкції завідувачів відділень КЛДЦ (жіночої консультації, хірургічного, неврологічного, офтальмологічного, отоларингологічного і реабілітаційного відділень, очально-діагностичної лабораторії, міського психотерапевтичного центру і міського травматологічного пункту №1, рентгенологічного відділення і відділення діагностики та спеціалізованої медичної допомоги) та окремих лікарів – спеціалістів, які працюють у названих відділеннях і кабінетах центру, а також медичних сестер цих підрозділів опрацьовані нами та видані у вигляді методичних рекомендацій з управління роботою КЛДЦ «функціональна модель консультативного лікувально-діагностичного центру комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова» [329].

Опрацьовані нормативні документи стали важливими інструментами комплексного механізму державного управління інтегрованою первинною медико-санітарною та вторинною медичною допомогою у перших в Україні центрі ПМСД і консультативному лікувально-діагностичному центрі великої міської клініки, яка надає ПМСД 85,6 тис. населення м. Львова на засадах сімейної медицини.

Основною перевагою створеного у комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова 2004 року консультативного лікувально-діагностичного центру, положення про який наведено вище, є об'єднання зусиль спеціалістів-медиків вузьких профілів з сімейними лікарями в межах одного лікувально-профілактичного закладу первинної медико-санітарної допомоги. При цьому перед кожним підрозділом сімейної медицини та спеціалізованими підрозділами КЛДЦ поставлена одна мета – постійно підвищувати якість медичної допомоги хворим на догоспітальному етапі. Фахівці другого (спеціалізованого) рівня медичної допомоги активно інтегруються з фахівцями сімейної медицини до надання валеологічної та профілактичної допомоги здоровому населенню.

Практична робота фахівців КЛДЦ протягом 12 років у складі самостійної міської клініки показала, що такий підрозділ суттєво підвищує якість і ефективність лікувально-профілактичної діяльності амбулаторного закладу, який надає сучасну первинну медико-санітарну допомогу мешканцям міста на засадах сімейної медицини.

Важливими інструментами комплексного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою населенню на засадах керованості, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості у конкретному амбулаторному лікувально-профілактичному закладі, що працює на засадах сімейної медицини, є локальні протоколи медичної допомоги в умовах клініки. Ці протоколи опрацьовані фахівцями сімейної медицини за активної участі спеціалістів КЛДЦ на основі міжнародних клінічних протоколів медичної допомоги, які затверджені Міністерством охорони здоров'я України, і покроково визначають з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я процес надання медичної допомоги хворій людині, обсяг та її результати при певному захворюванні.

Стандартизація в охороні здоров'я України здійснюється шляхом гармонізації стандартів вітчизняної медичної допомоги з міжнародною системою її стандартизації. При цьому за стандарти медичної допомоги слугують наукові докази ефективності та безпечності медичних втручань, отримані під час проведених за

єдиною методикою клініко-епідеміологічних досліджень, що складають основу доказової медицини, або у разі їх відсутності – дані про найліпшу клінічну практику.

Локальні протоколи медичної допомоги у комунальній 5-й міській клінічній поліклініці розроблені для тих груп хворих, яким передбачено надання медичної допомоги відповідно до ліцензії. До їх опрацювання окрім сімейних лікарів активно залучались вузькі спеціалісти КЛДЦ, а також науково-педагогічні працівники кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Під час розробки локальних протоколів медичної допомоги робоча група враховувала ресурсні можливості клініки та інших лікувально-профілактичних закладів м. Львова і області. Клінічний маршрут пацієнта подано у локальному протоколі не окремим документом, а в алгоритмі обстеження і лікування хворого з назвою підрозділу клініки та інших лікувально-профілактичних закладів, куди направляється хворий для одержання адекватного обстеження чи лікування.

Виконання вимог локальних протоколів медичної допомоги всіма спеціалістами клініки обов'язкове і підлягає моніторингу та науковому аналізу щодо їх ефективності та впливу на стан здоров'я цільової групи хворих.

У клініці комплексний механізм державного управління якістю медичної допомоги реалізується шляхом розробки та виконання локальних протоколів надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини із застосуванням профілактичної спрямованості, керованості, стандартизації та доказовості. Це відбувається відповідно до «Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року», затвердженої наказом МОЗ України від 31.03.2006 р. №166. У всіх заходах щодо поліпшення якості медичної допомоги хворим на догоспітальному етапі важливу роль відіграють фахівці та підрозділи консультативного лікувально-діагностичного центру клініки, яка надає ПМСД на засадах сімейної медицини.

Отже, опрацьовані нами положення про КЛДЦ і функціональні підрозділи першого в Україні консультативного лікувально-діагностичного центру, на основі яких успішно працюють фахівці вузьких профілів у самостійній міській клінічній інтегративній сімейної медицини протягом 12 років, створюють засадничі принципи надання вторинної амбулаторної медичної допомоги населенню територіальної громади одного з районів міста Львова у закладі первинної медико-санітарної допомоги. Така організаційна модель управління роботою великої міської клініки є реальним прототипом реалізації комплексного механізму державного управління реформуванням ПМСД на засадах сімейної медицини із залученням до цього процесу фахівців вузьких профілів, які працюють у консультативному лікувально-діагностичному центрі клініки. Вона може стати основою для інших самостійних поліклінік щодо реформування ПМСД на засадах сімейної медицини та її розвитку.

4.3. Участь лікарів-спеціалістів у наданні інтегрованої медичної допомоги в клініці

Українським інститутом стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України проведені комплексні наукові дослідження щодо участі лікарів-спеціалістів у наданні вторинної медичної допомоги хворим в амбулаторних закладах, які надають первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини [301, с.23-33].

При цьому визначені хвороби, симптоми та синдроми, при яких сімейний лікар може самостійно здійснювати лікування і реабілітацію хворих згідно з рекомендаціями лікарів-консультантів консультативного лікувально-діагностичного центру, а також самостійно реалізувати диспансерний нагляд за хворими та реконвалісцентами. І це переважна більшість захворювань різних органів і систем людського організму.

Однак значна частина захворювань вимагає спільної участі родинного лікаря і лікарів-спеціалістів у здійсненні профілактики, діагностики, лікування і медико-соціальної реабілітації хворих, а також у диспансерному нагляді за ними, що визначається локальним протоколом медичної допомоги.

Лікар-кардіолог бере активну участь у лікувально-профілактичному процесі при таких захворюваннях системи кровообігу: вторинна артеріальна гіпертензія, гіпертонічна хвороба 2-3 ступенів, синусова тахікардія, синусова аритмія, ектопічні ритми, часті ранні групові та політопічні екстрасистоли, міокардіодистопія.

Лікування та диспансерного нагляду лише кардіолога вимагають такі хвороби системи кровообігу: гіпертонічна хвороба 3 ступеня, ішемічна хвороба серця, нестабільна стенокардія напруження, гострий коронарний синдром і елевация сегмента ST, гострий інфаркт міокарда, постінфарктний кардіосклероз, аневризма аорти, аневризма серця, коарктація аорти; розлади ритму серця і провідності (часті напади пароксизмальної тахікардії, слабкість синусового вузла, миготлива аритмія, блокади серця), зміни на ЕКГ без клінічних ознак ураження системи кровообігу, кардіоміопатії, міокардити, природженні та набуті вади серця, перикардити, пухлини серця, гостра серцева недостатність.

Гастроентеролог бере активну участь разом з сімейним лікарем у лікувально-профілактичній роботі при таких захворюваннях травного каналу: ахалазія кардії (тяжка форма, неускладнений перебіг); гострий езофагіт (тяжка форма, виключаючи ерозивний езофагіт), хронічний атрофічний гастрит, хронічний поліпозний гастрит, хронічний геморагічний гастрит, виразкова хвороба шлунка з частими загостреннями, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки з частими загостреннями, післягастректомічний синдром, холелітіаз з частими нападами печінкової коліки, післяхолецистектомічний синдром (середньотяжка форма), хронічний панкреатит з частими загостреннями (прогресивний перебіг), хронічний персистивний гепатит у фазі ремісії, цироз печінки у фазі компенсації, дисбактеріоз (середньотяжка і тяжка форми), хвороба Уїпла, ішемічний коліт у фазі ремісії; рак шлунка, стравоходу, печінки та жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, товстої кишки (неоперабельні стадії), паліативне лікування, післяопераційний перебіг; амілоїдоз з

ураженням органів травлення, гастрокардіальний синдром, гепатолентикулярна дегенерація, гепатолієнальний синдром, дивертикульоз, спайкова хвороба.

Гастроентеролог самостійно повинен спостерігати та лікувати захворювання: ахалазія кардії (тяжка форма, що потребує хірургічного лікування), гострий езофагіт (ускладнений перебіг), гострий ерозивний езофагіт; гострий ерозивний гастрит, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки у фазі загострення, холелітіаз (ускладнений перебіг), хронічний холецистит у фазі загострення (середньотяжка і тяжка форми), хронічний холецистит з ускладненим перебігом («відключений» жовчний міхур, перихолецистит, тяжкий панкреатичний емпієма жовчного міхура), гострий катаральний та гнійний холецистит післяхолецистектомічний синдром (тяжка форма); хронічний панкреатит (рецидивний перебіг, прогресивний перебіг, ускладнений перебіг, киста, абсцес, механічна жовтяниця, підозріння на рак підшлункової залози), псевдотумороподібна форма; піддіафрагмальний абсцес, гострий гепатит, гостра печінкова недостатність, хронічний активний гепатит, хронічний персистивний гепатит у фазі загострення, цироз печінки у фазі декомпенсації (ускладнений перебіг); паразитарні хвороби печінки, гепатоз; рак шлунка, стравоходу, печінки та жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, товстої кишки; карциноїдний синдром, дисбактеріоз (септична форма); кандидоз травної системи (тяжкі форми з ускладненим перебігом); ішемічний коліт (гангренозна і стриктурна форми), неспецифічний виразковий коліт (тяжка форма з частими загостреннями), хронічний коліт (тяжка форма), інфекційні та паразитарні коліти, туберкульоз органів травлення, гострий ентерит (тяжка форма), кишкова ентеропатія (тяжка форма); гострі хірургічні хвороби черевної порожнини у післяопераційному періоді: гострі шлунково-кишкові кровотечі, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу, гострий апендицит, перфорація шлунково-дуоденальної виразки, гостра кишкова непрохідність, защемлена грижа, гострий холецистит, гострий панкреатит, закриті травми живота, поранення живота, геморої (тяжкі та ускладненні форми), гострий парапроктит, випадіння прямої кишки.

Ендокринолог разом з лікарем загальної практики-сімейним лікарем бере активну участь у здійсненні профілактики, діагностики, лікування, медико-соціальної реабілітації та диспансерного спостереження за хворими на такі хвороби: залоз внутрішньої секреції та розлади обміну речовин: цукровий діабет інсулінонезалежний, цукровий діабет інсулінозалежний (легкі та середньотяжкі форми); тиротоксикоз 1-2 ступенів, ендогенно-конституційне ожиріння 3-4 ступенів, хвороба Іценка-Кушинга, гіпоталамо-гіпофізарна недостатність, гіпотироз.

Лише лікарі-ендокринологи лікують і проводять диспансерний нагляд за хворими на такі хвороби залоз внутрішньої секреції та обміну речовин: цукровий діабет інсулінозалежний (тяжкі форми), дифузний токсичний зоб у осіб похилого віку, гіпотироз у осіб похилого віку.

Лікар-нефролог спільно з сімейним лікарем бере участь у здійсненні профілактики, діагностики, лікування, медико-соціальної реабілітації та диспансерного нагляду за хворими на такі хвороби нирок і сечових шляхів: амілоїдоз, гострий пієлонефрит (тяжкий, ускладнений та рецидивний перебіг), підозріння на обструкцію сечових шляхів; хронічний пієлонефрит у фазі

погіршення з прогресивною нирковою недостатністю; хронічний гломерулонефрит, стан після перенесеного гострого гломерулонефриту; нефроптоз, полікістоз нирок (неускладнений перебіг); нетримання сечі, аномалія нирок і сечовивідних шляхів (патентний перебіг); гідронефроз, стан після оперативного втручання; стан після оперативного лікування пухлин нирок, стан після оперативного втручання з приводу злоякісного передміхурової залози, хронічний простатит.

Лікарі (нефролог або уролог) самостійно проводять лікування і диспансерний нагляд за хворими на такі захворювання нирок і сечостатевого органів: нирковий каменюк та токсичні нефропатії; папіломи, поліпи сечового міхура, уретри, чоловічих статевих органів; нефропатія вагітних 2-3 ступенів; пухлини нирок, сечового міхура, передміхурової залози; туберкульоз нирок, гострий простатит, варикоцеле яєчка і сім'яного канатика, крипторхізм, фімоз, парафімоз, чоловіча безплідність.

Лікар-ревматолог спільно з лікарем загальної практики-сімейним лікарем бере участь у діагностиці, профілактиці, лікуванні, медико-соціальної реабілітації та диспансеризації хворих на такі захворювання суглобів і сполучної тканини: деформуючий остеоартроз, хвороби Рейтера, Такаюсу, синдром Шегрена.

Самостійно в поліклініці проводить лікування і диспансеризацію лікар-ревматолог хворих на такі захворювання кістково-м'язової системи та сполучної тканини: подагра, рецидивний перебіг, гострий подагричний артрит; псоріатричний артрит, ревматоїдний артрит (тяжкий перебіг, що потребує хірургічного лікування); ревматизм, системний червоний вовчак, грануломатоз Вегенера, дерматоміозит, склеродермія, вузликівий періартеріт, анкілозуючий спондилоартрит, облітеруючий тромбангіт, хвороба Бехчета, синдром Стівенса-Джонсона.

Лікар-невролог спільно з сімейним лікарем здійснюють профілактику, діагностику, лікування, медико-соціальну реабілітацію і диспансеризацію хворих на такі захворювання нервової системи: нарколепсія, транзиторні розлади мозкового кровообігу, розсіяний склероз (початкова стадія), дієнцефальний синдром (нейроендокринна форма); хвороба Альцгеймера, дитячий церебральний параліч (середньотяжка форма), вібраційна хвороба (середньотяжка форма); спадкова атаксія Фридрейха, нейроревматизм, оперезуючий лишай (тяжка форма), неврологічні прояви остеохондрозу хребта, плексити та плексалгії, прогресивна м'язова дистрофія (доброякісний варіант).

Самостійного лікування і диспансерного нагляду лікаря-невролога потребують хворі на такі нервові захворювання і синдроми: менінгіт, енцефаліт, менингоенцефаліт, менингеальний синдром, арахноїдит, судинна аневризма головного мозку, спінальний інсульт, транзиторна ішемічна атака (тяжка форма); паркінсонізм (тяжка форма), розсіяний склероз (прогресивний перебіг); бічний аміотрофічний склероз, дієнцефальний синдром (тяжка форма), нейродистрофічний дієнцефальний синдром; сірингомієлія, гідроцефалія, дитячий церебральний параліч (тяжка форма), вібраційна хвороба (тяжка форма); закриті та відкриті травми головного і спинного мозку після хірургічного лікування, посттравматична енцефалопатія; мігренозний статус, міастенія, торсійна дистонія, природжена міотонія, сімейна спастична параплегія, доброякісна спінальна аміотрофія, амавротична ідіотія, прогресивна м'язова дистрофія (злаякісний варіант);

нейрофіброматоз Реклінгаузена, цереброретинальний ангиоматоз, туберозний склероз, хвороба Стерджа-Вебера, хорея Гентінгтона, полірадикулопатія Гієна-Барре; нейросифіліс, поліомієліт; пухлини головного та спинного мозку, ехінококс, епілепсія, радикулоневрити, полірадикулоневропатії, поліневрити; епідуриальний функілярний мієлоз (тяжка форма); післявакцинальні ураження нервової системи: енцефаліт, гепатоцеребральний синдром.

Наведені приклади участі вузьких фахівців у наданні лікувально-профілактичної допомоги засвідчують ту незаперечну істину, що сучасний сімейний лікар не може вирішувати багатьох проблем хворих людей одноосібно. Кожен сімейний лікар, що працює сьогодні у міській поліклініці, щоденно використовує у своїй професійній діяльності неодноразово консультації різних вузьких спеціалістів з приводу конкретних клінічних діагностичних чи лікувально-реабілітаційних ситуацій, що виникають у процесі надання медичної допомоги в амбулаторному закладі. При цьому вони можуть вирішуватись не лише у процесі спрямування хворого на консультацію до певного спеціаліста, але й шляхом телефонних чи особистих комунікацій між сімейним лікарем та вузькими фахівцями, які працюють в одному приміщенні.

Особливо це стосується такої категорії хворих, у яких наявні по декілька захворювань. Керованість медичної допомоги таким хворим з боку сімейного лікаря має вирішальне значення, адже комплекс лікувальних заходів, призначений кардіологом з приводу гіпертонічної хвороби, може несприятливо впливати, наприклад, на перебіг хронічного обструктивного бронхіту, який виступає супутнім захворюванням у одного і того ж хворого.

Отже, керована медична допомога конкретному хворому з боку сімейного лікаря полягає і в тому, щоб визначити оптимальний комплекс лікувально-реабілітаційних заходів при комбінації у одного хворого декількох захворювань, що вузькі спеціалісти не можуть ефективно вирішити на користь лікування конкретного хворого.

Окрім того, сімейний лікар, знаючи матеріальне становище кожного хворого на приписній дільниці, може визначити той найменш обтяжливий лікувально-профілактичний комплекс, який хворий може реально застосувати та виконувати. Адже фінансові можливості багатьох хворих людей часто змушують їх відмовлятися від використання певних лікарських засобів, особливо імпортих, ціна яких у десятки разів може перевищувати ціну аналогічних препаратів вітчизняного виробництва.

Таким чином, наведений нами вище досвід використання вузьких спеціалістів створеного в клініці консультативного лікувально-діагностичного центру в комплексному механізмі управління якістю амбулаторно-поліклінічної допомоги територіальній громаді засвідчує необхідність тісної співпраці фахівців другого рівня медичної допомоги у такому закладі ПМСД, яким є самостійна міська поліклініка. Тому створення у містах і районних центрах юридично незалежних комунальних некомерційних підприємств «Центрів первинної медико-санітарної допомоги», що передбачається постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17.02.2010 р. №208, на нашу думку, може призвести до погіршення якості первинної медико-санітарної допомоги

та керованості нею з боку фахівців сімейної медицини. А ще, такий політичний механізм державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні суттєво погіршить надання стаціонарної допомоги хворим в амбулаторних закладах, про що ми будемо говорити у наступному розділі.

4.4. Центр стаціонарної допомоги в клініці інтегративної сімейної медицини

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я в Україні не до кінця вирішеним завданням є підвищення структурної ефективності надання медичної допомоги на другому рівні (лікарняної допомоги). Стратегічним пріоритетом вирішення цього завдання є структурно-функціональні зміни у секторі стаціонарної допомоги.

Політичний механізм державного управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги розроблено у постанові Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17.02.2010 р. №208 [8]. В «Основних концептуальних напрямках реформування системи охорони здоров'я», затверджених названою постановою, йдеться про створення умов для розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги та визначення переліку послуг відповідно до рівня допомоги.

Передбачається структурна реорганізація системи охорони здоров'я зі створенням центрів первинної медико-санітарної допомоги – комунальних некомерційних підприємств, як нового типу закладів охорони здоров'я. Для надання вторинної медичної допомоги створюватимуться міжрайонні та міжміські об'єднання комунальних некомерційних підприємств (госпітальні округи), до складу яких входитимуть багатoproфільні лікарні інтенсивної допомоги; заклади для проведення планового лікування; заклади для реабілітаційного (відновлювального) лікування; заклади для надання паліативної допомоги (хоспіси); заклади для надання медико-соціальної допомоги; консультативно-діагностичні центри. При цьому планову спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу в названих закладах будуть надавати за відповідним направленням сімейного лікаря згідно з укладеними договорами про закупівлю медичних послуг.

Накреслене удосконалення сфери охорони здоров'я передбачає і економічний механізм державного управління фінансуванням закладів первинного рівня шляхом спрямування бюджетних коштів з розрахунку на кожну особу, що мешкає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці. Заклади вторинного рівня укладатимуть договори між замовником і постачальником медичних послуг за принципом оплати фактично наданих послуг з урахуванням потреб населення, заклади третинного рівня – шляхом оплати наданих послуг.

Все це буде сприяти раціональному використанню лікарняних закладів, тому що в наш час вони часто виконують невласливі для них функції. Так, за результатами дослідження В.М.Лехан і співавторів [149; 150] встановлено, що 32,9% хворих відділень терапевтичного профілю госпіталізуються необгрунтовано, оскільки на момент поступлення до лікарні не потребують цілодобового медичного

нагляду для корекції життєво важливих функцій. При виключенні необґрунтованих госпіталізацій загальну кількість ліжок у лікарнях можна буде скоротити на 48,2%.

Однак, з метою попередження необґрунтованих госпіталізацій хворим необхідне достатнє і якісне забезпечення їх стаціонарними формами допомоги на догоспітальному етапі у денних і домашніх стаціонарах поліклінік. Дороговартісний ліжковий фонд лікарень слід використовувати для госпіталізації тяжкохворих, які потребують інтенсивних медичних втручань чи спеціалізованої медичної допомоги, яку надати в умовах амбулаторних закладів неможливо.

Стаціонарна (від лат. слова *stationarius* – нерухомий, постійний) медична допомога хворим може надаватись як на догоспітальному етапі, так і в лікарнях.

На подальшу необхідність реформування стаціонарної медичної допомоги хворим вказує низка об'єктивних обставин: необґрунтована госпіталізація хворих; надлишкова тривалість перебування хворих в лікарнях; неправильне визначення профілю відділень, до яких госпіталізують хворих; госпіталізація хворих без урахування необхідності надання інтенсивної медичної допомоги.

Центр стаціонарної допомоги (ЦСД) комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки, яка обслуговує біля 86 тис. населення Залізничного району М.Львова, створено на початку 2005 р. як структурний підрозділ КМКП з метою надання стаціонарної допомоги хворим в умовах клініки та вдома.

До складу ЦСД входять поліпрофільний денний стаціонар клініки для дорослих хворих терапевтичного, хірургічного, неврологічного і акушерсько-гінекологічного профілів, денний стаціонар для дітей, централізований домашній стаціонар як спеціальний підрозділ центру стаціонарної допомоги для надання стаціонарної допомоги в домашніх умовах тим хворим, які не можуть відвідувати клініку.

У всіх підрозділах центру надається стаціонарна допомога хворим, наближена до тієї, що надається в лікарнях з цілодобовим перебуванням хворих.

Відбором хворих для лікування в ЦСД займаються сімейні лікарі, педіатри, невропатологи, хірурги, травматологи, урологи, онкологи, підліткові лікарі та інші вузькі фахівці разом із завідувачами відповідних структурних підрозділів клініки, завідувачі центру стаціонарної допомоги, денного стаціонару клініки та централізованого домашнього стаціонару, адміністрація клініки, професорсько-викладацький склад кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини медичного університету. До центру стаціонарної допомоги хворі можуть переводитись з метою продовження лікувально-реабілітаційних заходів з різних лікувально-профілактичних закладів міста, де вони перебували на лікуванні цілодобово.

Перед скеруванням хворого для лікування в ЦСД лікар, що курує хворого, зобов'язаний провести необхідні, залежно від патології, клінічні та параклінічні дослідження, обґрунтувати показання для стаціонарного лікування хворого в умовах клініки СМ і узгодити скерування хворого на лікування в центрі стаціонарної допомоги з керівником структурного підрозділу клініки, з якого хворий переводиться для продовження лікування. Контроль за видачею лікарняного листка працездатному хворому здійснює завідувач структурного підрозділу клініки, котрий затверджує скерування хворого відповідного профілю на лікування у ЦСД.

Організація лікувально-реабілітаційного процесу в центрі передбачає проведення комплексу діагностичних, лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів різним групам хворих із забезпеченням регулярного медичного нагляду за станом їхнього здоров'я і контролю ефективності лікування у підрозділах центру стаціонарної допомоги клініки.

Індивідуальні програми лікувально-діагностичних, реабілітаційних і профілактичних заходів складаються після проведення первинного огляду хворого лікарем центру з урахуванням діагнозу, тяжкості стану хворого, наявності супутньої патології, вікових особливостей хворого, а також комплексу лікувальних заходів та його ефективності на попередніх етапах лікування.

У ЦСД проводяться лікувально-оздоровчі заходи та діагностичне обстеження осіб із груп ризику, а також тих, хто часто і тривало хворіє, з метою корекції чинників ризику та профілактики захворювань.

Здійснення необхідних досліджень і консультативних оглядів хворих для правильної діагностики та ефективного лікування проводиться із залученням всіх фахівців клініки, а також професорів і викладачів кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини та інших кафедр Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. У разі необхідності для консультацій залучаються спеціалісти інших закладів охорони здоров'я міста і області.

Переведення хворого із центру стаціонарної допомоги клініки в лікарню з щодобовим перебуванням здійснюється лікарем центру, який лікує хворого, після погодження із завідувачем відповідного відділення лікарні, куди переводиться хворий. Із денного стаціонару клініки у централізований домашній стаціонар хворий переводиться за погодженням лікаря ДСП з лікарем централізованого домашнього стаціонару.

Лікарі ведуть таку затверджену первинну медичну документацію:

1. Карту хворого денного стаціонару (ф.003-2/0).
2. Медичну карту амбулаторного хворого (ф.25/0).
3. Історію розвитку дитини (ф.112/0).
4. Маніпуляційний листок.
5. Книгу обліку лікування хворих у ЦСД (у кожному підрозділі окремо).

У центрі стаціонарної допомоги хворим дозволено користуватися особистою білизною, одягом, взуттям, постільню, не порушуючи при цьому вимог санітарно-протиепідемічного режиму.

Кожний підрозділ центру має своє положення, а працівники – посадові інструкції, якими визначаються основні завдання, функціональні обов'язки і права кожного працівника. Вони є складовими функціональної моделі центру стаціонарної допомоги клініки та інструментами комплексного механізму управління стаціонарною допомогою хворим у першому в Україні центрі стаціонарної допомоги клініки. Наводимо їх приклади.

4.4.1. Положення про центр стаціонарної допомоги клініки інтегративної родинної медицини.

1. Загальні положення

1.1. Основною метою центру стаціонарної допомоги (ЦСД) є організація сучасної стаціонарної, якісної та ефективної лікувально-діагностичної, профілактичної та реабілітаційної медичної допомоги дорослому і дитячому населенню Залізничного району м. Львова, котре не вимагає цілодобової шпитальної медичної допомоги (легкий та середньої тяжкості перебіг захворювань), як в умовах денних стаціонарів поліклініки, так і в домашніх умовах.

1.2. ЦСД входить до складу клініки інтегративної сімейної медицини.

1.3. За видом, характером і обсягом надання медичної допомоги і системи організації роботи центр стаціонарної допомоги клініки є:

1.3.1. За *профілем* - багатопрофільний (терапевтичний, неврологічний, хірургічний, дитячий, гінекологічний, домашній з централізованою формою медичної надання допомоги).

1.3.2. За *системою* організації - центр стаціонарної допомоги поліклініки.

1.3.3. За *обсягом діяльності* - навантаження на 85 ліжок, 15 з яких працюють у 2 зміни.

1.3.4. За *структурою* - 2 стаціонарні відділення для лікування дорослих і підлітків; 1 - для лікування дітей та 1 - централізований домашній стаціонар.

2. Основні завдання центру стаціонарної допомоги

Для досягнення мети на центр стаціонарної допомоги клініки покладаються такі завдання:

2.1. Здійснення своєчасної, комплексної повноцінної діагностики захворювань, патологічних станів, факторів ризику розвитку захворювань у різних категорій дорослого і дитячого населення на рівні, наближеному до умов лікарні з цілодобовим перебуванням хворих.

2.2. Надання висококваліфікованої медичної допомоги хворим Залізничного району м. Львова, наближеної за обсягом і якістю до госпітальної допомоги із цілодобовим перебуванням їх в лікарні.

2.3. Поглиблене обстеження диспансерних хворих, їх оздоровлення згідно стандартів і локальних протоколів надання медичної допомоги, лікування часто й тривало хворіючі осіб.

2.4. Проведення комплексу профілактичних і лікувально-оздоровчих заходів серед населення району.

2.5. Запровадження в практику сучасних методів лікування, діагностики, профілактики на основі досягнень медичної науки й передового досвіду роботи закладів охорони здоров'я.

2.6. Зменшення захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності.

2.7. Забезпечення стаціонарною допомогою осіб, котрі в силу соціально-побутових причин не можуть бути госпіталізовані в лікарні.

2.8. Долікування й реабілітація хворих, які переводяться з лікарень.

2.9. Поглиблене клінічне обстеження пацієнтів для направлення на

медико-соціально експертну комісію.

- 2.10. Клінічна апробація нових лікарських препаратів і методик лікування.
- 2.11. Санітарно-гігієнічне навчання хворих та їхніх родичів.
- 2.12. Проведення онкохворим 1-2 стадій захворювань курсів хіміотерапії.
- 2.13. Лікування хворих після проведення їм розширених оперативних втручань в умовах клініки.
- 2.14. Надання екстреної медичної допомоги хворим із невідкладними станами, що розвинулись під час перебування хворих у клініці, з наступним забезпеченням у разі необхідності їх госпіталізації чи транспортування додому.
- 2.15. Проведення навчання студентів медичного університету та медичних училищ згідно укладених угод між адміністрацією клініки та вищими медичними навчальними закладами.
- 2.16. Надання платних медичних послуг (за винятком затверджених МОЗ України як обов'язкові й гарантовані) згідно розроблених і затверджених тарифів.
- 2.17. Проведення профілактичних щеплень дітям, підліткам і дорослим, які схильні до алергійних реакцій.
- 2.18. Надання безоплатного лікування дітям у віці до 3 років і підліткам із малозабезпечених сімей, сиротам, інвалідам дитинства до 16 років та дорослому населенню із групи малозабезпечених осіб, а також дітям, підліткам і дорослим із захворюваннями, передбаченими Постановою Кабінету Міністрів України №1303 від 17 вересня 1998 року (додаток № 2) про безкоштовний відпуск ліків.
- 2.19. Здійснення заходів з вторинної профілактики.
- 2.20. Надання централізованої стаціонарної допомоги хворим в домашніх умовах.
- 2.21. Для реалізації основних завдань у ЦСД виконуються такі заходи:
 - 2.21.1. Забезпечення хворих, котрі не вимагають цілодобової медичної допомоги, кваліфікованою стаціонарною медичною допомогою у денних стаціонарах клініки та вдома.
 - 2.21.2. Здійснення щоденного нагляду за станом здоров'я хворих та контроль ефективності їх лікування із внесенням у разі потреби змін до плану лікувально-діагностичних, профілактичних та реабілітаційних заходів.
 - 2.21.3. Надання невідкладної та інтенсивної медичної допомоги хворим і потерпілим, котрі звертаються у клініку.
 - 2.21.4. Дотримання наступності в обстеженні та лікуванні хворих між сімейними лікарями та лікарями центру стаціонарної допомоги поліклініки, центром стаціонарної допомоги клініки та лікарями із цілодобовим перебуванням, ДСП та централізованими домашніми стаціонарами.
 - 2.21.5. Систематичне упровадження в практику сучасних медичних технологій.
 - 2.21.6. Широке використання всіх можливостей фахівців інших структурних підрозділів клініки для обстеження та лікування хворих.
 - 2.21.7. Участь у проведенні планових лікувально-оздоровчих заходів для диспансерної групи хворих, що часто і тривало хворіють.
 - 2.21.8. Проведення превентивного лікування хворих на хронічні захворювання з метою запобігання рецидивів та загострень.

- 2.21.9. Проведення експертизи тимчасової втрати працездатності, відкриття та продовження листків непрацездатності, визначення трудових рекомендацій хворим.
- 2.21.10. Забезпечення належного лікувально-охоронного режиму.
- 2.21.11. Проведення відповідних протиепідемічних заходів у разі підозри чи виявлення інфекційного захворювання.
- 2.21.12. Заповнення виписок з історій хвороб хворим, котрі скеровуються на МСЕК.
- 2.21.13. Аналіз ефективності роботи медичного персоналу центру стаціонарної допомоги, якості надання планової та екстреної медичної допомоги.
- 2.21.14. Підвищення професійного рівня працівників центру стаціонарної допомоги.
- 2.21.15. Проведення виховної роботи серед лікарського, сестринського та молодшого медичного персоналу.
- 2.21.16. Поширення санітарних знань і пропаганда основ здорового способу життя серед населення району та медичних працівників клініки.
- 2.21.17. Взаємодія з іншими структурними підрозділами клініки для ефективного, вчасного і повноцінного обстеження та лікування хворих у ЦСД, проведення їм повного обсягу реабілітаційних заходів.
- 2.21.18. Взаємодія з іншими лікувально-діагностичними закладами міста в області для надання спеціалізованої медичної допомоги населенню району.
- 2.21.19. Щоденне заповнення первинної медичної та звітно-облікової документації.

3. Структура і штати центру стаціонарної допомоги клініки

Центр стаціонарної допомоги у своєму складі має:

- 3.1. Палати для одночасного перебування 85 хворих.
- 3.2. Масаажні кабінети -2.
- 3.3. Процедурні кабінети - 2.
- 3.4. Кабінет завідувача ЦСД -1.
- 3.5. Ординаторські - 2.
- 3.6. Кабінет завідувача денного стаціонару для дітей -1.
- 3.7. Кабінет старшої сестри медичної -1.
- 3.8. Кімната для відпочинку середнього й молодшого медичного персоналу-1.
- 3.9. Кімнати для відпочинку хворих (холи).
- 3.10. Кількість ліжок та їх профіль затверджується міським відділом охорони здоров'я Львівської міської ради.
- 3.11. Центр стаціонарної допомоги має у своєму складі такі ліжка: терапевтичні – 20, неврологічні – 20; хірургічні – 10; педіатричні (дитячі) – 29 із них 15 працюють у 2 зміни; гінекологічні – 6, а також централізований домашній стаціонар, у складі якого є домашній хоспіс.
- 3.12. Штати ЦСД визначає адміністрація клініки, виходячи з внутрішніх резервів і керуючись нормативними актами, затвердженими МОЗ України.

4. Фінансування

- 4.1. Фінансово-матеріальне забезпечення ЦСД здійснюється за рахунок

бюджету клініки та залучених коштів окремих підприємств і фізичних осіб.

4.2. Всі кошти використовуються на придбання медикаментів, твердого й м'якого інвентаря, медапаратури, заробітну плату медпрацівникам центру.

4.3. Центр стаціонарної допомоги фінансується з розрахунку виділених коштів на мешканця району та кількість ліжко-днів, проведених хворими у стаціонарі.

5. Управління і функціонування

5.1. Робота центру стаціонарної допомоги проводиться згідно з планом та графіками роботи, затвердженими головним лікарем клініки.

5.2. Очолює центр стаціонарної допомоги його завідувач (лікар-терапевт вищої кваліфікаційної категорії), котрий призначається і звільняється головним лікарем клініки.

5.3. Відбір хворих для лікування у ЦСД проводять сімейні лікарі, вузькі спеціалісти клініки разом із завідувачами відповідних структурних підрозділів, лікарі ЦСД разом з його завідувачем, професорсько-викладацький склад кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини Львівського національного університету ім. Данила Галицького.

Сучасний етап реорганізації охорони здоров'я України характеризується як інтенсивним реформуванням ПМСД на засадах сімейної медицини, так і подальшою розбудовою закладів спеціалізованої та високоспеціалізованої (вторинної та третинної) медичної допомоги з метою раціоналізації їх діяльності та ефективності надання таких видів допомоги.

На рівні первинної медико-санітарної допомоги в амбулаторних закладах найпоширенішою формою стаціонарної допомоги хворим є денні стаціонари поліклінік, а також домашні стаціонари. При цьому денні стаціонари (ДС) організуються не тільки в поліклініках, але й в амбулаторіях сімейної медицини (АСМ), медико-санітарних частинах (МСЧ) підприємств і лікарнях у вигляді денного перебування хворих.

4.4.2. Поліпрофільні денні стаціонари клініки родинної медицини. Денний стаціонар клініки (ДСК) – одна із найпоширеніших форм надання стаціонарної допомоги на догоспітальному етапі в закладах охорони здоров'я України. Такі стаціонарні відділення в клініці організовані як моно- чи багатопрофільні для лікування хворих різного віку, де вони можуть лікуватись як в одну, так і в декілька зміш. При цьому на одному розгорнутому ліжку протягом дня може отримати лікувальну допомогу декілька хворих.

Можливості роботи ДСК, навантаження на медичний персонал і механізм управління цим підрозділом поліклініки регламентується наказом МОЗ України «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» від 23.02.2001 №72 та інструктивно-методичними матеріалами для сімейного лікаря [271, с.37-43].

Метою роботи денного стаціонару клініки визначено надання медичної допомоги різним віковим групам хворих, максимально наближеної до такої в лікарні, на догоспітальному етапі за відсутності показань для цілодобового

перебування хворих під медичним спостереженням в умовах лікарні чи при відвідуванні їх від госпіталізації.

Основними завданнями ДСК є своєчасна та якісна діагностична і висококваліфікована лікувально-реабілітаційна допомога хворим різних вікових груп, проведення комплексу профілактичних заходів, що спрямовані на попередження захворювань та їх прогресування, зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення.

Важливими завданнями денного стаціонару клініки є також долікування і медико-соціальна реабілітація хворих, які переводяться з лікарень після відповідного інтенсивного лікування; забезпечення стаціонарною формою допомоги тих хворих, які з різних соціально-побутових причин не можуть бути госпіталізовані або часто і тривало хворіють.

У денному стаціонарі клініки проводиться експертиза тимчасової непрацездатності та видача відповідних експертних документів, що підтверджують тимчасову чи стійку втрату працездатності при направленні хворих на медико-соціальну експертизу.

Одним із важливих завдань денного стаціонару клініки є профілактична робота як серед хворих, що лікуються, так і серед їх родичів; санітарно-гігієнічне навчання, пропаганда принципів здорового способу життя; проведення профілактичних щеплень дітям і дорослим, які схильні до алергійних реакцій; здійснення заходів з вторинної профілактики рецидивів і ускладнень при хронічних захворюваннях.

Щоб виконати такі завдання у ДСК лікарі здійснюють щоденний нагляд за станом здоров'я хворих і контроль ефективності призначеного лікування з внесенням у разі потреби змін до комплексу лікувально-профілактичних заходів, плану додаткових методів обстеження з метою диференціальної діагностики захворювань. Опрацьовуються і реалізуються заходи з медико-соціальної реабілітації хворих з використанням всіх методів відновного лікування і вторинної профілактики, що наявні в клініці.

У денному стаціонарі клініки розгортається пункт для надання екстреної медичної допомоги хворим при невідкладних станах, які виникли під час перебування хворих в клініці, з наступним забезпеченням у разі необхідності їх госпіталізації чи транспортування додому для продовження лікування захворювання, з причини якого розвинувся невідкладний стан.

Важливим заходом при лікуванні хворих у ДСК є дотримання послідовності та наступності щодо обстеження хворих і проведення комплексу лікувально-оздоровчих заходів між сімейними лікарями та лікарями ДСК. З цією метою використовується не лише передача у денний стаціонар поліклініки карти амбулаторного хворого, але й залучаються сімейні лікарі для проведення стаціонарного лікування хворих у денному стаціонарі поліклініки. Денний стаціонар поліклініки налагоджує відповідні зв'язки з лікарями, куди переводяться хворі, ефективність лікування яких у ДСК недостатня або виникають ускладнення перебігу захворювання, що вимагають цілодобового спостереження за хворим чи інтенсивного лікування. Якщо стан хворого не дозволяє щоденно відвідувати клініку для проведення комплексного лікування у ДСК, однак він не потребує

щодобового спостереження і надання лікувальної допомоги у нічний час, такого жорстокого переводять для продовження лікування у домашній стаціонар з децентралізованою чи централізованою формами надання постійної медичної допомоги вдома.

Під час лікування хворих у ДСК використовуються всі можливості діагностичних і лікувально-реабілітаційних підрозділів закладу, а також сили і можливості вузьких спеціалістів консультативного лікувально-діагностичного центру, які працюють у клініці, з метою консультативної допомоги лікарям ДСК, а також проведення консилиуму біля ліжка хворого. Такі заходи дозволяють реалізувати в умовах денного стаціонару не лише кваліфіковану, але й спеціалізовану медичну допомогу. При цьому вузькі фахівці клініки можуть брати активну участь у щоденній реалізації лікувально-профілактичних заходів щодо конкретного хворого.

Особливої ваги набувають лікувально-профілактичні заходи, що реалізуються диспансерним хворим з метою вторинної профілактики захворювань. Робота денного стаціонару клініки у декілька змін дозволяє хворим, які продовжують працювати, отримати комплексне профілактичне лікування без відриву від роботи, що має неабияке значення як для конкретного хворого, так і для роботодавців. Таку ж стаціонарну допомогу можуть отримати у ДСК хворі, які часто і тривало хворіють.

Скерування хворих для лікування у денний стаціонар здійснюють як сімейні лікарі, так і невропатологи, хірурги, офтальмологи, користуючись затвердженим МОЗ України переліком показань до лікування хворих в амбулаторних умовах. Крім цього, у ДСК скеруються хворі після виписки з лікарні чи домашнього стаціонару з метою продовження лікування після проведення різних хірургічних втручань, в тому числі проведення хіміотерапії онкохворим I-II стадій.

До структурних підрозділів денного стаціонару клініки належать палати та кімнати відпочинку хворих, маніпуляційна кімната, ординаторська, палата інтенсивної терапії, кабінети завідувача і старшої медичної сестри. Безпосереднє керівництво ДСК забезпечується його завідувачем – сімейним лікарем чи терапевтом вищої кваліфікаційної категорії. Контроль за лікуванням хворих хірургічного, гінекологічного чи офтальмологічного профілів забезпечують завідувачі відповідних підрозділів клініки.

Показання та протипоказання для скерування хворих у ДСК визначаються стадією і ступенем тяжкості захворювання згідно локальних протоколів медичної допомоги.

Денний стаціонар комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова був заснований у 1985 році одним з перших в Україні з метою забезпечення стаціонарною допомогою на догоспітальному етапі хворих, що не вимагають щодобового медичного спостереження.

Штати і форми роботи денного стаціонару поліклініки затвердженні управлінням охорони здоров'я міської ради Львова згідно кількості дорослого і дитячого населення в районі надання лікувально-профілактичної допомоги клінікою. За формою, обсягом і методами роботи ДСК є багатопрофільним з наданням допомоги хворим у дві зміни.

У денному стаціонарі клініки інтегративної родинної медицини функціонують 85 ліжок, з яких 20 - терапевтичних, 20 - неврологічних, 29 – педіатричних з них працюють у 2 зміни, 10 - хірургічних і 6- гінекологічних.

Відділення денного стаціонару поліклініки для дорослих розміщене окремому крилі клініки, відділення для дітей – в іншому крилі, хірургічне – поруч операційним блоком хірургічного відділення.

Консультативну допомогу лікарям денного стаціонару клініки надають вузькі спеціалісти клініки, а також професорсько-викладацький склад кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, що працює на базі клініки.

Протягом 2003-2007 рр. в ДСК лікувалось 5467 терапевтичних хворих, 3645 (66,3%) з яких становили хворі на захворювання системи кровообігу. Ішемічну хворобу серця (ІХС) зі стабільною стенокардією діагностовано у 2160 (59,3%), а гіпертонічну хворобу (ГХ) I-III стадій – у 1485 (40,1%) хворих кардіологічного профілю. Серед хворих, що лікувались у ДСК протягом 5 років, 76% складали жінки.

4.4.3. Особливості надання стаціонарної допомоги в домашніх умовах

Відомо, що надання медико-санітарної допомоги хворим в домашніх умовах є однією з важливих функцій амбулаторно-поліклінічних закладів. Медична допомога хворим в домашніх умовах у бюджеті часу дільничних терапевтів і сімейних лікарів займає понад 50%. На сучасному етапі широко застосовується позалікарняна стаціонарна допомога хворим в домашніх умовах у вигляді домашніх стаціонарів, які можуть вирішувати завдання розвантаження лікарняних закладів і надання стаціонарної допомоги хворим вдома на рівні, наближеному до госпітальної допомоги. На особливу увагу заслуговують організації і управління стаціонарною допомогою в домашніх умовах у зв'язку з постарінням населення і збільшенням кількості хворих на хронічні захворювання та їх комбінації.

Домашній стаціонар – це форма організації надання постійної кваліфікованої та спеціалізованої лікувально-діагностичної, профілактичної та реабілітаційної медичної допомоги хворим в домашніх умовах переважно силами фахівців клініки СМ.

Від взаємодії денних стаціонарів клініки, домашніх стаціонарів і децентралізованої і централізованої формами надання допомоги хворим вдома, домашніх хоспісів, екстреної та невідкладної допомоги, лікарень, диспансерів, спеціалізованих центрів залежить обсяг і якість стаціонарної медичної допомоги населенню. Важливе значення у цьому процесі має задоволення населення керованою з боку сімейного лікаря стаціонарною допомогою на основі локальних протоколів медичної допомоги, медичних маршрутів пацієнтів і локального формуляра лікарських засобів.

Перші випадки лікування хворих, які потребували госпіталізації, в умовах домашнього стаціонару зафіксовані ще у 1936 році, коли в Києві були організовані домашні стаціонари для лікування 65 хворих, найбільше серед яких було хворих на пневмонію (29 хворих). Як повідомив А.Евдокимов [323] ефективність лікування

хворих в лікарні та вдома була однаковою, а вартість лікування вдома – значно нижчою.

У США і Канаді домашні стаціонари вперше були організовані після другої світової війни і вже в 1958 році у Франції були дуже популярними. Домашній стаціонар компенсував дефіцит ліжок в лікарнях після війни. Однак пізніше, коли виросла потужність поліклінічних закладів, у яких почали застосовувати сучасні лікувально-діагностичні технічні засоби, де працювали висококваліфіковані фахівці, домашні стаціонари стали відігравати важливу роль у догоспітальній стаціонарній допомозі.

Результати лікування хворих в домашніх стаціонарах показали, що при однаковій ефективності лікування вартість його в домашніх умовах була в 2.7 раза меншою. А збереження звичайного домашнього оточення психологічно позитивно впливало на хворих.

За розрахунками лікарів-експертів, кількість хворих, що потребують лікування в домашньому стаціонарі, протягом року становить 26,8 на 1 тис. населення. При цьому лікування в домашньому стаціонарі хронічних хворих, інвалідів та людей похилого віку поліпшує надання допомоги таким хворим, зменшує кількість викликів швидкої медичної допомоги і кількість госпіталізацій.

Найважливішими завданнями домашнього стаціонару є такі:

1. Надання в домашніх умовах кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги, яка раніше надавалась у відділеннях лікарень з цілодобовим перебуванням хворих.

1. Відновлення працездатності працюючих хворих в домашніх умовах.

2. Забезпечення догоспітальної невідкладної медичної допомоги хворим вдома.

3. Проведення заходів з медичної, соціальної та побутової реабілітації хворих в домашніх умовах.

4. Усунення або нівелювання чинників ризику прогресування захворювань та виникнення їх ускладнень, вторинна і третинна профілактика.

5. Здійснення якісного долікування хворих після виписки їх з лікарень.

6. Створення за участю родини хворого відповідних соціально-побутових та психологічних умов для його догляду, лікування і одужання в домашніх умовах.

7. Поглиблене клінічне та лабораторно-інструментальне обстеження тяжких хворих в домашніх умовах для винесення їм експертних заключень, оформлення виписок з історій хвороб, проведення експертизи тимчасової та стійкої непрацездатності.

8. Пропаганда на рівні родини основ здорового способу життя, моральних і етичних принципів відношення до хворої людини, організація навчання родичів хворого щодо забезпечення якісної медичної опіки за ним на час лікування в домашніх умовах.

9. Проведення хіміотерапії онкохворим I-II стадій, парентеральне введення наркотичних речовин при паліативному лікуванні злоякісних новоутворень III-IV стадій.

10. Дотримання послідовності та наступності при обстеженні й лікуванні хворих вдома, упровадження в домашньому стаціонарі сучасних медичних

технологій.

11. Широке використання всіх можливостей структурних підрозділів клініки також можливостей інших лікувально-профілактичних закладів для найповнішого обстеження і лікування хворих вдома.

12. Проведення відповідних протиепідемічних заходів у випадку підозри на виявлення інфекційного захворювання.

13. Щоденне оформлення первинної медичної та обліково-лікарської документації, аналіз ефективності роботи медичного персоналу домашнього стаціонару і якості надання планової та невідкладної допомоги хворим в домашніх умовах.

В охороні здоров'я населення України існують три форми домашнього стаціонару: децентралізована, централізована і змішана. Децентралізований домашній стаціонар (ДДС) – найпоширеніша форма надання стаціонарної допомоги вдома, коли дільничні терапевт, педіатр чи сімейний лікар разом зі своєю медичною сестрою надають стаціонарну допомогу хворим вдома. У поліклініці №2 м. Львова з 1985 року надають допомогу хворим за змішаною формою стаціонарної допомоги вдома, у якій централізований домашній стаціонар (ЦДС) надає допомогу хворим вдома силами спеціального підрозділу, створеного у поліклініці, до якого входять лікарі та медичні сестри. Вони мають спеціалізований автомобіль, обладнаний необхідною діагностичною і лікувальною апаратурою.

Штатними нормативами, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України, передбачено, що в ЦДС один лікар має надати щоденно допомогу 12-14 хворим. Такі централізовані домашні стаціонари на сьогодні працюють у поліклініках №2 і 5 м. Львова.

Типове положення про централізований домашній стаціонар затверджено наказом МОЗ України «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» від 23.02.2001р №72. Цим же наказом введена в дію форма 2/о «Карта денного стаціонару, «стаціонару вдома», яка стала обов'язковим обліковим документом ЦДС.

Назване положення регламентує проведення повноцінного лікування хворих в домашніх умовах, наближеного за рівнем і якістю до шпитальної допомоги, а також створює комплексний механізм управління стаціонарною допомогою хворим на догоспітальному етапі. До цього комплексу включені медикаментозні засоби згідно локального формуляра лікарських засобів, які доступні та показані для лікування хворих в домашніх умовах, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК, фітотерапія, психотерапія, рефлексотерапія, масаж, дієтичне харчування, тощо, відповідно до чинних локальних протоколів медичної допомоги.

Умовами для створення ЦДС є наявність можливостей належного забезпечення хворого діагностичними, лікувальними та профілактичними засобами, побутових умов для організації повноцінного лікування і догляду за хворими. При цьому лікування хворого в домашньому стаціонарі повинно позитивно впливати на стан його здоров'я і не призводити до погіршення патологічного процесу в зв'язку з відсутністю в домашніх умовах цілодобового медичного спостереження.

У ЦДС найчастіше лікуються хворі на гострі захворювання або хронічні хвороби у фазі загострення за відсутності медичних показань щодо цілодобового

лікарського спостереження в умовах лікарні та наявності протипоказань для лікування в умовах домашнього стаціонару; долікуюються хворі на гострі захворювання і хронічні захворювання у фазі загострення або неповної ремісії після виписки з лікарні, в т.ч. в післяопераційному періоді; хворі на хронічні захворювання з метою профілактики рецидивів захворювань і попередження ускладнень.

Хворі поступають у ЦДС за направленнями лікарів амбулаторних лікувально-профілактичних закладів (дільничних терапевтів, педіатрів чи сімейних лікарів або інших спеціалістів), лікарів різних відділень лікарень або денного стаціонару клініки, лікарів відділень медико-соціальної реабілітації клініки [271, с.163-175].

Перелік основних показань та протипоказань для лікування хворих в домашніх стаціонарах опрацьований досить детально [271, с.163-175]. Протипоказаннями для лікування хворих в домашньому стаціонарі можуть виступати як чинники медичного, так і соціального характеру. До перших належать тяжкий перебіг захворювання і потреба в частих введеннях сильнодіючих фармакотерапевтичних препаратів, необхідність повторних хірургічних втручань, можливість ускладнень у разі лікування у ЦДС, неможливість проведення складних діагностичних обстежень в домашніх умовах; протипоказання для транспортування хворого з лікарні в домашні умови за медичними або життєвими показаннями і збереження режиму дієтичного харчування вдома, якого потребує хворий. До протипоказань соціально-побутового характеру відносяться незадовільні житлові та матеріальні умови, неможливість забезпечення належного догляду за хворим вдома, складні психологічні внутрішньосімейні взаємостосунки, які не піддаються корекції.

Організація роботи домашніх стаціонарів терапевтичного профілю зentralізованою формою надання допомоги хворим, визначення мети і завдань відділення ЦДС, його організаційної структури були опрацьовані В.В.Руденем на базі єдиного на той час в Україні centralізованого домашнього стаціонару комунальної 2-ої міської поліклініки Львова [282].

Клініко-статистична характеристика терапевтичних хворих, які лікувались в домашніх стаціонарах з centralізованою формою надання діагностичної та лікувальної допомоги, детально описана в монографії «Домашній стаціонар терапевтичного профілю». У цій же роботі проаналізовано лікувально-діагностичне забезпечення хворих терапевтичного профілю в домашніх умовах, стандарти надання їм медичної допомоги, система оцінки її якості та ефективності. Основною перевагою centralізованої форми лікування хворих в домашніх стаціонарах порівняно з децентралізованою їх формою є надання стаціонарної допомоги хворим у позалікарняних умовах з ширшим використанням діагностичних і лікувальних методів, що дозволяє отримати ліпші показники ефективності результатів лікування в умовах ЦДС.

Названа монографія видана ще у 1995 році. Після її видання відбулися значні зміни в роботі ЦДС поліклінік, що вимагало проведення нових досліджень процесу надання стаціонарної допомоги хворим на догоспітальному етапі, опрацювання сучасних управлінських технологій, створення мотивації щодо підвищення якості та ефективності роботи фахівців клініки, які надають догоспітальну стаціонарну допомогу хворим.

Підрунтям створення мотиваційного механізму управління розвитком стаціонарної допомоги в умовах клініки та вдома, на нашу думку, є такі:

- потреба у наданні стаціонарної допомоги в домашніх умовах буде підвищуватись у зв'язку з демографічною ситуацією та збільшенням частоти населення похилого віку;
- прогресивний розвиток сучасних діагностичних технологій та збільшення асортименту фармакотерапевтичних засобів пролонгованої дії, що дозволить реалізувати в умовах позалікарняних стаціонарних форм надання допомоги більше лікувально-реабілітаційних заходів;
- розвиток страхової медицини також сприятиме ширшому використанню рентабельних форм стаціонарної допомоги в умовах клініки та вдома для лікування хворих і відновлення їх працездатності, що дозволить зробити догоспітальну стаціонарну допомогу привабливішою;
- заклади вторинної та третинної медичної допомоги також можуть сприяти розвитку догоспітальної стаціонарної допомоги, тому що це дозволить їм використовувати кошти, які звільняються у зв'язку зі зменшенням витрат на утримання великого ліжкового фонду, на сучасне лікувально-діагностичне обладнання;
- паліативна допомога невиліковним хворим, поліпшення якості їх життя вимагають також суттєвої стаціонарної допомоги в домашніх умовах по типі домашніх хоспісів.

Особливо зростає актуальність і економічна доцільність розвитку стаціонарної допомоги хворим вдома на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я населення України, в умовах оптимізації діяльності первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та створення центрів ПМСД, на які покладаються завдання раціонального використання бюджетних коштів при частковому або повному фондотриманні.

Наводимо приклади нормативних документів локального значення, які виконують функцію інструментів комплексного механізму державного управління централізованою стаціонарною допомогою хворим вдома.

4.5. Хоспісна допомога хворим у домашньому стаціонарі

Суттєве постаріння населення України з наявністю багатьох захворювань у людей похилого віку, збільшення кількості інкурабельних хворих, більшість з яких бажають померти вдома, орієнтує систему охорони здоров'я на створення механізму управління паліативною допомогою таким хворим саме в домашніх умовах.

Від онкологічних захворювань та інших хвороб, які призводять до невиліковного стану, помирають тисячі людей. Процес умирання людини часто буває тривалим, що вимагає постійної медичної опіки та догляду за такими хворими, значної уваги та участі медичних і соціальних працівників до таких хворих, а також близьких і рідних для них людей, які також зазнають значних страждань. Це призводить до суттєвих душевних і фізичних розладів у хворих та їх рідних.

За даними ВООЗ, у світі діагностується кожний рік шість мільйонів нових випадків захворювань на рак та інші злоякісні новоутвори з різною їх локалізацією. При цьому понад чотири мільйони хворих щорічно помирає. Основну частину хворих на невиліковні форми раку становлять люди похилого віку, у яких значно знижені фізичні та фізіологічні можливості. Це робить проблему невиліковних хворих надзвичайно складною і важливою, яку протягом значного історичного часу вирішують вчені, медичні працівники та звичайні люди.

Тяжкі страждання невиліковних хворих (душевні, психічні, соціальні, правові) призвели до того, що у кінці XIX сторіччя вперше науково була обґрунтована евтаназія та її практичне застосування, яка сприяє навмисному скороченню страждань безнадійного хворого за власним бажанням або на прохання його близьких шляхом реалізації так званої «хорошої/легкої смерті». Однак практичне застосування евтаназії щодо невиліковних хворих, на думку переважно більшості світової спільноти, перечить клятві Гіппократа і суперечить християнській моралі та правовій практиці, що призвело до її осуду в переважній більшості країн.

Відкидаючи будь-яку можливість застосування евтаназії, вчені багатьох країн прийшли до висновку, що паліативна медицина, яка орієнтована на симптоматичну допомогу невиліковним хворим, має створювати основні принципи лікування таких хворих. З часом паліативне лікування невиліковних хворих виділилось в окремий вид терапії, яка спрямована на поліпшення якості життя таких хворих. Паліативна медицина повинна зменшити страждання невиліковних хворих шляхом поборення неприсмних чи обтяжливих симптомів захворювання, що дозволяє зробити життя таких хворих якіснішим.

На сьогодні ВООЗ рекомендує паліативну медицину як активний підхід до невиліковного хворого, при якому важливе значення відводиться контролю за болем та іншими обтяжливими симптомами, а також допомозі при психологічних, соціальних і духовних потребах як самого хворого, так і його рідних.

Основними принципами, на яких ґрунтується паліативна медицина, є твердження про життя і смерть, коли остання трактується як фізіологічний процес. Не прискорення і не віддалення кінця життя, а поліпшення його якості є засадничим принципом паліативної медицини. Паліативна медицина допомагає невиліковним хворим максимально зберегти чи підтримати власний фізичний, емоційний, духовний, професійний і соціальний потенціал організму, знижений прогресуванням хвороби.

Ефективною формою паліативної реабілітації невиліковних хворих мала стати спеціальна організаційна система медико-соціальної допомоги, тому що вони навіть у самих критичних ситуаціях не мали гарантії знеболення. Були організовані спеціальні заклади, у яких смерть хворих сприймається не як невдача медичного персоналу, а як важливе і достойне його завдання. Турбота про душу невиліковного хворого в таких закладах стала здійснюватися за допомогою компетентних професійних дій медиків та іншого персоналу, які співпереживають страждання хворого, а також мають терпіння, бажання і вміння віддавати свій час і сили для поліпшення якості життя такого пацієнта. Тільки в такому випадку забезпечується достойна смерть людини.

Це призвело до визнання світовою медичною громадськістю медичного закладу «Хоспіс» (в перекладі з латини - «гість») у якості альтернативи свтанам часом поняттю хоспіс було дано наукове визначення – притулок для догляду за умираючими хворими. Вперше у світі в Лондоні у 1967 році було відкрито новий за формою надання паліативної допомоги невиліковним хворим медико-соціальний заклад «Хоспіс».

У хоспісах удалось поєднати медичний догляд і соціальну підтримку інкурабельних хворих і членів їх родин, що стало вирішальним принципом їх функціонування.

Результати діяльності хоспісів показують, що 94% інкурабельних хворих спостерігаються вдома у відділенні динамічного спостереження, лише 1,1% - в домашніх стаціонарах і 4,9% - в шпитальних хоспісних відділеннях. Тривалість перебування невилікового хворого у хоспісному відділенні динамічного спостереження становить пересічно 69 днів. У випадку прогресування захворювання і потреби додаткового лікування хворого з відділення динамічного спостереження переводять в домашній стаціонар або шпитальне відділення хоспісу, де проводять активнішу медико-соціальну реабілітацію. Аналіз роботи хоспісної служби показав, що 25% невиліковних хворих можуть отримувати кваліфіковану та якісну паліативну допомогу вдома.

Всесвітня організація охорони здоров'я у 1987 році опрацювала для всіх країн світу рекомендації щодо хоспісної служби. Рекомендовано на 300-400 тисяч дорослого населення організувати лікарняний хоспісний заклад на 25-30 ліжок, куди госпіталізуються невиліковні хворі, яким в домашніх умовах неможливо полегшити болі, а також при неможливості вдома створити відповідні соціально-психологічні умови проживання чи догляду. Умови хоспісного шпиталю повинні бути наближеними до домашніх, де хворим створюються комфортні психологічні умови з індивідуальним підходом до кожного з них. Однак у всіх країнах віддають перевагу домашнім хоспісам.

Науковий і практичний досвід, накопичений у хоспісах багатьох країн, засвідчує, що наслідком психотравмального синдрому, спричиненого болем, є емоційно-психологічні порушення. Вони проявляються постійною душевною тривогою внаслідок самооцінки стану організму, переживання приреченості або відчуттям вини за свій стан. Наслідком саме таких відчуттів є поява авторуйнівних процесів особистості з проявами підсвідомих депресивних переживань або навіть свідомої відмови від життя, що інколи завершується суїцидом.

Найбільш негативними емоціями хворих на невиліковні захворювання та їх рідних є думка про фатальність захворювання, що посилюється більшовими відчуттями та є причиною безпорадності, тривоги, синдрому ізоляції, які вимагають від медичного та іншого персоналу особливих психологічних підходів. Для корекції таких негативних емоцій психотерапевти використовують навіть такі нетрадиційні методи, як лялькову терапію, казкотерапію і терапію дзвонами.

У діяльності хоспісів виокремлені три основних напрямки роботи: медична допомога, що спрямована переважно на подолання болю; психологічна допомога хворому і членам його родини щодо професійного догляду за ним; допомога інкурабельному хворому у вирішенні його соціальних проблем. Це робить процес

формування фахівців, які можуть працювати в хоспісі дуже серйозною справою в умовах обмеженої кількості методик для цього.

Наявний у нас досвід надання хоспісної допомоги хворим вдома підтверджує, що медичний персонал повинен вміти проникнути в душу кожного хворого через розмову про нього, прояв зацікавленості в людині, що має минуле і теперішнє, а також через думку і почуття про «можливе після». Саме підтримання невеличкого хворого шляхом співчуття як через дотик руки лікаря чи медичної сестри, так і частіше висловлювати почуття до нього без слів стає дуже сильним засобом впливу. Медичні працівники хоспісу не повинні обмежуватись часом і робити все, що можна відносно хворого та його рідних сьогодні. Саме таким способом медичні працівники входять до світу хворого та його сім'ї як тимчасові члени родини. У звичайному хоспісі розуміння стану інкурабельного хворого, уважне відношення і виконання його бажань має бути значно кращим, ніж до хворих загального профілю.

Існуючі заклади охорони здоров'я будь-якого профілю організаційно не адаптовані для надання допомоги невеличким хворим не лише з причини обмеженості їх власними лікувально-діагностичними проблемами, але й з причини відсутності необхідних вимог у цих закладах щодо забезпечення догляду і проведення паліативної терапії. Така група хворих є небажаною також і з причини збільшення обсягу роботи та відповідальності медичного персоналу лікарняних і амбулаторних установ за наркотики, які часто застосовуються у паліативному лікуванні.

Онкологічна служба амбулаторних закладів України не може забезпечити належної медичної допомоги, соціальної та психологічної підтримки невеличким хворим на злоякісні новоутворення. Це призводить до перекладання роботи з інкурабельними хворими на дільничних терапевтів чи сімейних лікарів, які й без того перевантажені роботою на дільниці та не навчені роботі з невеличкими хворими. А виклики рідними та близькими швидкої медичної допомоги до інкурабельних хворих в термінальній стадії переобтяжують її діяльність.

Все викладене вище, а також наявність у м. Львові лише одного госпітального відділення для інкурабельних хворих на 25 ліжок призводить до необхідності відкрити спеціальний підрозділ домашнього хоспісу при централізованому домашньому стаціонарі із забезпеченням його не лише кваліфікованими медичними працівниками, але й можливістю надання психологічної допомоги інкурабельним хворим та їх рідним, соціальної та харитативної підтримки їх у складній ситуації термінального періоду життя людини.

Відкриття домашнього хоспісу в комунальній 5-й міській поліклініці м. Львова вимагало вивчення питання про кількість інкурабельних хворих, які мешкають на приписній території клініки, що надає первинну медико-санітарну допомогу 85,6 тисячам населення різних вікових груп силами 59 сімейних лікарів.

Під час вивчення питання про кількість інкурабельних хворих були враховані онкологічні хворі IV клінічної стадії; хворі, які перенесли мозговий інсульт з тяжкими наслідками (гемі- і параплегії); кардіологічні хворі на хронічну недостатність кровообігу III стадії; хворі, які перенесли перелом хребта з розривом спинного мозку; хворі на хронічну ниркову недостатність III ступеня тощо. Таких

хворих на приписній до поліклініки території Залізничного району м. Львова мешкає 110-130 чоловік.

Отже, увесь комплекс діагностичної, профілактичної і лікувально-реабілітаційної роботи, а також навчальна і науково-дослідницька робота, що проводяться в комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова, дозволяють зробити висновок, що такий заклад відповідає енциклопедичному визначенню клініки інтегративної сімейної (родинної) медицини.

Родинні лікарі, які працюють у цьому закладі охорони здоров'я, є справжніми інтеграторами всіх видів медичної допомоги, що надається на вторинному і третинному її рівнях, для вирішення проблем пацієнта та його родини.

РОЗДІЛ 5

ЯКІСТЬ І ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В
КЛІНІЦІ ІНТЕГРАТИВНОЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

За останні десятиріччя у світовій медико-соціальній практиці створились умови, за яких найефективніше ПМСД можуть надавати сімейні лікарі, які, використовуючи знання і практичні навички з різних медичних дисциплін, істотно підвищують якість медичної допомоги (ЯМД) окремим людям і територіальним громадам. Вони надають інтегративну, доступну, керовану і висококваліфіковану медичну допомогу, уважно з'ясовуючи все, що турбує пацієнта, з розрахунком на тривалі відносини та взаємну довіру, взаємну повагу і відповідальність. При цьому громада і територіальна громада виступають в якості важливих співучасників керування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я конкретного пацієнта і територіальної громади. Акцент в роботі сімейного лікаря на спільності професійних інтересів лікаря і пацієнта включає відповідальність лікаря перед кожним суб'єктом і територіальною громадою за свої фахові дії. А громада, своєю чергою, сприяє ефективному виконанню професійних обов'язків сімейного лікаря [119, с.222].

Проведене нами дослідження дозволяє стверджувати, що реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на регіональному рівні є важливою складовою механізмів державного управління якістю медичної допомоги щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп і відновлення здоров'я хворих. Розвиток сімейної медицини в Україні сприяє не лише поліпшенню якості ПМСД, що має важливе медичне і соціальне значення, але й всієї системи охорони здоров'я, зменшуючи економічні витрати населення та держави на створення і утримання значних матеріально-технічних і кадрових ресурсів.

Існує декілька визначень поняття якості медичної допомоги. Так, за визначенням ВООЗ, якість – це належне проведення (згідно зі стандартами) всіх заходів, які є безпечними, прийнятними з точки зору коштів, що витрачаються в даному суспільстві та впливають на смертність, захворюваність, інвалідність [356, с. 56]. Інститут Медицини США визначає якість медичної допомоги як ступінь, до якого медичне обслуговування людини і суспільства збільшує вірогідність бажаних наслідків захворювань завдяки сучасним медичним знанням [297, с. 350], а вчені Російського науково-виробничого об'єднання “Медсоцекономінформ” визначають якість медичної допомоги як сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої допомоги потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології [191, с. 159].

Складність і багатогранність проблеми ЯМД в клініці інтегративної СМ створює труднощі у процесі управління нею. Однак програми безперервного підвищення якості медичної допомоги рекомендуються ВООЗ для запровадження на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Запровадження таких програм дозволяє сніставляти кінцеві результати, які можуть бути досягнуті в аналогічних закладах

чи підрозділах первинної медико-санітарної допомоги, що працюють на засадах сімейної медицини. А це дозволяє поширювати приклади найкращих візирів управлінської діяльності в інших закладах, мотивувати інших фахівців до використання досвіду лідерів.

Головним завданням поліпшення якості надання первинної медико-санітарної допомоги в клініці інтегративної СМ є зміни професійної практики сімейних лікарів у зв'язку з потребами територіальних громад. Слід враховувати, що немає єдиного методу запровадження змін щодо надання первинної медико-санітарної допомоги. Тому завдання стоїть у обранні такої стратегії державного управління, яка відповідає потребам територіальних громад і завданням, визначеним державною політикою у системі охорони здоров'я.

5.1. Методи державного управління якістю первинної медичної допомоги в клініці інтегративної родинної медицини

Проблема забезпечення безперервного підвищення якості первинної медико-санітарної допомоги на засадах СМ – це проблема комплексна. Її можна успішно вирішувати лише на основі системного підходу з визначенням таких шляхів реалізації:

- створення організаційної структури і комплексних планів управління якістю медичної допомоги і забезпечення його прозорості на основі взаємодії з громадськістю і зворотного зв'язку зі споживачами медичної допомоги;
- запровадження локальних протоколів надання медичної допомоги при найпоширеніших захворюваннях і формулярної системи фармакотерапії на основі міжнародних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів і формулярів, у яких використані принципи доказової медицини;
- реалізація заходів з безперервного професійного розвитку фахівців сімейної медицини щодо лікувально-профілактичної роботи та управління ЯМД;
- розробка і запровадження індикаторів якості роботи закладів, підрозділів і фахівців СМ;
- проведення моніторингу ЯМД і задоволення населення територіальної громади первинною медико-санітарною допомогою;
- ефективне використання зовнішнього (позавідомчого) і внутрішнього (клінічного) професійного аудиту, що сприятиме підвищенню ЯМД [129, с.223].

У комплексному механізмі державного управління поліпшенням якості первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини слід звернути особливу увагу на такі методи, як керованість медичної допомоги кожному пацієнтові з боку сімейного лікаря, профілактична спрямованість медико-санітарних заходів, стандартизація та доказовість медичних втручань.

У правовому механізмі державного управління метод керованості медичної допомоги з боку сімейного лікаря вперше чітко сформульований у постанові Кабінету Міністрів України “Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я” від 17.02.2010 р. № 208. В “Основних концептуальних напрямках реформування системи охорони здоров'я”, затверджених названою постановою,

визначається гарантований обсяг медичної допомоги громадянам, що передбачає надання державними і комунальними закладами охорони здоров'я планової спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги за відповідним направленням сімейного лікаря згідно з укладеними договорами про закупівлю медичних послуг [70, с. 71].

З початку впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у комунальній 5-й міській клінічній поліклініці м. Львова було відомо, що сучасний сімейний лікар не зможе надавати самостійно медичну допомогу в усіх випадках первинних звернень громадян. Первинна медико-санітарна допомога повинна доповнюватися спеціалізованою та високоспеціалізованою медичною допомогою. Тому в сучасних умовах інтегративна роль сімейних лікарів потребує чіткого визначення місця та повноважень фахівців сімейної медицини при взаємодії з вузькими спеціалістами на догоспітальному етапі.

Принцип "воротаря" або керованої медичної допомоги створює умови для отримання необхідної пацієнтові медичної допомоги через свого сімейного лікаря. Лише за його направленням переважна більшість хворих потрапляють на консультацію до відповідних спеціалістів амбулаторно-поліклінічного закладу або лікарні. Самостійно, без направлення сімейного лікаря хворі звертаються до вузьких спеціалістів клініки лише у випадках невідкладних станів при необхідності екстренної медичної допомоги.

Хворі та вагітні жінки звертаються безпосередньо до акушерів-гінекологів жіночої консультації, що входить до консультативного лікувально-діагностичного центру клініки. У випадках підозріння або наявності захворювання, що передається статевим шляхом, хворий звертається безпосередньо до дерматовенеролога міського шкірновенерологічного диспансеру, який працює у клініці інтегративної родинної медицини.

Сімейні лікарі центру ПМД виконують функції провідника пацієнтам у складній та багаторівневій системі лікувально-діагностичної допомоги. Вони спроможні обирати найбільш кваліфікованих фахівців, у тому числі і тих, хто працює у лікарнях, для надання спеціалізованої діагностичної або лікувально-реабілітаційної допомоги своїм пацієнтам.

Виконання фахівцями сімейної медицини функції "воротаря" сприяє інтеграції первинної медико-санітарної допомоги з іншими рівнями медичної допомоги і є найважливішою складовою керованості медичної допомоги, що сприяє її наданню на тому рівні і тим спеціалістом, де вона може бути надана найякісніше. Система направлень хворих сімейним лікарем до певного спеціаліста позбавляє конкретного хворого від складного рішення про вибір потрібного спеціаліста при конкретній проблемі зі здоров'ям, захищає його від зайвих, а інколи й непотрібних консультацій спеціалістів [194, с. 53-57].

Медичний маршрут пацієнта є обов'язковою складовою локального протоколу медичної допомоги (ЛПМД) при конкретному захворюванні. Такі протоколи запроваджено у 5-й КМКП та в інших закладах первинної медико-санітарної допомоги Львівщини, які працюють на засадах сімейної медицини. Медичний маршрут хворого визначає не лише заклади, але й конкретних фахівців, до яких екстеруються хворий на певне захворювання з метою уточнення діагнозу чи

опрацювання комплексу лікувально-реабілітаційних заходів. Локальні протоколи медичної допомоги при захворюваннях, що найчастіше зустрічаються у практиці сімейних лікарів, тиражовані у необхідній кількості для забезпечення кожного робочого місця сімейних лікарів центру ПМСД. Дотримання вимог ЛПМД у медичних маршрутах хворих враховується як індикатор якості медичної допомоги в колективі відділення сімейної медицини чи центру первинної медико-санітарної допомоги, що має неабияке значення в мотиваційному механізмі державного управління якістю медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Принцип керованості медичної допомоги хворим з боку сімейних лікарів центру первинної медико-санітарної допомоги клініки сприяє також формуванню конкурентного середовища серед спеціалістів вузьких профілів, які надають спеціалізовану медичну допомогу хворим в умовах клініки, вивільняючи з центру консультативної лікувально-діагностичної допомоги найменш кваліфікованих лікарів, що сприяє необхідності постійного підвищення їх кваліфікації шляхом безперервного професійного розвитку.

Ефективність керованої медичної допомоги з боку сімейних лікарів у закладі первинної медико-санітарної допомоги призводить до постійного збільшення частки проблем хворих людей, що вирішуються на рівні центру ПМСД. А кількість хворих, які передаються для лікування вузьким спеціалістам і направляються на лікування в лікарні поступово зменшується. Якісна стаціонарна допомога багатьом хворим, що раніше госпіталізувалися, надається в денних стаціонарах клініки або в домашніх стаціонарах з децентралізованою чи централізованою формами допомоги хворим удома. Складне, специфічне і часто дорогівартісне надання медичної допомоги хворим в умовах лікарень використовується лише у тих випадках, коли необхідні спеціальні технології та обладнання. Такі технології та обладнання вивільняються для надання шпитальної допомоги тим хворим, які їх потребують.

Отже, запровадження керованої медичної допомоги у клініці інтегративної СМ сприяє поліпшенню якості медичної допомоги шляхом:

- 1) забезпечення безперервності та наступності у процесі діагностики, лікування і реабілітації хворих на всіх рівнях лікувально-профілактичної допомоги внаслідок визначення найраціональніших медичних маршрутів пацієнтів, що створюють умови для отримання найефективнішої допомоги хворому саме у тому закладі і у того спеціаліста, де вона такою і може бути;
- 2) зниження частки госпіталізацій хворих, що сприяє оптимізації використання денних і домашніх стаціонарів для лікування хворих, які не вимагають цілодобового медичного спостереження і введення сильнодійних чи наркотичних фармакотерапевтичних засобів у нічний час;
- 3) скорочення навантаження на центри спеціалізованої та екстренної медичної допомоги (у тому числі й зменшення виїздів бригад швидкої медичної допомоги до хронічних хворих);
- 4) зниження ймовірності для пацієнта піддатися неадекватному медичному втручанню з боку вузьких спеціалістів, розвитку ятрогенних захворювань; отримання медичної допомоги відповідної якості при меншій затраті матеріальних ресурсів;

5) надання планової медичної допомоги на первинному рівні та створення умов для перегрупування матеріальних і кадрових ресурсів з вторинного рівня на первинний в межах виділених бюджетних коштів;

6) формування партнерських стосунків між фахівцями сімейної медицини, пацієнтами, їх родинами та громадськими організаціями територіальних громад, які можуть суттєво впливати на формування, збереження і зміцнення як громадського здоров'я загалом, так й індивідуального, зокрема;

7) формування відповідальності пацієнта та його родини за стан індивідуального здоров'я і здоров'я родини, його відновлення у випадку захворювання;

8) створення умов для конкуренції вузьких спеціалістів щодо надання спеціалізованої медичної допомоги в клініці інтегративної СМ.

На стан здоров'я сучасної людини впливають різні біологічні та соціальні чинники. Однак, найбільший вплив на формування, збереження і зміцнення здоров'я здорової людини мають такі соціальні чинники, як навколишнє середовище і спосіб життя кожної людини [105, с. 233; 106, с. 127].

Інструменти управління здоровим способом життя для людини залежать від її віку, статі, професії та характеру праці, місця проживання людини, природних умов тощо. Тому комплекс методів та інструментів щодо управління здоровим способом життя потрібно активно формувати та дотримуватись, пристосовуючи їх до конкретних умов навколишнього середовища, що динамічно змінюється.

Подальший розвиток та удосконалення управління превентивною медициною у клініці інтегративної СМ значною мірою залежить від успішності проведення диспансеризації, що виступає інструментом методу управління профілактичною спрямованістю в роботі сімейного лікаря організаційного механізму державного управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах родинної медицини [94, с. 164].

Враховуючи те, що у вітчизняній СОЗ передбачено запровадження обов'язкового державного медичного страхування, управління якістю медичної допомоги через такий інструмент управління, яким є диспансеризація, сприятиме постійному підвищенню якості первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Профілактичні заходи щодо найпоширеніших захворювань сучасного суспільства спрямовуються правовим механізмом державного управління за участю центральних органів законодавчої та виконавчої влади, політичних партій та громадських організацій, що передбачає розширення наукових досліджень, спрямованих на попередження і зниження захворюваності; формування, збереження та зміцнення громадського здоров'я [62, с. 148; 139].

Діяльність клініки інтегративної родинної медицини у процесі реалізації диспансерного методу надання медичної допомоги територіальним громадам носить комплексний характер. При цьому на локальному рівні використовуються політичний, організаційний, мотиваційний, правовий та економічний механізми державного управління щодо попередження і раннього виявлення найпоширеніших захворювань, первинної та вторинної профілактики захворювань; динамічного

спостереження за станом здоров'я мешканців територіальної громади з метою зниження захворюваності, інвалідизації та смертності населення.

Диспансеризація як інструмент профілактичного методу організаційного механізму державного управління охороною здоров'я територіальної громади дозволяє виконувати певні технологічні дії, що сприяють первинній та вторинній профілактиці захворювання [139].

До технологічних дій медичних працівників у процесі диспансеризації входить профілактичний огляд населення з проведенням визначеного обсягу лабораторних та інструментальних обстежень, виявлення осіб з факторами ризику, що спричиняють виникнення та розвиток захворювань; раннє виявлення захворювань; розробка та реалізація комплексу необхідних медичних і соціальних заходів щодо первинної та вторинної профілактики захворювань; динамічне спостереження за станом громадського здоров'я.

Прикладом моделі управління якістю профілактичної допомоги щодо профілактики гіпертонічної хвороби серед прикріпленого до поліклініки сімейної медицини населення може слугувати локальна цільова програма "Родинна керована профілактика гіпертонічної хвороби", опрацьована фахівцями комунального закладу міської клінічної поліклініки м. Львова (клініки інтегративної сімейної медицини).

Гіпертонічна хвороба (ГХ) або есенціальна гіпертензія як її називають є однією з багатьох країн – найпоширеніша форма артеріальної гіпертензії, за наявності якої виникає стійке підвищення артеріального тиску понад 140/90 мм рт. ст. Поширеність ГХ серед дорослого населення України становить біля 31 %. У 1/3 хворих на гіпертонічну хворобу її діагностують у пізній, другій стадії, коли вже є зміни з боку органів, які найчастіше уражуються при ГХ. Найчастішими ускладненнями гіпертонічної хвороби є ішемічна хвороба серця зі стенокардією, гострий інфаркт міокарда і серцева недостатність, тромбоемболічні атаки, інсульт, ураження судин нирок, очного дна і периферичних судин. З метою первинної та вторинної профілактики гіпертонічної хвороби опрацьована локальна цільова програма "Родинна керована профілактика гіпертонічної хвороби" (далі – Програма).

Своєчасне розпізнавання гіпертонічної хвороби дозволяє знизити розвиток інфаркту міокарда і летальності від ішемічної хвороби серця на 16 %, від інсультів – на 40 %, ризик серцевої недостатності – на 50 %. Ефективність цих заходів найбільша у хворих на ГХ на ранній стадії, коли вони найменше знайомі із захворюванням і часто (у 35 %) не підозрюють у себе артеріальної гіпертензії. Лише 15 % з них лікуються адекватно.

Раннє діагностування та адекватне лікування гіпертонічної хвороби, за даними Національного інституту серця, легенів і крові США, дозволяють зменшити ураження коронарних судин на 25 %, а частоту серцевих нападів – на 50 %.

Реформування системи охорони здоров'я населення України останнім часом відбувалося на основі Закону України "Про затвердження Загальнодержавної програми реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року", затвердженого Верховною Радою України 22.01.2010 р. № 1841-VI [247, с. 57-68]. Названим законом передбачено значне поліпшення якості медичної допомоги. Основними принципами роботи фахівців

сімейної медицини визначені керованість медичною допомогою територіальній громаді, її профілактична спрямованість, стандартизація і доказовість лікувально-профілактичних заходів із залученням до цього процесу родин мешканців сімейно-територіальних дільниць.

Метою Програми є раціональна організація виявлення чинників ризику гіпертонічної хвороби, що сприяє зменшенню захворюваності на це захворювання, а також діагностика захворювання і профілактичне лікування хворих під керівництвом фахівців сімейної медицини за активної участі у цьому процесі родин. Це зможе своєчасно виявляти поширення цього захворювання серед приписного до поліклініки населення, знижує кількість ускладнень ГХ, інвалідизацію і смертність хворих на гіпертонічну хворобу завдяки своєчасним і ефективним профілактичним та лікувальним заходам.

Проблема недостатньої ефективності роботи закладів ПМСД, які працюють на базі сімейної медицини, щодо профілактики гіпертонічної хвороби пов'язана з порівняно доступністю профілактичної допомоги різним групам населення, яке має високі ризики і ранні стадії перебігу захворювання та недостатньою увагою значної частини людей до стану свого здоров'я. Ці питання можуть бути значною мірою вирішені шляхом формування нової моделі відношення фахівців сімейної медицини до осіб, які мають ендогенні та екзогенні чинники ризику щодо гіпертонічної хвороби, а також асимптомний перебіг цього захворювання на початковій I стадії.

З метою опрацювання сучасної моделі управління здоров'ям населення міського району м. Львова і профілактикою гіпертонічної хвороби науково-інноваційна рада при головному лікарі клініки разом з кафедрою поліклінічної справи і сімейної медицини ЛНМУ імені Данила Галицького і центром первинної медико-санітарної допомоги опрацювали локальну цільову програму медико-соціальних заходів. Останні повинні реалізуватись всіма фахівцями клініки інтегративної СМ за безпосереднього керівництва цим процесом центру ПМСД та консультативної допомоги професорсько-викладацького складу кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини та кардіологів клініки.

На основі локальної цільової програми "Родинна керована профілактика гіпертонічної хвороби" та додатку 1 до неї відділення і амбулаторії сімейної медицини центру первинної медико-санітарної допомоги клініки, а також всі сімейні лікарі опрацювали свої плани дій на 2011-2015 роки щодо зміцнення громадського здоров'я мешканців територіальних громад, прикріплених до кожного підрозділу центру ПМСД з визначенням ролі кожного сімейного лікаря і медичної сестри загальної практики – сімейної медицини у процесі виконання комплексу заходів щодо профілактики гіпертонічної хвороби в територіальній громаді мешканців конкретних сімейно-територіальних дільниць. До цієї роботи активно залучені родини, громадські організації, санітарний актив і навчальні заклади, що знаходяться на прикріпленій до клініки СМ території.

За допомогою реєстру здоров'я мешканців кожної сімейно-територіальної дільниці та поширеності гіпертонічної хвороби серед різних контингентів населення сімейний лікар разом з медичною сестрою опрацювали лікувально-профілактичний комплекс для кожної конкретної людини, яка страждає на гіпертонічну хворобу або

має 4 і більше чинників ризику її виникнення (2 ендегенних і 2 екзогенних) на основі “Локального протоколу надання медичної допомоги хворим на гіпертонічну хворобу (есенціальну артеріальну гіпертензію) I – III стадій” (Львів, 2010) “Локального формуляра лікарських засобів” (Львів, 2010) і “Регіонального формуляра лікарських засобів для закладів первинної медичної допомоги” [267]

При цьому медичні сестри загальної практики-сімейної медицини здійснюють облік та реєстрацію хворих на гіпертонічну хворобу і осіб з чотирма і більше чинниками ризику гіпертонічної хвороби; проводять серед мешканців сімейно-територіальних дільниць роз'яснювальну роботу щодо профілактики гіпертонічної хвороби; за дорученням сімейного лікаря обстежують пацієнтів з визначенням антропометричних даних, вимірюванням артеріального тиску і визначенням частоти пульсу; забезпечують своєчасний огляд хворих на гіпертонічну хворобу сімейним лікарем і лікарями-кардіологами, невропатологами, окулістами, виконання комплексу лікувально-оздоровчих заходів кожним пацієнтом. При цьому використовується мотиваційний механізм державного управління профілактикою ГХ у конкретного пацієнта.

Артеріальний тиск і частота пульсу визначаються у всіх осіб понад 18 років з тиском менше 130/85 мм рт. ст. 1 раз на 2 роки; 130-139/85-89 мм рт. ст. – 1 раз на рік; 140-159/90-99 мм рт. ст. – 1 раз на 2 місяці; вище 160/100 – за необхідністю, однак не рідше 1 разу на 1 місяць. Ці показники повинні визначати лікарі всіх спеціальностей 5-ої КМКП під час звернення пацієнта в поліклініку і фіксувати їх в амбулаторній карті разом із записом про огляд хворого. При цьому кожний хворий на ГХ може контролювати АТ самостійно, вимірюючи його щоденно і записуючи на окремій картці з відміткою про дату та годину вимірювання. Таке моніторування особливо важливе при призначенні гіпотензивних засобів різної дієвості. На основі цього можуть вноситися сімейним лікарем корективи щодо застосування фармакотерапевтичних засобів.

Фахівці сімейної медицини попередньо навчають кожного хворого на гіпертонічну хворобу або членів його родини правильно вимірювати АТ з використанням для цього механічних або електронних апаратів.

Виконання Програми забезпечило:

- поліпшення якості надання медичної допомоги фахівцями сімейної медицини 5-ої КМКП м. Львова за рахунок використання мотиваційного механізму державного управління профілактикою ГХ, регулярного спостереження за рівнем артеріального тиску та іншими ознаками ГХ як у здорових людей, так і у хворих на гіпертонічну хворобу, що дало змогу виявляти захворювання на ранній (першій) стадії, коли адекватне лікування суттєво зменшує ризик прогресування захворювання та виникнення таких його ускладнень як ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарда та інсульт;
- зниження показників тимчасової непрацездатності серед працюючих хворих на гіпертонічну хворобу;
- зменшення первинного виходу на інвалідність з причини гіпертонічної хвороби та її ускладнень;
- виявлення гіпертонічної хвороби на ранній стадії та поліпшення якості профілактичного лікування таких хворих;

- попередження тяжких ускладнень ГХ (гострий інфаркт міокарда, геморагічний та ішемічний інсульт);
- поліпшення якості життя хворих на гіпертонічну хворобу II-III стадії;
- зменшення показників смертності населення з причини захворювань системи кровообігу.

Протягом п'яти років виконання локальної цільової програми з профілактики гіпертонічної хвороби та її ускладнень досягнуто таких результатів (табл. 5.1).

Фінансування Програми здійснювалося за рахунок коштів міського бюджету, що виділялися на фінансування комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки, добровісних внесків і спонсорської допомоги окремим юридичним і фізичним особам, які бажали взяти участь у виконанні Програми.

У реалізації Програми важливу роль відіграли фахівці сімейної медицини центру ПМСД, які на основі Закону України "Про затвердження Загальнодержавної програми з розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року", прийнятого Верховною Радою України 22.01.2010 року № 1841-VI, реалізували положення цієї Програми.

Відповідальний виконавець цієї Програми – завідувач центру ПМСД 5-ої поліклініки м. Львова – до 20 січня наступного за звітним року подавав до адміністрації поліклініки звіти про стан виконання Програми за встановленою формою.

У сфері сучасної охорони здоров'я одночасно співіснують два важливих для загальної справи напрямки діяльності медичних фахівців. Це медична допомога, яка ґрунтується на патофізіологічних механізмах розвитку захворювань з використанням етіотропної, патогенетичної та саногенетичної терапії, та медична опіка, що переважно стосується біологічних, психологічних, соціальних і емоційних відповідей хворого на патологічний процес або дії медичних працівників з превентивною метою. Медична опіка першочергово стосується турботи про індивідуальні особливості кожної людини та їх прояви у процесі обмеження свободи поведінки хворої особи під час захворювання. Тому медична опіка чи догляд за хворим складають основу турботи про хвору людину з боку медичних працівників упродовж усього періоду хвороби для блага пацієнта [323, с.241-245].

У комплексному механізмі управління здоров'ям як здорової людини, так і хворого не завжди можна відрізнити професійні дії медичних працівників, що відносяться до власне медичної допомоги, без яких хворий не зможе одужати або одужання буде неповним, та медичної (фармацевтичної) опіки. Поряд з лікарем завжди працює медична сестра, основним завданням якої є опіка за хворим або медичний догляд за пацієнтом. На різних етапах надання медичної допомоги можуть виникнути непередбачені обставини. Сестринська опіка, що є багатогранною і багаторівневою, дозволяє уникнути або попередити негативні наслідки неадекватного режиму поведінки хворого чи окремих лікувальних процедур, які негативно впливають на якість життя пацієнта.

Показники захворюваності на хвороби системи кровообігу серед дорослого населення зони обслуговування 5-ої КМКП м. Львова протягом 2011-2015 років

| Рік | Кількість дорослого населення в т.ч. працездатного віку | Загальна захворюваність | | в т.ч. осіб працездатного віку | | Смертність дорослого населення | | в т.ч. осіб працездатного віку | |
|-----------------------------------|---|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| | | абс. число | показник на 1000 нас. | абс. число | показник на 1000 нас. | абс. число | показник на 1000 нас. | абс. число | показник на 1000 нас. |
| Хвороби системи кровообігу | | | | | | | | | |
| 2011 | 69800 52010 | 3417 | 48,95 | 1100 | 21,15 | 550 | 7,88 | 24 | 0,46 |
| 2012 | 70821 52010 | 3134 | 44,25 | 1198 | 23,03 | 548 | 7,74 | 22 | 0,42 |
| 2013 | 70821 52010 | 3166 | 44,70 | 1206 | 23,19 | 550 | 7,77 | 20 | 0,38 |
| 2014 | 70821 52010 | 2485 | 35,09 | 879 | 16,90 | 534 | 7,54 | 22 | 0,42 |
| 2015 | 70821 52010 | 2325 | 32,33 | 670 | 12,90 | 532 | 7,51 | 24 | 0,46 |
| Гіпертонічна хвороба | | | | | | | | | |
| 2011 | 69800 52010 | 1866 | 26,73 | 708 | 13,61 | | | | |
| 2012 | 70821 52010 | 1904 | 26,89 | 867 | 6,67 | | | | |
| 2013 | 70821 52010 | 2070 | 29,23 | 913 | 17,55 | | | | |
| 2014 | 70821 52010 | 1502 | 21,21 | 654 | 12,57 | | | | |
| 2015 | 70821 52010 | 1288 | 17,90 | 479 | 9,21 | | | | |
| Інфаркт міокарда | | | | | | | | | |
| 2011 | 69800 52010 | 128 | 1,83 | 30 | 0,58 | 15 | 0,21 | 2 | 0,038 |
| 2012 | 70821 52010 | 122 | 1,72 | 41 | 0,79 | 15 | 0,22 | 2 | 0,038 |
| 2013 | 70821 52010 | 114 | 1,61 | 34 | 0,65 | 17 | 0,24 | 3 | 0,058 |
| 2014 | 70821 52010 | 88 | 1,24 | 23 | 0,44 | 19 | 0,27 | 3 | 0,058 |
| 2015 | 70821 52010 | 80 | 1,13 | 20 | 0,38 | 19 | 0,27 | 3 | 0,058 |

Методологія медичної опіки визначається об'єктами спрямування та рівнем надання медичної допомоги. Найважливіший акцент медичної опіки у сімейній медицині спрямований на пацієнта, який є у центрі уваги не лише лікаря, але й медичної сестри та родини хворого [323, с. 241-247].

Знаючи стан здоров'я не лише окремої особи, але й її генетичної родини, медичні сестри загальної практики – сімейної медицини, які є професійними партнерами сімейних лікарів, можуть компетентно, якісно і ефективно впливати через родину, як найближче біологічне і мікросоціальне оточення людини, не лише на її індивідуальне, але й на громадське здоров'я територіальної громади.

Профілактична спрямованість в роботі фахівців СМ – один із важливих завдань державного управління якістю первинної медичної допомоги. Сімейний принцип надання медичних послуг дозволяє громадським медичним сестрам ЗП-СМ сконцентрувати увагу на здоров'ї дітей та підлітків з обтяженою спадковістю щодо перемик захворювань та інших ендегенних і екзогенних чинниках ризику й за активної участі родин реалізувати заходи з первинної профілактики захворювань в територіальних громадах, сприяючи зміцненню громадського здоров'я.

На первинну медичну допомогу в Україні, що надається на засадах родинної медицини, покладається вирішення таких завдань:

- діагностика та лікування хворих на найбільш поширені захворювання, в т.ч. і не терапевтичного профілю;
- цільове направлення хворих у спеціалізовані та високоспеціалізовані ЗОЗ для одержання медичних послуг, що виходять за межі ПМД;
- доліковування хворих, їх медико-соціальна реабілітація після лікування на вторинному і третинному рівнях медичної допомоги;
- проведення комплексу профілактичних заходів, спрямованих на формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп;
- диспансеризація хворих і здорових людей з орієнтацією на ранню донозологічну (синдромну) діагностику, а також медико-соціальну профілактику;
- надання невідкладної медичної допомоги.

Громадське медсестринство відіграє важливу роль у виконанні всіх перерахованих завдань щодо якісної медичної допомоги у закладах ПМД.

На сучасному етапі все більше уваги приділяється фармацевтичній опіці хворих з огляду на значне збільшення кількості фармацевтичних засобів та їх використанням у лікуванні найпоширеніших недуг, стандартизації та доказовості фармакотерапії, використанням у процесі лікування принципів фармакоеконіміки. При цьому методологія пацієнторієнтованої фармацевтичної опіки стає елементом фармацевтичної допомоги, яка відповідно до медико-соціальних потреб суспільства і сучасних вимог до діяльності фахівців фармацевтичного профілю має важливе значення для підвищення якості медичної допомоги в Україні та реалізації політичного механізму державного управління раціональним застосуванням ліків на основі формулярної системи лікарських засобів.

Кінцевою метою фармацевтичної опіки є поліпшення якості життя пацієнтів як упродовж, так і після фармакотерапії, а отже їх задоволення рівнем та обсягом медичної допомоги, її якістю та ефективністю на основі фармакоеконіміки.

Фармацевтична опіка є також однією з технологій охорони здоров'я, важливим і необхідним елементом сфери лікувально-профілактичної допомоги, тому вона має поєднуватися з іншими складовими системи охорони здоров'я. Йдеться про колективну відповідальність усіх фахівців, професійна діяльність яких стосується конкретного хворого чи здорової людини. Завжди першочерговими мають бути потреби пацієнта. Усі медичні працівники, які надають медичну допомогу хворому, повинні прикласти максимум зусиль для його опіки, не сприятиме поліпшенню здоров'я і якості його життя.

У процесі реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та її розвитку суттєво підвищується роль не лише фармацевтичної, а й медичної опіки пацієнтів сімейного лікаря. Головною партнером і помічником лікаря у цьому процесі стає медична сестра загальної практики – сімейної медицини.

До недавнього минулого роль медичної сестри у лікувально-діагностичному процесі зводилася до технічного виконання окремих медичних процедур, призначених хворому лікарем. Однак, у зв'язку з запровадженням сімейної медицини у практику первинної медико-санітарної допомоги роль медичної сестри загальної практики – сімейної медицини суттєво змінюється. Особливо це стосується медичної опіки пацієнтів, спрямованої на первинну і вторинну профілактику найпоширеніших захворювань (превентивна медицина), а також на формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп (медична валеологія). Головним помічником і партнером сімейного лікаря стає медична сестра ЗПСМ, яка на принципах громадського медсестринства активно проводить санітарно-освітню роботу на сімейно-територіальній дільниці серед мешканців територіальної громади щодо профілактики найпоширеніших хвороб і травм, раціонального і лікувально-профілактичного харчування, режиму праці та відпочинку, шкідливості наркоманії та тютюнопаління, зловживання алкоголем і пропагує та запроваджує принципи здорового способу життя.

Метою дослідження є вивчення медичних і соціальних компонентів комплексного механізму державного управління якістю медичної допомоги у клініці інтегративної родинної медицини з використанням медичної опіки як методології професійної діяльності медичних сестер ЗПСМ у процесі реалізації принципів превентивної медицини та медичної валеології, що становлять основу профілактичної спрямованості родинної медицини.

У загальнометодологічному плані медична опіка трактується як погодження стосунків між медичним працівником і пацієнтом, в яких перший виконує функції менеджера щодо застосування лікувально-профілактичних засобів, володіючи для цього спеціальними знаннями та навичками, керуючись певними зобов'язаннями перед пацієнтом і глибоким розумінням його інтересів.

Спочатку медичний працівник, який здійснює медичну опіку, повинен визначити певні побажання пацієнта, його потреби та пріоритети стосовно стану свого здоров'я. Після цього фахівець визначає конкретні цілі та напрямки дій індивідуально для кожної людини. Фундаментальність передумови процесу медичної опіки пояснює конкретну технологію як відповідальну умову щодо досягнення певних результатів лікування чи профілактики захворювання, які

впливають якість життя особи. Медична опіка має велике значення у формуванні та розвитку моделей стосунків і взаємообов'язків у форматі: «лікар – медична сестра – родина – пацієнт», де всі вони співпрацюють у «команді» з метою вирішення проблем зі здоров'ям пацієнта.

Медична опіка як управлінський процес завжди застосовується з користю для хворої чи здорової людини, а медична сестра, яка здійснює догляд за пацієнтом, відповідає перед ним саме за якість медичної опіки. Внаслідок цього з'являється тісний взаємозв'язок медичної опіки не лише з якістю життя хворої людини, але й з якістю догляду за нею, а в подальшому – з якістю та ефективністю лікувально-профілактичної допомоги. Цей зв'язок має важливе значення у підвищенні якості роботи системи закладів ПМСД, що працюють на засадах СМ. Основу взаємних обов'язків між пацієнтом (споживачем послуг) і медичним працівником (надавачем послуг) складає довіра пацієнта і відповідальна компетентність медичного працівника (медичної сестри) перед хворою чи здоровою людиною за надану медичну послугу.

Працюючи під безпосереднім керівництвом родинного лікаря, медична сестра ЗПСМ активно опікує мешканців дільниці різних вікових груп, займаючись формуванням, збереженням і зміцненням здоров'я здорових. Це стосується не лише індивідуального здоров'я окремих осіб, але й громадського здоров'я територіальної громади.

Медична сестра ЗПСМ – це кваліфікований фахівець, який здійснює лікувально-профілактичну допомогу не лише дорослим пацієнтам, але й дітям на території визначеної дільниці, що є важливою складовою формування громадського здоров'я. Усі професійні зусилля медичних фахівців ЗПСМ спрямовані на планове проведення заходів, що знижують захворюваність і дитячу смертність та забезпечують виховання фізично здорового молодого покоління.

Профілактична робота дільничної медичної сестри ЗПСМ складає 80 % робочого часу і полягає в організації диспансерного нагляду за здоровими дітьми різного віку, які виховуються як удома, так і в дитячих дошкільних закладах, підготовці дітей в дошкільні заклади і до школи, організації протиепідемічних заходів, санітарно-гігієнічного виховання батьків. Профілактика захворювань майбутніх дітей розпочинається з допологового патронажу вагітних. Жіноча консультація клініки раз на 10 днів повідомляє сімейних лікарів про взятих на облік вагітних. Усі профілактичні заходи щодо оцінки стану здоров'я вагітної жінки спрямовані на профілактику природжених недуг майбутньої дитини.

Упродовж першого року життя дитини медична сестра обслуговує її переважно вдома: патронажний нагляд, профілактичні огляди щодо оцінювання фізичного, нервово-психічного і рухового розвитку; контроль за вигодовуванням дитини, режимом її життя і вихованням.

Протиепідемічна робота полягає в обліку дітей, що підлягають щепленню; планування щеплень; контролі за підготовкою до щеплень; спостереженні за щепленими дітьми, обліку, профілактиці та лікуванні поствакцинальних реакцій; спостереженні за хворими інфекційного профілю вдома, ресстрації їх у санітарно-епідеміологічній станції, лікуванні, госпіталізації; роботі в осередку інфекції; ізоляції тих, хто захворів; спостереженні за тими, хто був у контакті з хворими;

поточній та остаточній дезінфекції; спостереженні за реконвалесцентами та знятії із обліку; реабілітації дітей, які перехворіли на інфекційну недугу.

Важливе місце щодо реалізації профілактичного спрямування роботи фахівців СМ посідає диспансерний метод обслуговування населення. Він поєднує лікувальні та профілактичні заходи в закладах СМ.

Диспансеризація – це система лікувально-профілактичних заходів, яка включає активне спостереження за здоров'ям певних груп населення і заходи оцінки здоров'я. При цьому вивчаються умови праці та побуту, забезпечення правильності фізичного розвитку і збереження здоров'я, а також проводяться лікувальні профілактичні, санітарно-гігієнічні та соціальні заходи щодо первинної та вторинної профілактики найпоширеніших захворювань.

Організаційний механізм державного управління в клініці процесом диспансеризації здорових за мету цього методу визначає формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових шляхом опіки за нормальними умовами праці та побуту, раннім виявленням захворювань, запобіганням виникненню і розвитку хвороб, збереженням працездатності.

Метою диспансеризації хворих визначено ранню діагностику захворювань і охоплення динамічним медичним спостереженням хворих на ранніх стадіях, запобігання загостренням і ускладненням патологічного процесу, зменшення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та виходом на інвалідність, збільшення тривалості та поліпшення якості життя хворих і періоду їх працездатності.

У процесі диспансеризації застосовується програмно-цільовий метод державного управління наданням медичної допомоги та опіки населення. Етапами виконання програми диспансеризації є такі: перший – відбір здорових і хворих для диспансеризації; другий – виконання програми оздоровчих заходів, опрацьованих на першому етапі; третій – аналіз якісних показників ефективності диспансеризації.

Медичні сестри сімейних лікарів активно опікують взятих на диспансерний облік пацієнтів. Насамперед, вони ведуть всю документацію на диспансерні групи, у процесі чого виконується медична опіка цих осіб шляхом своєчасного їх лабораторного та інструментального обстеження і проходження планових профілактичних оглядів. У процесі планових обстежень диспансерних хворих опрацьовуються комплекси лікувально-профілактичних заходів, опіку за реалізацією яких беруть на себе медичні сестри ЗПСМ. Ці заходи поділяються на клінічні, санітарно-оздоровчі та психологічні.

Клінічні заходи щодо диспансерних пацієнтів передбачають їх детальне лабораторне та інструментальне обстеження, застосування комплексів лікувально-профілактичних заходів відповідно локальних протоколів медичної допомоги, що опрацьовані на основі міжнародних клінічних настанов, державних стандартів і уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги та затверджені МОЗ України для кожного захворювання. Диспансерні хворі скеровуються у спеціалізовані клініки та діагностичні центри з метою обстеження щодо наявності прогресування чи ускладнень основного захворювання. Медичні сестри слідкують за виконанням хворими лікувальних призначень, а часто і виконують їх безпосередньо. Диспансерні хворі за необхідності скеровуються на лікарсько-консультативну чи

медико-соціальну експертну комісію для визначення виду і ступеня втрати працездатності та проведення медико-соціальної реабілітації.

Активне диспансерне спостереження включає також проведення комплексу санітарно-оздоровчих заходів, серед яких провідне місце посідає створення хворим раціональних умов праці та відпочинку. Особливого значення набуває санація хронічних осередків інфекції як ендогенних (внутрішніх) чинників ризику загострень хронічних захворювань та їх ускладнень.

Важливе місце як у первинній, так і у вторинній профілактиці багатьох захворювань має раціональне та дієтичне харчування. Тому медична сестра ЗПСМ повинна не лише пропагувати принципи раціонального та дієтичного харчування, але й домагатися дотримання пацієнтами таких принципів у повсякденному житті. І тут важливо підключити до опіки хворого його родину.

Відвідуючи сім'ю вдома, медична сестра ЗПСМ звертає особливу увагу на режим харчування членів родини залежно від віку, статі, умов праці чи навчання, активності відпочинку тощо. Вона роз'яснює членам родини шкідливість одноманітного харчування, недоцільність вживання так званих рафінованих продуктів, надлишку солодощів, спецій та кухонної солі.

Особливу увагу медичної сестри привертає організація дієтичного харчування хворих осіб у домашніх умовах. Сестра пояснює не тільки хворому, але і членам його родини принципи лікувального харчування. Звертається особлива увага на хімічний склад денного раціону та технологію виготовлення дієтичних страв. Там, де потрібне механічне та хімічне щадіння органів травлення за станом здоров'я людини, медична сестра не тільки перераховує харчові продукти, що мають такі властивості, але і пояснює тому членові сім'ї, який займається приготуванням їжі, які способи обробки їжі повинні використовуватися для певних дієтичних страв. У випадках необхідності корекції порушених хворобою функцій організму медична сестра повинна порадити хворому, як можна виправити ці порушення за рахунок природних продуктів харчування, що збагачені вітамінами, поліненасиченими жирними кислотами, ліпотропними речовинами. В окремих випадках сестра вказує ті харчові продукти, що стають лікувальними за рахунок обмеження в них деяких харчових речовин (простих вуглеводів, насичених жирних кислот, екстрактивних речовин та пуринових основ, кухонної солі, прянощів тощо).

Якщо за станом здоров'я хворий потребує посиленого харчування, сестра повинна вказати ті продукти і способи кулінарної обробки, які стимулюють апетит хворої людини. У таких випадках потрібно потурбуватися про найбільшу різноманітність харчування, не знижуючи лікувальних якостей їжі.

Реалізація медичної опіки щодо перелічених вище рекомендацій може відбуватися як шляхом безпосереднього контакту медичної сестри з хворим і членами родини, так і шляхом використання спеціальної науково-популярної літератури або пам'яток для хворих з дієтичного харчування в домашніх умовах. Але для правильного вирішення багатьох питань раціонального харчування та дієтотерапії в домашніх умовах потрібні регулярні консультації здорових та хворих пацієнтів, які може надавати медична сестра сімейного лікаря. А для цього потрібна певна підготовка такої сестри з питань гігієни харчування та дієтології.

На основі політичного та організаційного механізмів державного управління охороною здоров'я на мікрорівні подано паспорт локальної цільової програми та перелік завдань, заходів і показників, на виконання кожного з яких передбачені конкретні строки та виконавці, а також спрогнозовані конкретні результати.

Таким чином, застосування методу профілактичної спрямованості первинної медико-санітарної допомоги комплексного механізму державного управління системою охорони здоров'я в клініці інтегративної СМ сприяє постійному підвищенню якості медичної допомоги окремим мешканцям і територіальним громадам.

До важливих методів комплексного механізму державного управління якістю медичної допомоги в клініці відноситься метод стандартизації. Відповідно до "Концепції управління якістю медичної допомоги в Україні на період до 2010 року" затвердженої наказом МОЗ України від 31.03.2008 р № 166, у нашій країні адаптовані міжнародні клінічні настанови і розроблені національні медичні стандарти. На основі національних медичних стандартів, опрацьовані уніфіковані клінічні протоколи, що слугують основою для розроблення локальних протоколів медичної допомоги, які використовуються у конкретних медичних закладах охорони здоров'я. Локальні протоколи медичної допомоги враховують організаційні та ресурсні особливості її надання у конкретному закладі охорони здоров'я.

Медичні стандарти в діяльності закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини розглядаються в якості інструментів стандартизації, як методу організаційного механізму державного управління якістю медичної допомоги в нашій країні.

Демографічна криза в Україні вимагає особливої уваги фахівців сімейної медицини до проблем стандартизації профілактичної професійної діяльності щодо попередження найпоширеніших захворювань серед населення. Стандартизація профілактики захворювань може спричинити значні успіхи в системі охорони здоров'я, тому її слід оцінювати як ефективний метод удосконалення організаційного механізму державного управління системою охорони здоров'я на мікрорівні.

Стандартизація медикаментозного забезпечення хворих на основі формулярної системи переліку лікарських засобів як важливого її інструмента стала ще одним методом організаційного механізму державного управління удосконаленням роботи в клініці інтегративної родинної медицини і підвищенням якості та ефективності первинної медичної допомоги.

У комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова опрацьований локальний формуляр лікарських засобів, який став повсякденним керівництвом сімейним лікарям з раціональної фармакотерапії, що дозволяє лікарям і пацієнтам якісно, ефективно і безпечно використовувати ліки. При цьому оптимальне застосування фармакоекономіки сприяє зменшенню витрат населення на придбання ліків. Це засвідчує ефективність використання економічного механізму державного управління якістю медичної допомоги на мікрорівні.

Локальні протоколи медичної допомоги хворим на найпоширеніші захворювання у клініці стали нормативними документами, які визначають вимоги до надання лікувально-профілактичної допомоги конкретним пацієнтам при

діагностованому захворюванні або синдромі у конкретній клінічній ситуації. У їх розробці беруть активну участь висококваліфіковані сімейні лікарі, завідувачі відділень сімейної медицини, провідні спеціалісти консультативного лікувально-діагностичного центру клініки, сфера діяльності яких відповідає сфері застосування даного протоколу, заступники головного лікаря з медичної частини та експертизи тимчасової неприєздатності, аудитори внутрішньополіклінічного професійного аудиту.

Локальні протоколи медичної допомоги рецензуються професорами та викладачами кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, обговорюються і затверджуються науково-інноваційною радою при головному лікареві поліклініки та вводяться в дію наказом по поліклініці. Після цього протоколи стають нормативними документами та інструментами правового і мотиваційного механізму державного управління на мікрорівні у професійній діяльності всіх підрозділів клініки СМ. Вони видаються необхідною кількістю примірників з метою забезпечення кожного робочого місця фахівців сімейної медицини та інших спеціалістів, які беруть участь згідно медичного маршруту пацієнта, визначеного локальним протоколом медичної допомоги при певному захворюванні як у процесі діагностики, так і при лікувально-реабілітаційних заходах на догоспітальному етапі.

Стандартизація медичної допомоги у клініці інтегративної родинної медицини базується на методах доказовості, що враховують безпеку, ефективність і вартість медичних процедур і технологій, тому що сучасна первинна медико-санітарна допомога вимагає від сімейного лікаря використання тільки найнадійніших доказів, а від хворого – поінформованості та активної участі в реалізації профілактичних програм і наданні йому лікувально-реабілітаційної допомоги [76, с. 32 - 36].

Новий метод управління охороною здоров'я, визнаний світовою спільнотою, метод доказової медицини, приходить у закладах первинної медико-санітарної допомоги, що працюють на засадах сімейної медицини, на зміну практиці розробки професійних рішень за допомогою експертних заключень. Метод доказовості є складовою організаційного і мотиваційного механізмів державного управління якістю медичної допомоги.

У розвинених країнах сучасні технології доказової медицини загально визнані та застосовуються як найраціональніший науковий метод прийняття клінічних і організаційно-управлінських рішень.

Останнім часом стрімко зростає розробка і впровадження нових ліків і діагностичних засобів, проводиться агресивна їх реклама, а лише клінічний досвід сімейного лікаря не є достатнім для орієнтування у великому розмаїтті клінічних ситуацій та виборі правильних і ефективних лікувально-реабілітаційних технологій. Тому головним принципом доказовості в медицині є застосування у практичній лікувально-діагностичній роботі лише тих технологій, ефективність яких доведена на основі наукових принципів у процесі клінічних досліджень [146, с. 86-89].

Методи доказовості в медицині застосовують у будь-якій сфері медичної практики. У клініці інтегративної сімейної медицини вони виконують подвійну роль. З одного боку, наближують результати наукових досліджень до практичного їх

застосування, а з іншого, становлять надійний бар'єр використанню малоефективних, недоведених методів діагностики та лікування.

Для прийняття клінічного рішення сімейний лікар має враховувати такі чинники, як співвідношення користі та ризику, зручність методу діагностики чи лікування для хворого, матеріальні затрати на обстеження і лікування, пріоритет життєвих цінностей хворого. Використання методів доказової медицини дозволяє більшою мірою індивідуалізувати надання первинної медико-санітарної допомоги на догоспітальному етапі та забезпечує її високу якість.

На сучасному етапі розвитку сімейної медицини реальним шляхом широкого застосування методу доказовості є національні стандарти, уніфіковані клінічні протоколи та опрацьовані на їх основі локальні протоколи медичної допомоги та локальні формуляри лікарських засобів, що увійшли у повсякденну професійну практику сімейних лікарів.

Упровадження у практику первинної медико-санітарної допомоги локальних протоколів медичної допомоги з медичними маршрутами хворих скорочує кількість необгрунтованих госпіталізацій, дублюючих обстежень, сприяє активнішому використанню сучасних технологій на догоспітальному етапі, в денних і домашніх стаціонарах. За результатами досліджень О.О. Дудіної, упровадження стандартів і локальних протоколів медичної допомоги у практику лікувально-профілактичних закладів дозволяє знизити необгрунтовані витрати при одночасному поліпшенні якості медичної допомоги на 30-40 %, підвищити структурну ефективність охорони здоров'я, оскільки, в першу чергу, вона направлена на оптимізацію витрат і медичних технологій [76, с. 32-36].

Отже, надання висококваліфікованої профілактичної, діагностичної та лікувально-реабілітаційної допомоги із застосуванням прогресивних технологій у закладах первинної медико-санітарної допомоги, до яких відносяться і клініки сімейної медицини, базується на принципах керованості, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості, які складають основну частину методів організаційного, мотиваційного, економічного і правового механізмів державного управління системою охорони здоров'я як на загальнодержавному, так і на регіональному і локальному рівнях в окремих закладах охорони здоров'я.

Незалежно від того, який механізм державного управління, метод чи інструмент цього механізму використовується з метою поліпшення якості медичної допомоги у клініці, що працює на засадах СМ, головна вимога для досягнення успіху полягає в тому, щоб проблема, яка розв'язується в колективі фахівців сімейної медицини, була важливою для всіх його членів. Адже безперервне підвищення ЯМД передбачає комплексний, динамічний та інтегрований підхід, спрямований на підвищення показників роботи системи в цілому шляхом постійної її модифікації та удосконалення, а не шляхом виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам.

Цілеспрямований вплив на ЯМД та її ефективність потребує методики розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників експертних оцінок), які дозволяють забезпечити об'єктивне і прозоре оцінювання (моніторинг) і конкретне визначення проблем забезпечення відповідної якості первинної медико-

санітарної допомоги, що надається територіальній громаді фахівцями сімейної медицини [129, с. 224].

Важливим методом організаційного і мотиваційного механізмів державного управління щодо постійного підвищення якості медичної допомоги у закладах первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини, є її оцінка на основі індикаторів якості.

Способи надання первинної медико-санітарної допомоги, а також механізми державного управління цим процесом постійно удосконалюються, щоб задовільнити різні потреби пацієнтів і використати наявні ресурси. Для підвищення якості медичної допомоги використовуються багато практичних методів, кінцевою метою застосування яких є поліпшення стану здоров'я населення [356, с. 55-75].

Ефективність механізмів і методів державного управління якістю ПМСД є визначена недостатньо. Метод, що забезпечує оцінку якості як ефективність медичної допомоги за результатами діяльності медичних працівників, слід розглядати з точки зору ціни ідентичних індикаторів якості у подібних ситуаціях і професійних процесах. Таким методом може виступати, на наш погляд, визначення рейтингів фахівців сімейної медицини, які працюють у наближених за складністю та багатогранністю умов.

Визначення рейтингових показників професійної діяльності окремих сімейних лікарів і медичних сестер на сімейно-територіальних дільницях дозволяє не лише порівняти якість медичної допомоги різним територіальним громадам, але й опрацювати моделі кінцевих результатів (МКР) роботи цих фахівців, подібних підрозділів і навіть цілих закладів сімейної медицини.

Оцінка рейтингових індикаторів кількості та якості роботи працівників будь-якого профілю, що працюють в однакових умовах, має не тільки професійне та економічне, але й мотиваційне значення. Особливої уваги це набуває при бажанні адміністрації та наявних можливостях здійснити оплату праці залежно від кількісних і якісних показників роботи та вкладу конкретного працівника у виконання професійних завдань.

Комплексний механізм державного управління якістю медичної допомоги в центрі первинної медико-санітарної допомоги клініки інтегративної СМ м. Львова на основі рейтингових показників кількості та якості роботи використовується впродовж 7 років. Розробляючи показники рейтингу кожного з фахівців і підрозділів сімейної медицини, що працюють в клініці, перш за все, було визначено кількість найважливіших критеріїв, які визначають найповніше ЯМД, виконаної за певний час роботи. Після визначення набору показників вони оцінюються в балах за п'ятибальною шкалою на основі ранговості кожного з них. Тобто, враховується більша чи менша значущість кожного з індикаторів у загальній оцінці роботи фахівця родинної медицини [129, с. 225].

Будь-який з набору індикаторів рейтингової оцінки роботи сімейного лікаря чи медичної сестри визначається в балах зі знаком плюс чи мінус залежно від його відхилення від нормативного значення. Нормативне значення розраховується як середня величина рейтингу всіх фахівців, які працюють у центрі первинної медико-санітарної допомоги. Після визначення відхилення кожного показника роботи для конкретного фахівця їх значення сумуються. При цьому сума балів

конкретного фахівця буде більшою при найбільших відхиленнях показників від роботи в позитивну сторону і меншою – при кількості показників з негативними відхиленнями. Крім цього, більшим числом у балах оцінюється відхилення однієї виміру особливо важливих показників якості медичної допомоги. Відхилення певного показника в ліпшу сторону збільшує його ціну, бали відхилення додаються до нормативного показника. Якщо реальний показник конкретного фахівця відхиляється в гіршу сторону, бали відхилення віднімаються.

Під час визначення моделі кінцевих результатів роботи конкретного фахівця нормативне значення у цій моделі всіх показників має бути оптимальним, однією його досягнення повинно вимагати певних творчих зусиль з боку сімейного лікаря чи медичної сестри загальної практики – сімейної медицини. Так, для лікаря рейтинг якого за останній рік був нижчим середнього в центрі первинної медико-санітарної допомоги, моделлю кінцевого результату стають рейтингові індикатори середнього результату. В той же час, для лікаря, рейтинг якого перевищує середнє значення в центрі, моделлю кінцевого результату на наступний період стають найвищі показники. Тобто, для лікарів чи медичних сестер, рейтинг яких перевищує середні показники у центрі первинної медико-санітарної допомоги моделлю кінцевого результату на наступний період виступають показники рейтингів найліпших лікаря чи медичної сестри – лідерів трудового колективу.

При рейтинговій оцінці роботи фахівців родинної медицини враховуються не абсолютні, а переважно відносні величини (показники співвідношення і наочності інтенсивні та екстенсивні показники). Однак, для оцінки впливу особливо значимих критеріїв рейтингу можуть братися і окремі випадки (дитяча смертність, запущені випадки туберкульозу чи онкологічних захворювань, кількість інфарктів міокарда чи інсультів на сімейно-територіальній дільниці).

Для обчислення показників рейтингу керівників підрозділів центру ПМСД (завідувачів відділень сімейної медицини чи амбулаторій СМ) можна застосовувати середні рейтингові показники сімейних лікарів і медичних сестер. Рейтинг старшого медичних сестер відділень визначається за середнім рейтинговим показником медичних сестер, які працюють у відділенні сімейної медицини.

Для керівників підрозділів зраховуються й особисті рейтингові індикатори, які вони здобули впродовж попереднього періоду. Індикатори кількості та якості медичної допомоги населенню фахівцями сімейної медицини не є стабільними на всі періоди роботи.

Їх кількість і значення кожного з них у загальній сумі рейтингових балів залежать від актуальності певних проблем, що виникають перед центром первинної медико-санітарної допомоги і фахівцями сімейної медицини (табл. 5.2).

З наведених в табл. 5.2. неповних даних визначення рейтингу окремого сімейного лікаря видно, що на першому місці у цьому процесі стоїть кількість населення на дільниці сімейної медицини. При цьому в даний час у центрі ПМСД на одного лікаря припадає 1450 мешканців сімейно-територіальних дільниць пересічно. За одиницю виміру відхилення цього рейтингового показника щодо кількості населення прийнято 100 мешканців.

На різних дільницях кількість населення неоднакова і ці відхилення визначаються як в сторону збільшення, так і зменшення від середнього значення.

Тому за кожних 100 осіб, що мешкають на дільниці, до нормативного показника в 10 балів дораховується або віднімається один бал. Отже, за наявності на сімейно-територіальній дільниці 1475 чол. додатково нараховується 0,25 бала і загальний рейтинговий бал сімейного лікаря за цим індикатором становить 10,25.

Якщо середній показник функції сімейного лікаря за минулий рік становив 100 відвідувань при одиниці виміру відхилень 100 відвідувань, за яку нараховується 0,1 бала і нормативі за середній показник 10 балів, то при функції конкретного сімейного лікаря 5400 відвідувань на рік він отримує 9,2 бала для свого рейтингу (10-0,8).

Третім рейтинговим індикатором виступає кількість хворих і здорових людей, які знаходяться на диспансерному обліку у сімейного лікаря. Він вираховується шляхом ділення абсолютної кількості диспансерних пацієнтів на 1000 населення і множенням на реальну кількість населення на дільниці в тисячах осіб. За середню кількість на дільницях береться показник, розрахований на 1500 мешканців дільниці.

Середня кількість диспансерної групи на одній сімейній дільниці у центрі первинної медико-санітарної допомоги клініки інтегративної родинної медицини у 2011 р. становила 600 осіб, за що лікареві нараховується 5 балів. За одиницю виміру відхилення щодо кількості диспансерних пацієнтів прийняті для цього показника 100 осіб, за яких додається або знімається один бал від балів за середній показник. Отже, при диспансерному спостереженні сімейного лікаря за 680 пацієнтами його рейтинговий показник становить 5,8 бала.

Так нараховуються рейтингові бали за всі 25 індикаторів (див. табл. 5.2). Після заповнення на кожного сімейного лікаря карти аналізу показників його роботи підраховується загальна сума рейтингових балів. Шляхом порівняння суми рейтингових балів кожного сімейного лікаря визначається рейтингове місце, яке посідає конкретний лікар у відділенні сімейної медицини чи в центрі ПМСД.

За подібною методикою нараховуються бали рейтингової оцінки роботи медичних сестер загальної практики – сімейної медицини. І враховуючи те, що на сімейно-територіальній дільниці за всю лікувальну-профілактичну роботу відповідають як сімейний лікар, так і медична сестра, визначається загальний рейтинговий показник роботи фахівців дільниці.

Для визначення якості та ефективності лікувально-профілактичної роботи кожного з підрозділів центру первинної медико-санітарної допомоги окремо розраховуються показники лікарів і медичних сестер. А середній рейтинговий показник підрозділу сімейної медицини складається з суми середніх показників балів лікарів і медичних сестер, завідувача відділення і старшої медичної сестри за пунктами їх особистої участі у наданні медичної допомоги, розділених на 2.

На основі порівняння показників роботи підрозділів центру первинної медико-санітарної допомоги визначається рейтингове місце кожного з підрозділів у центрі первинної медико-санітарної допомоги.

Карта аналізу показників роботи сімейного лікаря клініки інтегративної родинної медицини м. Львова за 2015 рік

| № п/п | Показники | Середній показник | Реальний показник СЛ | Одиниця виміру відхилення | Оцінка в балах | | Рейтингові бали |
|-------|---|-------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|-----------------|
| | | | | | бали за середній показник | за одиницю виміру відхилення | |
| 1. | К-сть населення на дільниці | 1450 | 1475 | 100 чол. | 10 | +1,0 | 10,3 |
| 2. | Функція СЛ (відвідувань) | 6200 | 5400 | 100 | 10 | -0,1 | 9,2 |
| 3. | Кількість диспансерних пацієнтів | 600 чол. | 680 чол. | 100 чол. | 5 | +1,0 | 5,8 |
| 4. | Знято з обліку по одужанню | 5% | 4% | 1% | 5 | -0,5 | 4,5 |
| 5. | Виявлено гіпертензій серед дорослих | 24% | 22 | 1% | 5 | -0,5 | 4,0 |
| 6. | Виконання плану профілактичних щеплень | 90% | 82 | 1% | 10 | -1,0 | 2,0 |
| 13. | Якість лікувально-профілактичної допомоги | 4 бали | 4 бали | 0 балів | 5 | 0 | 5,0 |
| 16. | Якість диспансеризації | 3 бали | 2,5 бали | 1 бал | 3 | -1,0 | 2,5 |
| 19. | Занедбані випадки онкозахворювань | 0 вип. | 3 вип. | 1 вип. | 0 | -0,5 | -3,0 |
| 21. | Скарги на якість допомоги | 0 вип. | 1 вип. | 1 вип. | 0 | -0,5 | -0,5 |
| 24. | Безперервний професійний розвиток | 4 | 3 | 1 | 4 | -0,5 | 3,5 |
| 25. | Виступи у ЗМІ, друковані роботи | 1 раз | 0 | 1 раз | 2 | +0,5 | 1,0 |

Слід відзначити, що рейтингові показники кожного фахівця СМ можна визначити, незважаючи на те, що окремий рейтинговий показник з перерахованих у табл. 5.2, може випасти, або, навпаки, додасться один або декілька нових показників. Основне, при розрахунках рейтингу необхідно, щоб той чи інший

показатор за ідентичною методикою розраховувався для всіх фахівців, які працюють в однакових умовах, і не був пропущений лише у будь-кого з них.

Обчисливши рейтингові показники якості та ефективності роботи окремих фахівців і підрозділів сімейної медицини центру ПМСД, можна легко визначити моделі кінцевих результатів для кожного з них. Такою ідеальною моделлю кінцевих результатів на наступний період роботи можуть стати показники найвищого рейтингу окремого фахівця чи підрозділу центру ПМСД (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Аналіз рейтингових показників роботи фахівців сімейної медицини
центру ПМСД 5-ої КМКП м. Львова

| Підрозділ | Дільниця | Фахівці | Бали | Рейтинг | | Середній бал дільниці | Рейтинг | |
|---------------|-----------|---------------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------------|----------|
| | | | | у відділенні | у центрі | | у відділенні | у центрі |
| І відділення | 1 | Лікар | 105,9 | 5 | 8 | 92,2 | 8 | 12 |
| | | Медсестра | 78,51 | 8 | 24 | | | |
| | 2 | Лікар | 105,2 | 8 | 12 | 92,6 | 6 | 10 |
| | | Медсестра | 79,99 | 6 | 14 | | | |
| | 3 | Лікар | 102,91 | 9 | 19 | 96,6 | 3 | 4 |
| | | Медсестра | 89,02 | 1 | 1 | | | |
| | 4 | Лікар | 110,96 | 1 | 2 | 96,7 | 1 | 1 |
| | | Медсестра | 82,51 | 3 | 4 | | | |
| | 5 | Лікар | 107,33 | 4 | 6 | 93,7 | 5 | 8 |
| Медсестра | | 80,0 | 5 | 13 | | | | |
| 6 | Лікар | 105,59 | 6 | 10 | 96,6 | 2 | 2 | |
| | Медсестра | 87,51 | 2 | 2 | | | | |
| 7 | Лікар | 105,44 | 7 | 11 | 92,5 | 7 | 11 | |
| | Медсестра | 79,5 | 7 | 16 | | | | |
| 8 | Лікар | 107,35 | 3 | 5 | 93,7 | 5 | 8 | |
| | Медсестра | 80,0 | 5 | 13 | | | | |
| 9 | Лікар | 107,6 | 2 | 4 | 94,8 | 4 | 7 | |
| | Медсестра | 82,0 | 4 | 5 | | | | |
| Середні бали: | | Лікарі Медсестри | 106,5 | - | - | 94,0 | - | - |

На основі рейтингових показників якості та ефективності роботи окремих фахівців підрозділу центру первинної медико-санітарної допомоги розраховується коефіцієнт трудової участі (КТУ) кожного з них у виконанні комплексувалеологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів у відділенні сімейної медицини чи центрі первинної медико-санітарної допомоги. А це дозволяє, відповідно, розрахувати надбавки до заробітної плати кожному з них, якщо у центрі первинної медико-санітарної допомоги є відповідні кошти на стимулювання працівників за кількість і якість виконаної фахової роботи при частковому

фондотриманні, що застосовується у 5-ій КМКП м. Львова. У мотиваційному механізмі державного управління використовуються як моральні, так і матеріальні стимули підвищення якості медичної допомоги. Адміністрація поліклініки, використовуючи мотиваційний механізм державного управління якістю медичної допомоги у вигляді морального чи матеріального заохочення, вибрав найоптимальніший метод стимулювання підвищення інтенсивності праці кожного фахівця чи підрозділу сімейної медицини.

Важливе значення у безперервному підвищенні якості медичної допомоги, інтегральний показник якої в Україні, за даними експертних оцінок, становить лише приблизно 56 %, має професійний аудит, що є одним із методів мотиваційного механізму державного управління охороною здоров'я. Він спрямований на вивчення технології виконання окремих медичних втручань у стан здоров'я населення в лікувально-профілактичних закладах [127, с. 264].

На загальнодержавному рівні цей метод мотиваційного механізму державного управління якістю медичної допомоги до недавнього часу виконувався у вигляді різних видів контролю. Однак, у реальних умовах існування системи охорони здоров'я метод контролю перестав відповідати організаційному, правовому та економічному механізмам державного управління якістю медичної допомоги та повинен бути замінений підходом, що базується на принципах державного управління процесом. Таким механізмом відповідає професійний аудит.

Професійний аудит у лікувально-профілактичних закладах первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини, виконує багато функцій щодо управління ЯМД. Він дає змогу з'ясувати технологію надання конкретним фахівцем сімейної медицини профілактичної, діагностичної та лікувально-реабілітаційної допомоги пацієнтові, що звернувся в поліклініку чи амбулаторію сімейної медицини. При цьому особлива увага у процесі професійного аудиту звертається на засадничі принципи підвищення якості медичної допомоги, серед яких особливого значення на сучасному етапі набувають профілактична спрямованість, стандартизація, доказовість і керованість медичної допомоги.

У клініці інтегративної родинної медицини за наказом головного лікаря створено дві аудиторські групи на громадських засадах. Загально-клінічну групу аудиторів очолює заступник головного лікаря з експертизи тимчасової втрати працездатності, а групу аудиторів центру первинної медико-санітарної допомоги очолює його завідувач.

Нами вперше в Україні опрацьовані положення про внутрішньополіклінічний аудит (ВПА) і посадові інструкції внутрішньополіклінічних професійних аудиторів, які затверджені головним лікарем і виступають нормативними документами та інструментами мотиваційного і правового механізмів державного управління охороною здоров'я на мікрорівні, що регламентують роботу аудиторів у клініці інтегративної родинної медицини.

Основною метою внутрішньополіклінічного аудиту визначено управління безперервним підвищенням якості медичної допомоги населенню у процесі реалізації заходів валеологічного, профілактичного, діагностичного та лікувально-реабілітаційного характеру як в клініці безпосередньо, так і в домашніх умовах.

Завданнями внутрішньополіклінічного аудиту є вивчення доступності первинної медико-санітарної допомоги, поліпшення впливу фахівців клініки, що працюють на засадах родинної медицини, на стан громадського здоров'я; підвищення ефективності використання ресурсів сфери догоспітальної допомоги, зростання задоволеності населення системою надання медичної допомоги, захист інтересів пацієнтів і медичних працівників щодо надання якісної медичної допомоги та у випадку професійного ризику.

Внутрішньополіклінічний аудит включає не лише вивчення процесу надання якісної медичної допомоги. Аудитори на основі рейтингових показників роботи конкретного фахівця виявляють недоліки чи помилки у процесі надання первинної медико-санітарної допомоги, що спричиняють негативний вплив на якість медичної допомоги та її ефективність; задоволеність пацієнтів їх взаємодією з фахівцями клініки; розробляють методичні рекомендації, які сприяють попередженню помилок і недоліків у роботі медичних фахівців клініки; забезпечують вибір найоптимальніших управлінських рішень у механізмі державного регулювання проведення оперативних коригувальних заходів щодо якості медичної допомоги та контролюють їх виконання.

Задоволеність пацієнтів як один із чинників мотиваційного механізму державного управління наданням медичної допомоги в клініці вивчається на основі соціологічного дослідження, що враховує організаційні аспекти, умови роботи фахівців клініки, дотримання медичними працівниками принципів медичної етики та деонтології. На основі проведеного опитування пацієнтів клініки у 2013 році задоволеність роботою її фахівців становила 93 %. Висловлені окремі пропозиції щодо підвищення рівня діагностичних обстежень у клініці та забезпечення медикаментами пільгових категорій населення, над реалізацією яких працює адміністрація закладу.

Рейтингова оцінка роботи фахівців сімейної медицини, які працюють у клініці, а також внутрішньополіклінічний аудит сприяють постійному підвищенню ЯМД, що зумовлює якісне проведення всіх заходів, які використовуються в сучасній СОЗ України і зменшують захворюваність, смертність та інвалідність.

Оцінка роботи поліклініки за ліцензійними умовами, що визначалась державною комісією, відзначена найвищим балом. Акредитаційна державна комісія у 2008 і 2011 роках офіційно визнала статус поліклініки та підтвердила її відповідність встановленим критеріям і гарантіям високої якості професійної охорони здоров'я. Поліклініка отримала вищу акредитаційну категорію.

На основі даних, наведених у табл. 5.4 і 5.5, видно, що в клініці працюють 33,5 % лікарів, які мають вищу кваліфікаційну категорію. Серед сімейних лікарів вищу кваліфікаційну категорію мають 27 %. Вищу кваліфікаційну категорію серед медичних сестер клініки мають 66,3 %, а серед медсестер загальної практики-сімейної медицини – 42,4 %. Наведені дані засвідчують, що в клініці та в центрі первинної медико-санітарної допомоги клініки працюють медичні сестри високої кваліфікації, які можуть бути не лише надійними помічниками лікарів, але й партнерами у виконанні багатьох функцій лікувально-профілактичної діяльності.

адже на одного лікаря вищої кваліфікаційної категорії припадає 2,2 медичних сестер такої ж категорії.

Якість медичної допомоги у будь-якому закладі охорони здоров'я забезпечується, передовсім, фахівцями, які працюють у цьому закладі. І кваліфікаційними категоріями лікарі та медичні сестри, які працюють у клініці мають досить високий кваліфікаційний рівень (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Кваліфікація медичних фахівців клініки СМ м.Львова
на кінець 2011 року

| Фахівці | Кваліфікаційні категорії | | | | | | | | Всього | |
|---------------------------------|--------------------------|------|-------|-------|-------|-------|------------------|------|--------|-----|
| | Вища | | I | | II | | Мають сертифікат | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Лікарі | 66 | 33,5 | 73 | 37,05 | 21 | 10,65 | 37 | 18,8 | 197 | 100 |
| Медсестри | 149 | 66,3 | 46 | 20,4 | 30 | 13,4 | 4 | 1,16 | 229 | 100 |
| Співвідношення лікарі/медсестри | 1:2,3 | | 1:0,6 | | 1:1,4 | | 1:0,1 | | 1:1,24 | |

Дані про рівень кваліфікації фахівців сімейної медицини, які працювали у центрі первинної медико-санітарної допомоги клініки інтегративної родинної медицини у кінці 2011 року, наведені в табл. 5.4.

Таблиця 5.5

Кваліфікація фахівців сімейної медицини, які працювали у клініці
станом на кінець 2014 р.

| Фахівці | Кваліфікаційні категорії | | | | | | | | Всього | |
|---------------------------------|--------------------------|------|--------|------|--------|-----|---------------|------|--------|-----|
| | Вища | | I | | II | | Без категорії | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Лікарі | 19 | 27,1 | 32 | 45,7 | 5 | 7,2 | 14 | 20 | 70 | 100 |
| Медсестри | 42 | 42,4 | 14 | 14,2 | 7 | 7,1 | 36 | 36,3 | 99 | 100 |
| Співвідношення лікарі/медсестри | 1:2,2 | | 1:0,44 | | 1:1,40 | | 1:2,57 | | 1:1,41 | |

Якщо загалом у клініці на 1 лікаря припадає 1,24 посади медичних сестер, то в центрі первинної медико-санітарної допомоги разом з 10 сімейними лікарями працюють 14 медичних сестер. А за наказом МОЗ України з одним сімейним лікарем мають працювати 2 медичні сестри загальної практики – сімейної медицини.

Основні показники роботи фахівців сімейної медицини КМКП упродовж 2011-2015 років наведені в табл. 5.6.

Основні показники роботи клініки інтегративної родинної медицини
протягом 2011-2015 рр.

| Показники | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Кількість населення | 85 306 | 85 306 | 85 306 | 85 306 | 85 306 |
| Народжуваність на 1 тис. нас. | 10,38 | 10,85 | 11,07 | 11,42 | 10,51 |
| Смертність на 1 тис. нас. | 9,59 | 9,95 | 9,45 | 9,62 | 9,75 |
| Природний приріст на 1 тис. | +0,79 | +0,90 | +1,62 | +1,79 | +0,76 |
| Дитяча смертність на 1 тис. дит. населення | 6,72 | 4,32 | 10,59 | 6,16 | 6,69 |
| Смертність у працездатному віці на 1000 населення прац. віку | 1,79 | 1,98 | 1,59 | 1,83 | 2,19 |
| Захворюваність з тимчасовою непрацездатністю: випадки /дні | 16,0 174,91 | 14,08 167,62 | 15,0 167,32 | 14,46 164,70 | 14,04 162,27 |
| Первинний вихід на інвалідність на 10 тис. дорослого населення | 36,67 | 34,73 | 35,01 | 33,60 | 34,35 |
| Кількість хворих на диспансерному обліку на 1 тис. населення | 653,72 | 697,28 | 710,10 | 714,70 | 732,57 |
| Захворюваність на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) (на 1 тис. дорослого населення) | 128 (1,83) | 118 (1,69) | 104 (1,49) | 88 (1,26) | 80 (1,14) |

Як видно з таблиці 5.6, кількість населення впродовж 2011-2015 років, якому надавалась первинна медико-санітарна допомога фахівцями клініки, що працювали до 2004 року дільничними терапевтами та педіатрами, а з 2004 року стали надавати первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини, не змінилась, хоч народжуваність у розрахунку на 1000 населення поступово зростала. Натомість, смертність, починаючи з 2012 р., поволі знижувалася. Природний приріст упродовж п'яти років практично не змінювався при позитивних його показниках.

Особлива увага після переходу клініки до надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини була приділена здоров'ю дітей, що призвело до позитивної динаміки дитячої смертності на території району надання допомоги населенню сімейними лікарями. Дещо знизилась показники смертності населення у працездатному віці. Захворюваність населення з тимчасовою непрацездатністю у випадках і днях непрацездатності, а також первинний вихід на інвалідність дорослого населення також знизилась.

Збільшилась кількість хворих, що знаходились на диспансерному обліку. На виконання локальної цільової програми «Родинна профілактика гіпертонічної хвороби», проводилась активна вторинна профілактика ГХ, що призвело до суттєвого зменшення ГІМ.

Не дивлячись на економічну кризу в країні, суттєва увага була приділена матеріально-технічному забезпеченню як усіх новостворених закладів сімейної медицини Львівщини, так і конкретної клініки сімейної медицини. Особливо це

стало відчутним після опрацювання координаційною радою з розвитку ІМ Львівської облдержадміністрації обласної цільової програми "Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2008-2011 роки", що затверджена обласною радою. Значно поліпшилась укомплектованість амбулаторії сімейної медицини медичним обладнанням згідно табеля оснащення, затвердженого наказом МОЗ України, а також санітарним автотранспортом.

Важливу роль в організації механізмі державного управління підвищенням якості фахової роботи сімейних лікарів відіграє також й безперервний професійний розвиток. Це поняття було введено Всесвітньою Федерацією медичної освіти (ВФМО) у 2001 році замість терміну "безперервна медична освіта", який використовувався раніше [126, с. 184 – 189; 171, с. 104-116].

5.2. Безперервний професійний розвиток фахівців родинної медицини

За визначенням Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО), безперервний професійний розвиток (БПР) означає період освіти та підготовки лікарів, що починається після завершення базової медичної освіти та післядипломної підготовки і триває протягом усього професійного життя кожного лікаря [171, с. 104; 372].

Мета безперервного професійного розвитку:

- збереження на потрібному рівні, перегляд, поглиблення, розширення знань, професійних навичок і установок у відповідь на потреби пацієнтів;
- забезпечення різноманітності видів діяльності, якими лікарі займаються як у формалізованому, так і у неформальному контекстах;
- професійне обов'язкове підтримування лікарем на належному рівні своєї компетентності.

У стандартах ВФМО безперервний професійний розвиток розглядається як професійне зобов'язання кожного лікаря, яке водночас є і передумовою підвищення якості медичної допомоги.

Безперервний професійний розвиток відображає як широкий контекст цього етапу медичної освіти, так і означає, що відповідальність за БПР покладається на самого лікаря та професійні асоціації.

5.2.1. Використання безперервного професійного розвитку фахівців сімейної медицини у світі. У 1984 р. ВФМО розпочала «Міжнародну програму співробітництва з переорієнтації медичної освіти», а у 1988 р. в Единбурзі цієї федерацією проведена Всесвітня конференція з медичної освіти, на якій була прийнята Единбурзька декларація [380; 381]. У цьому документі вперше за всю історію медичної освіти було визначено, що традиційна клініко-центриська модель медичної освіти не враховує потреби сучасного соціуму. Основним недоліком є те, що вона не враховує інтересів неплатоспроможного населення. Принципами реформування медичної освіти визначені такі:

- ревалентне середовище для навчання;
- побудова медичної освіти в контексті національних пріоритетів охорони

- акценти на профілактику захворювань і стимулювання підтримки здоров'я;
- досягнення професійно компетентності – мета медичної освіти;
- підготовка викладачів вищих медичних навчальних закладів як педагогів і освітян;
- інтеграція науки та медичної практики;
- відбір абітурієнтів як за інтелектуальними, так і за іншими професійними якостями;
- координація діяльності, зв'язок медичної освіти з послугами практичної охорони здоров'я;
- збалансована підготовка лікарів різних спеціальностей залежно від національних потреб;
- кооперація між працівниками системи охорони здоров'я, поліпрофесійна медична освіта;
- постійна професійна післядипломна медична освіта протягом усього фахового життя – основна сфера підтримання медичної освіти.

Єдинбурзькою конференцією визначені такі структура та рівні управління медичною освітою:

- глобальний;
- регіональний;
- національний;
- інституційний (рівень вищого медичного навчального закладу).

Всесвітня федерація медичної освіти, яка розташована в Данії, рекомендує іншим медичним навчальним закладам самостійно вводити такі зміни:

- розширити умови і «середовище» навчання, в яких реалізуються навчальні програми, щоб включити до них не тільки госпітальні ресурси, але й всі локальні догоспітальні ресурси системи охорони здоров'я;
- змістити акценти щодо рекомендацій тактики ведення хворих на підтримку та стимулювання здоров'я й запобігання захворюванням;
- послідовно дотримуватись інтеграції науки і практики в освіті, в тому числі шляхом використання методів проблемно-орієнтованого навчання у клінічних та амбулаторних умовах.

Медична освіта піддається критиці за те, що вона мало відповідає соціальним проблемам. Навчання лікарів охоплює лише вузький спектр здоров'я. Це особливо стосується майбутніх сімейних лікарів. Вони продовжують навчатись переважно в лікарняних умовах, не уявляючи проблем догоспітальної практики у закладах первинної медичної допомоги, де вирішується переважна більшість проблем зі здоров'ям пацієнтів різних вікових груп.

Медичні університети й академії зайняті своїми академічними проблемами та проблемами професорсько-викладацького складу й віддалені від проблем суспільства. Тенденції трансформації медицини у бік підприємництва стали серйозним відхиленням від її гуманістичних зобов'язань – турботи про здоров'я здорових людей та лікування хворих [171, с. 21].

Центральне завдання Всесвітнього саміту з освіти у 1993 р. визначалось необхідністю підготовки системного огляду проблем, виявленні ресурсів і розробці

стратегій упровадження у життя рекомендацій Единбурзької декларації та методів ефективності яких апробована у вищих медичних навчальних закладах [379].

Подальше упровадження в медичну освіту змін та інновацій ВФМО охоплює і післядипломну медичну освіту [381], а також безперервний професійний розвиток медичних фахівців. У 2001 р. почали розробляти стандарти для цієї фази медичної освіти. ВФМО визначила відповідальними за загальну координацію і планування безперервного професійного розвитку лікарів професійні медичні організації. Однак це не заперечує участі в забезпеченні якості БПР організацій та установ, а також медичної адміністрації та суспільства.

Необхідність створення системи БПР сімейних лікарів впливає із самої суті спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» як поліпрофільної та інтегративної. Нові фундаментальні та прикладні знання в сімейній медицині змінюють методи профілактики, діагностики та лікування захворювань і способи медико-соціальної реабілітації хворих і травмованих. Отже, сімейний лікар повинен вчитись цьому фаху все життя, оскільки він має надавати первинну медично-санітарну допомогу на сучасному рівні, інтегруючи досягнення медичної науки у всіх сферах її впливу на здоров'я людини.

Аналогічним чином нові етико-деонтологічні вимоги та соціально-економічний розвиток суспільства змушують кожного сімейного лікаря брати на себе все нові медичні та соціальні обов'язки щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я здорових і відновлення здоров'я хворих індивідуумів в громадському здоров'я територіальної громади сімейно-територіальної дільниці, на якій він працює. Роль БПР у наданні гарантій якісної медичної допомоги фахівцям сімейної медицини постійно зростає. Якщо сімейний лікар не здатний до систематичного навчання протягом всього періоду його професійної діяльності, він швидко втрачає необхідний рівень компетентності та не зможе задовольняти вимоги пацієнтів, роботодавців і свої потреби у самоствердженні, які виступають внутрішніми спонукальними мотивами професійного розвитку.

Як стверджують Trevor J. Gibbs і Л. Хіммон [368, с. 14-16], центральне місце у процесі БПР посідає створення плану професійного розвитку сімейного лікаря, який базується на теорії навчання дорослих і дозволяє кожному керувати власною освітою.

Концепція навчання дорослих базується на таких принципах:

- навчання дорослих людей є самокерованим, ніж дітей;
- попередній досвід дорослих людей виступає як ресурс і стимул до навчання;
- навчання дорослих є здебільшого проблемно-орієнтованим, а не предметно-орієнтованим;
- найважливішим стимулом до навчання є внутрішня мотивація, а не зовнішнє оцінювання, тобто навчання дорослих людей є більш самокерованим;
- дорослі готові та хочуть навчатись: необхідність впливає з їх щоденного професійного життя.

Сучасні сімейні лікарі в Україні є переважно спеціалістами-інтерністами або педіатрами, які отримали базову освіту на додипломному етапі відповідно до

спеціалізацію із загальної практики – сімейної медицини вони здобули на 6-місячних курсах.

Це лікарі, які перш за все відповідають за надання всебічної та безперервної медичної допомоги пацієнтам різних вікових груп, які такої потребують, незалежно від характеру захворювання. Вони опікуються пацієнтами в контексті їх сім'ї, громади, культури, завжди поважаючи автономію особистості кожної людини та усвідомлюючи професійну відповідальність за свою фахову діяльність. Складаючи разом з пацієнтом план дій щодо управління формуванням, збереженням, відновленням чи відновленням здоров'я, сімейний лікар інтегрує фізичні, психологічні, соціальні, культурні та екзистенціальні чинники, базуючись на знаннях і довірі, що виникає між ними внаслідок тривалого часу співпраці. Сімейні лікарі реалізують себе шляхом використання різних методів управління здоров'ям територіальної громади, організуючи валеологічні, профілактичні, діагностичні та лікувально-реабілітаційні заходи, а також надаючи паліативну допомогу й медичну опіку інкурабельним хворим. Ці багатогранні функції можуть виконуватись як безпосередньо фахівцями сімейної медицини, так і часто шляхом залучення інших спеціалістів охорони здоров'я відповідно до проблем пацієнтів і ресурсів громади, в якій кожний з лікарів працює, допомагаючи пацієнтам, при потребі, отримати доступ до цих ресурсів.

Найважливішими моментами у процесі БПР є осмислення нового досвіду та застосування його у практичній діяльності, однак важливе також і розуміння взаємозв'язку між професійними знаннями та професійною компетентністю.

Безперервний професійний розвиток надає сімейному лікареві не лише можливості напрацьовувати професійні навички, але й створює для практичного лікаря умови удосконалити навички з викладацької роботи, командної професійної діяльності та комунікацій, ознайомлення з правовими та юридичними аспектами лікарської практики, менеджментом, інформаційними технологіями тощо.

Ініціація, методичне забезпечення, створення умов для такого навчання, контроль та його оцінювання є індивідуалізованішими, ніж при формальному навчанні на додипломній базовій освіті та післядипломній спеціалізації. Формальна система медичної освіти надає всю необхідну підтримку для досягнення результату шляхом застосування різноманітних навчальних методик, в тому числі й дистанційного навчання.

Більшість систем БПР базується на модульно-кредитній системі з накопиченням кредитів (балів). У Великобританії, як і в країнах Євросоюзу, 1 година навчального процесу, що відноситься до БПР, враховується як 1 кредит. Лікареві необхідно набирати 50 кредитів щорічно, 250 – за 5 років, що вважається завершеним циклом БПР. Така система накопичення кредитів досить часто критикується, тому що відвідування заходів і накопичення кредитів не гарантують якості навчання. Якщо відвідування лекцій легко перевірити, то з'ясувати індивідуальний рівень опанованої під час лекції інформації не так просто.

Системи безперервного професійного розвитку Європи та Америки сьогодні удосконалюють на таких засадах :

- освітні кредити накопичуються безперервно зі щорічним контролем;

- БПР є обов'язковим, що забезпечується через ліцензування і сертифікацію фахівців, а також мотивується рівнем оплати праці; умовою продовження акту сертифіката спеціаліста є щорічне поповнення кількості кредитів;
- на фоні активної участі професійних товариств державне регулювання реалізується шляхом контролю якості медичної допомоги (ЯМД);
- забезпечується публічність інформації про ЯМД, використовуючи відкриті реєстри лікарів із зазначенням їх освітньої активності, рейтингів тощо.

Найоб'єктивнішим методом оцінки якості клінічної діяльності та медичної придатності лікаря в Англії вважається професійний аудит. Швидкий розвиток механізмів державного управління організаційними та технологічними змінами, що спостерігаються за останні роки в охороні здоров'я, призвів до необхідності внесення коректив до процесів управління в конкретних закладах первинної медичної допомоги на основі проведення внутрішнього професійного аудиту.

Система охорони здоров'я постійно підлягає тиску як з боку органів державного управління, що відповідають за її якісне функціонування, так і з боку пацієнтів, зацікавлених у найкращому, швидшому, безпечнішому та кваліфікованішому наданні медичних послуг при одночасному дотриманні принципів раціональності та економічності. Витрати охорони здоров'я швидко зростають, а фінансові можливості їх задовольнити обмежені. Широко розпропогвана та схвалена громадська думка про доступність первинної медичної допомоги як одного з фундаментальних прав людини змушує критично аналізувати діяльність закладів охорони здоров'я первинного рівня.

Процес оцінки та визначення якості первинної медичної допомоги проводиться на підставі національних стандартів, які є загальноприйнятими правилами медичної поведінки. Він має на меті вибір найкращого методу лікування і зменшення ризику допущення помилки під час реалізації лікувального чи профілактичного процесу. Управління якістю пов'язане з реалізацією змін у поведінці та діяльності фахівців сімейної медицини з метою все більшої фахової участі у процесах профілактики, раннього діагностування, лікування та медико-соціальної реабілітації хворих. При цьому слід знати, що якість діяльності закладу ПМД є сумарним проявом якості роботи та поведінки окремих фахівців під час надання медичних послуг.

Будь-які невідповідності стандартам роботи та поведінки фахівців визначаються у процесі внутрішнього професійного аудиту. Виявлення і виправлення порушень, а також ризиків у процесі внутрішнього професійного аудиту сприятиме реалізації таких переваг для пацієнтів, спеціалістів і закладів охорони здоров'я:

1. Переваги для пацієнтів:

- удосконалення надання системи медичних послуг;
- систематичне підвищення якості медичних послуг;
- постійне вивчення рівня задоволеності пацієнтів і адаптація до їхніх нових потреб і очікувань;
- створення сприятливої атмосфери для пацієнтів;
- дотримання прав пацієнтів і пошанування їх особистої гідності;
- старанне ведення документації про надану пацієнтові допомогу в закладі

охорони здоров'я.

2. Переваги для фахівців закладу первинної медичної допомоги:

- поліпшення міжособистісного спілкування (комунікативних можливостей);
- поліпшення ведення документації та її обігу;
- покращення організації праці;
- систематичне покращення безперервного професійного розвитку

працівників;

- підвищення мотивації до якісної роботи та створення високого особистого престижу і престижу ЗОЗ;
- підвищення ефективності роботи інтегрованої бригади фахівців;
- інтеграція професійних груп;
- активна участь фахівців СМ у поліпшенні якості медичних послуг в закладі

охорони здоров'я шляхом надання можливості подавати пропозиції щодо зміни системи професійної роботи;

- зростання довіри працівника до працедавця;
- упорядкування сфери обов'язків, прав і відповідальності працівників.

3. Переваги для закладу охорони здоров'я:

- ефективне управління закладом охорони здоров'я, що впливає на раціоналізацію витрат і поліпшення фінансового стану;

- зростання престижу та іміджу закладу;
- підвищення медичної культури, медичної етики і деонтології в ЗОЗ;
- зростання довіри зовнішніх організацій;
- адекватне сприйняття нових вимог до закладів первинної медичної

допомоги.

Отже, внутрішній професійний аудит сприяє підвищенню довіри пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що є пропорційною авторитету, побудованому на високому рівні якості медичних послуг, яка зумовлена безперервним професійним розвитком кожного лікаря і медичної сестри. Результатом внутрішнього професійного аудиту роботи окремих фахівців і підрозділів закладу ПМД можна вважати виправдані очікування пацієнтів, які, покидаючи заклад первинної медичної допомоги, повністю задоволені медичними послугами та переконані у тому, що, коли виникне потреба у черговому візиті до сімейного лікаря, медичні послуги будуть виконані на такому ж рівні якості.

Індивідуальний БПР, узгоджений з адміністрацією ЗОЗ, дозволяє кожному лікареві навчатись тому і тим способом, що є необхідним і придатним для його професійної практичної роботи. БПР ефективний тоді, коли він наповнений конкретним змістом і орієнтований на пацієнта; стимулює активність лікаря; сприяє отриманню важливих практичних результатів, які можуть запроваджуватись у конкретному ЗОЗ; є складовою частиною плану заходів, що стосуються підвищення якості медичної допомоги в цілому; сфокусований на розвиток інтегрованих бригадних форм організації праці; ґрунтується на набутих раніше знаннях, навичках і досвіді. Організація безперервного професійного розвитку значно відрізняється між собою і є недостатньо жорсткою навіть там, де необхідне підтвердження права лікаря на продовження медичної практики 1 раз у 5-7 років.

Так, у Швеції має місце персональна відповідальність лікаря за БПР, відсутні іспити для лікарів. Всі заходи з БПР сертифікує «Інститут професійного розвитку шведських лікарів». В Інтернеті подається огляд заходів з безперервного професійного розвитку. Кожний лікар має 3-річний план з БПР. Широко використовується навчання на робочому місці, участь у дискусіях. Наукові дослідження і досягнення у сфері доказової медицини стають частиною безперервного професійного розвитку фахівця. Використовується і формалізоване тестування знань з наголосом на різних аспектах професіоналізму на етапі удосконалення фахівців та їх переекстації [171, с. 106].

У Словенії формами БПР є читання лекцій або участь у конгресах, публікації науково-практичних повідомлень у фахових журналах, книгах, монографіях, самостійне навчання за допомогою мультимедійних програм і вивчення наукової літератури з письмовими відповідями на запитання; пізнавальні поїздки та відвідини закладів охорони здоров'я; читання індивідуальних лекцій для населення і медичних працівників; повідомлення на конференціях лікарів про хворих.

Обсяг безперервного професійного розвитку виражається у кредитах. Максимальна кількість кредитних одиниць (КО) будь-якої форми БПР – 20. За кожен годину читання лекцій присуджується 1 КО. Для оновлення ліцензії лікар повинен набрати 75 КО у процесі безперервного професійного розвитку протягом дії попередньої ліцензії (по 15 КО протягом 7 років). Лікарська Палата видає дозволи на організацію лекцій, семінарів та інших форм БПР на основі програм і пропозицій лікарів. Прикладами визначення кредитних одиниць з БПР у Словенії є такі значення: державні конференції, семінари, симпозіуми – за 1 годину 1 КО; міжнародні форуми – за 1 годину 1 КО; підвищення кваліфікації на робочому місці в інших ЗОЗ – за 1 тиждень 5 КО. Кожна надрукована науково-практична стаття дає до 5 КО, звіт про ускладнення у процесі лікування – 0,5 КО. Правильні відповіді на контрольні запитання із статті, надрукованої у визначених журналах, дають 0,5 КО за тест.

У Росії безперервний професійний розвиток лікарів є значно формалізованим з обов'язковим навчанням на очно-заочних циклах кафедр, хоч і враховує такі ж форми роботи, як у Словенії та Швеції.

Аналіз 62 опублікованих робіт, присвячених ефективності БПР у медичних спеціальностях, які провели автори [368], засвідчив позитивні зміни після проведеного навчання за програмою безперервного професійного розвитку. Лікарі, які оцінювали значення БПР для своєї практики, відзначили поліпшення власних знань і навичок. Автори наголошують, що ефективний БПР потрібно розглядати як процес, а не як окремих заходів. Вони роблять висновок, що безперервний професійний розвиток лікарів може включати різні форми навчання; вказують на те, що необхідно акцентувати увагу на правильній організації процесу БПР, ніж на спробах провести його точну оцінку; говорять про створення відповідних умов та культури реалізації ефективного процесу БПР згідно з потребами та інтересами лікаря, медичної служби, професійної команди та ЗОЗ.

5.2.2. Становлення державного управління безперервним професійним розвитком лікарів в Україні. На думку колективу авторів роботи «Медицина освіти в світі та в Україні», яка вийшла 2005 року і рекомендована МОЗ України для викладачів, магістрів, аспірантів і студентів, а також лікарів системи безперервного професійного розвитку в розумінні цього процесу Всесвітньою федерацією медичної освіти на той час ще не існувало [171, с. 104].

Автори названої роботи запропонували створити в Україні форму безперервного професійного розвитку на основі модульно-кредитної системи з урахуванням таких аспектів:

- для оцінки обсягу і якості професійної компетенції лікаря використовувати не менш ніж 50-100 кредитів за рік, що складатиме 250-500 кредитів за 5 років;
- у разі відсутності необхідної кількості кредитів протягом 5 років проводити підтвердження професійної компетентності в профільних комісіях, що складаються з представників адміністрації та лікарських асоціацій;
- можливість позбавлення сертифіката (ліцензії) на право лікувально-профілактичної роботи.

І хоч право вибору форми БПР і відповідальність за рівень своєї компетентності пропонується залишити за самим лікарем, до організації системи безперервного професійного розвитку необхідно залучити різні структури:

- керівників органів охорони здоров'я та асоціацій лікарів на регіональному рівні (семінари, стажування на робочому місці, товариства, клінічні конференції, науково-практичні конференції тощо);
- вищі медичні навчальні заклади (опанування новими медичними технологіями, науково-практичні конференції, проблемні лекції, навчальні семінари, стажування на робочому місці, дистанційне навчання тощо);
- асоціації лікарів, міжнародні програми (конгреси, наукові симпозиуми, конференції, стажування, дистанційне навчання тощо).

Політичний механізм державного управління системою безперервного професійного розвитку лікарів був створений МОЗ України у 2009 році, важливим інструментом реалізації якого став наказ МОЗ України «Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» від 07.07.2009 р. №484 [248].

Цим наказом визначені основні види діяльності лікарів і провізорів у період між передатестаційними циклами, які проводяться 1 раз на 5 років. І хоч до цих видів діяльності віднесені й ті, що проводяться у ВМНЗ під керівництвом викладачів, основна частина (19 із 22) видів діяльності відноситься до безперервного професійного розвитку. За кожний вид діяльності визначено певну кількість балів (кредитів). При цьому виділена постійна частина бальної системи оцінки. Це ті бали, що нараховуються за навчання на передатестаційних циклах у закладах (на факультетах) післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації. Ця частина визначена як 40 балів.

Варіантна частина бальної (кредитної) оцінки діяльності лікарів у міжтестатейному періоді стосується переважно неформалізованої ВМНЗ, а за власним його вибором на основі самостійного рішення лікаря, як це і

передбачається БПР. Однак до цієї частини чомусь віднесена навчальна діяльність, що відбувається під час підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти. Тематичні цикли удосконалення дають таку кількість балів: 1 тиждень – 10 балів, 2 тижні – 15, 3 тижні – 30, 6 тижнів – 45 балів. Окрім цього, навчання на курсах інформації і стажування в закладах (на факультетах) післядипломної освіти під керівництвом викладачів кафедр дають ще додатково: при одномісячних курсах – 20 балів, двохмісячних – 30 і чотирьохмісячних – 40 балів.

Останні два види навчальної діяльності спонукають кафедри факультетів післядипломної освіти реструктуризувати БПР на користь навчання на кафедрах, що їм дозволяє збільшувати кількість академічних годин. Є навіть приклади відмов лікарям у допуску до комп'ютерного контролю рівня знань на передатестаційному циклі і разі відсутності тематичного удосконалення на кафедрах протягом міжатестаційного періоду.

Основна ідея нового підходу до безперервного професійного розвитку сімейного лікаря полягає в тому, що БПР стає основоположним принципом освітньої системи фахівця та участі в ній лікаря впродовж всього його поліпрофільного процесу професійної діяльності на благо індивідуального здоров'я окремої людини та громадського здоров'я територіальної громади, яку він опікує. Ця всеосяжна за повнотою, індивідуалізована за часом, темпом і спрямованістю система надає кожному фахівцеві право і можливість реалізації власної програми професійного розвитку протягом всього періоду роботи за спеціальністю. Вона передбачає розподіл періодів навчання і трудової діяльності спеціаліста впродовж всього його життя.

Якщо метою діяльності вищих медичних навчальних закладів додипломної та післядипломної освіти України стане підготовка сімейного лікаря, який буде надавати висококваліфіковану первинну медичну допомогу як окремому пацієнтові, так і територіальній громаді в цілому; продовжуватиме постійно удосконалювати свої знання, уміння та професійні навички протягом трудового життя; оцінювати свою діяльність і намагатиметься поліпшити якість і ефективність своєї роботи, впроваджуючи результати наукових досліджень та інновацій, і всі ці процеси відбуватимуться у контексті командної роботи та реального життя в Україні, ми матимемо можливість оцінити нові освітні принципи в щоденній практиці кожного сімейного лікаря.

Формальна медична підготовка сімейного лікаря сьогодні базується на традиційній моделі освіти, метою якої є підготовка особи на виконання функцій фахівця первинної медичної допомоги. У контексті освіти враховуються лише формальні показники виконання програми підготовки та навчальних планів.

Змістом традиційної освіти є певний обсяг знань, умінь і навичок, які повинні бути міцно засвоєні студентами та курсантами або лікарями-інтернами для подальшого їх застосування. При цьому «енциклопедичність» знань, перевантаженість процесу навчання інформаційним фактографічним матеріалом часто не пов'язані ні з реаліями сучасного суспільства, ні із запитам студента чи слухача курсів удосконалення.

Основним компонентом змісту традиційної моделі медичної освіти є вивчення, «зубріння» багатьох медичних термінів і теорій.

Медична освіта в її традиційній моделі спрямована в минуле. Слухачі вивчають відомі теорії, чинний інколи протягом тривалого часу досвід лікування чи профілактики захворювань, відпрацьовують розроблені раніше методи розв'язання певних проблем.

Специфічними принципами навчання є послідовність теорій, міцність знань, їх доступність і дискретність; провідна роль теоретичних знань.

Головна роль викладача у традиційній моделі медичної освіти зводиться до дохідливого викладання пізнавальної інформації.

Роль слухача другорядна як програмованого елемента освітньої системи, який не має свободи вибору, реальних можливостей створення мети навчання та її здійснення.

Серед методів медичної освіти домінують інформаційно-репродуктивні методи навчання описового характеру. Проблемні та практичні методи використовуються здебільшого для ілюстрації, наочності та відтворення зразків минулого досвіду, дослідження причинно-наслідкових зв'язків.

Формами організації традиційної медичної освіти є переважно колективно-індивідуальні, при яких кожний студент чи слухач позадипломного навчання опановує матеріал з однаковим темпом для всієї академічної групи.

Спадкоємність додипломної та післядипломної медичної освіти не обов'язкова. Часто можна чути від викладачів факультетів (академії) післядипломної освіти таке звертання до своїх слухачів: «Забудьте все те, чого Вас вчили у студентські роки».

Результатом традиційної медичної освіти є кваліфікований фахівець, підготовлений лише для виконання певних медичних функцій, що не завжди може компетентно вирішувати соціальні та медико-соціальні завдання.

Сучасна модель безперервної професійної підготовки в Україні метою медичної освіти сімейного лікаря ставить цілісний розвиток особистості фахівця як найважливішого суб'єкта первинної медичної допомоги, який здатний протягом всього свого трудового життя підвищувати свої можливості щодо задоволення вимог з боку соціального оточення і вимог пацієнтів.

Змістом освіти у процесі безперервного професійного розвитку стає обсяг знань, умінь і навичок, досвід їх придбання та практичного застосування, сам освітній процес, шляхи та способи самостійного пошуку і відкриття; випередження розвитку суспільства, особисті професійні досягнення, навички та вміння, а також інші сфери соціальної практики. БПР сприяє спадкоємності у медичній освіті.

Основним компонентом безперервного професійного розвитку сімейного лікаря є самоосвіта на вимогу потреб пацієнтів. Самоосвіта спрямована у майбутнє. Сам лікар формує свої професійні цілі, шукає шляхи їх досягнення, передбачає можливі наслідки власних освітянських рішень і дій.

Специфічними принципами БПР сімейного лікаря є демократизм прийняття рішень, мобільність дій на випередження, відвертість і неперервність навчального процесу.

Викладач чи наставник виконує функцію організатора навчального процесу сімейного лікаря, а також забезпечує методичне керівництво та надає консультативну допомогу з індивідуальним підходом до проблем, що виникають у процесі професійного розвитку особистості фахівця.

При цьому лікар є повноправним суб'єктом формування своїх здатностей та прагнень і можливостей самовдосконалення, різнобічного професійного саморозвитку.

Серед методів освіти у процесі БПР домінують продуктивні, активнотворчі методи навчання, які пропонують самостійну і творчу діяльність проблемно-практичного характеру з метою отримання не лише знань, але й досвіду їх самостійного пошуку і досягнення результату.

Щодо форми організації освіти у процесі безперервного професійного розвитку сімейного лікаря, то тут діє індивідуально-колективний принцип, при якому кожний лікар має можливість освоювати матеріал своїм темпом, не залежно від товаришів по навчанню.

Ключовою основою безперервного розвитку сімейного лікаря є спадкоємність і послідовність між додипломною, післядипломною освітою і БПР.

Наслідком освоєння моделі безперервного професійного розвитку сімейним лікарем є компетентний фахівець, який, крім професійних знань, вмінь і навичок, що характеризують його кваліфікацію, володіє такими якостями, як ініціатива, толерантність до інших, здатність до роботи у групі (команді), комунікативність, вміння постійно навчатися, логічно мислити, добирати, оцінювати та використовувати професійну інформацію.

Як видно з наведених вище даних, у системі безперервного професійного розвитку сімейних лікарів самоосвіта виконує роль об'єднуючої ланки між стадіями чи етапами організованого навчання, додаючи освітньому процесові цілісності та висхідного характеру. БПР являє собою інформаційно-забезпечувальну діяльність фахівця, яка здійснюється шляхом придбання (опанування), накопичення, упорядкування, систематизації та відновлення знань, умінь і навичок з метою задоволення пізнавальних потреб, які мотивують самоосвіту особистості для здійснення різноманітних видів професійної діяльності.

Переважною формою безперервного професійного розвитку є неформальна освіта, програма або курси якої не супроводжується видачею документа, який змінює профіль роботи фахівця. Характерними рисами неформальної освіти є те, що вона:

- не належить до державних програм обов'язкової освіти;
- може проходити у будь-яких умовах, поза межами офіційно організованих навчальних закладів і без участі професійних викладачів;
- здебільшого це самоосвітня діяльність, яка спрямована на одержання (набуття) додаткових, необхідних тому, хто навчається, знань, умінь і компетентностей;
- не обов'язково має організований, цілеспрямований та систематичний характер;
- формально не визнається і не обов'язково завершується видачею сертифіката встановленого зразка;

– не має вікових, професійних чи інтелектуальних обмежень щодо учасників і нерідко не обмежується часовими рамками.

До сфери безперервного професійного розвитку як неформального навчання належать курси, тренінги, короткі програми, що пропонуються на будь-якому етапі фахової діяльності та мають на меті практичні короткострокові цілі; участь у науково-практичних семінарах, конференціях, з'їздах, конгресах, засіданнях професійних асоціацій, наукових товариств тощо.

Інформальна (спонтанна) професійна освіта сімейного лікаря – це неорганізований, не завжди усвідомлений, однак цілеспрямований процес формування і збагачення компетентностей особистості фахівця, опанування нових знань і умінь в ході повсякденної його життєдіяльності через професійне спілкування з товаришами по роботі, читання засобів масової інформації, професійних часописів, відвідання інших ЗОЗ, навчання на своєму досвіді та досвіді інших. Такий безперервний професійний розвиток мало піддається зовнішньому регулюванню, хоча впливає на розвиток фахівця, тому що може відбуватися навіть мимовільно, без певної професійної мети. Інформальна освіта сімейного лікаря певною мірою ототожнюється із його соціалізацією, включаючи в себе всі засоби впливу на особистість спеціаліста: соціальне середовище, наявність монографічної, науково-практичної, довідникової та художньої літератури, доступність ЗМІ, Інтернету, електронної пошти, вплив колег, друзів і навіть культурно-просвітницькі та розважальні заходи. Отримані знання не завжди є систематизованими, глибокими, науково обґрунтованими, хоча не виключається, що лікар загальної практики – сімейної медицини може займатися самоосвітою досить плановірно і ефективно. Результатом інформальної освіти є ознайомлення з культурними нормами пацієнтів, здобуття необхідних знань, умінь і навичок у формі життєвого досвіду і компетентності.

Важливого значення у безперервному професійному розвитку сімейного лікаря в сучасних умовах набуває дистанційне навчання. Це вид навчальної діяльності, заснований на комплексному використанні технічних засобів передачі інформації. Особливостями дистанційного навчання є можливість просторового розділення викладача і слухача чи глядача, застосування інформаційно-комунікативних технологій (зокрема віртуальних навчальних середовищ), заснованих на використанні персональних комп'ютерів, відео- і аудіотехніки, мультимедійних засобів навчання.

І.М. Антонян і співавтори [5, с. 108-109] показали, що важливою умовою ефективного опанування знаннями під час спеціалізації за програмою «Загальна практика – сімейна медицина» є використання персонального комп'ютера, інтегрованого в електронну сітку Інтернет. Введення курсу навчальної підготовки користувачів персональних комп'ютерів на циклі спеціалізації дозволяє систематизувати знання, отримані під час навчання, і полегшує у майбутньому процес самостійного навчання сімейних лікарів у процесі безперервного професійного розвитку.

Однак, на думку О.Б. Яшенко і співавторів [74, с. 19-20], при впровадженні дистанційного навчання у БПР слід урахувати багато компонентів, до яких

Викладач чи наставник виконує функцію організатора навчально-сімейного лікаря, а також забезпечує методичне керівництво консультативну допомогу з індивідуальним підходом до проблем, що в процесі професійного розвитку особистості фахівця.

При цьому лікар є повноправним суб'єктом формування своїх здатностей і можливостей самотворення, різнобічного професійного саморозвитку.

Серед методів освіти у процесі БПР домінують продуктивні, активні методи навчання, які пропонують самостійну і творчу діяльність практичного характеру з метою отримання не лише знань, але й самостійного пошуку і досягнення результату.

Щодо форми організації освіти у процесі безперервного професійного розвитку сімейного лікаря, то тут діє індивідуально-колективний принцип, якому кожний лікар має можливість освоювати матеріал своїм темпом, не від товаришів по навчанню.

Ключовою основою безперервного розвитку сімейного лікаря є спадкоємність між додипломною, післядипломною освітою і БПР.

Наслідком освоєння моделі безперервного професійного розвитку сімейного лікарем є компетентний фахівець, який, крім професійних знань, умінь і навичок, характеризує його кваліфікацію, володіє такими якостями, як толерантність до інших, здатність до роботи у групі (команді), комунікативні вміння постійно навчатися, логічно мислити, добирати, оцінювати використовувати професійну інформацію.

Як видно з наведених вище даних, у системі безперервного професійного розвитку сімейних лікарів самоосвіта виконує роль об'єднуючої ланки між стадіями чи етапами організованого навчання, додаючи освітньому процесу цілісності та висхідного характеру. БПР являє собою інформаційно-забезпечувальну діяльність фахівця, яка здійснюється шляхом придбання (опанування), накопичення, упорядкування, систематизації та відновлення знань, умінь і навичок з метою задоволення пізнавальних потреб, які мотивують самоосвіту особистості до здійснення різноманітних видів професійної діяльності.

Переважною формою безперервного професійного розвитку є неформальна освіта, програма або курси якої не супроводжується видачею документа, який змінює профіль роботи фахівця. Характерними рисами неформальної освіти є те, що вона:

- не належить до державних програм обов'язкової освіти;
- може проходити у будь-яких умовах, поза межами офіційно організованих навчальних закладів і без участі професійних викладачів;
- здебільшого це самоосвітня діяльність, яка спрямована на одержання (набуття) додаткових, необхідних тому, хто навчається, знань, умінь і компетентностей;
- не обов'язково має організований, цілеспрямований та систематичний характер;
- формально не визнається і не обов'язково завершується видачею сертифіката встановленого зразка;

– не має вікових, професійних чи інтелектуальних обмежень щодо учасників і нерідко не обмежується часовими рамками.

До сфери безперервного професійного розвитку як неформального навчання належать курси, тренінги, короткі програми, що пропонуються на будь-якому етапі фахової діяльності та мають на меті практичні короткострокові цілі; участь у науково-практичних семінарах, конференціях, з'їздах, конгресах, засіданнях професійних асоціацій, наукових товариств тощо.

Інформальна (спонтанна) професійна освіта сімейного лікаря – це неорганізований, не завжди усвідомлений, однак цілеспрямований процес формування і збагачення компетентностей особистості фахівця, опанування нових знань і умінь в ході посвяченню його життєдіяльності через професійне спілкування з товаришами по роботі, читання засобів масової інформації, професійних часописів, відвідання інших ЗОЗ, навчання на своєму досвіді та досвіді інших. Такий безперервний професійний розвиток мало піддається зовнішньому регулюванню, хоча впливає на розвиток фахівця, тому що може відбуватися навіть мимовільно, без певної професійної мети. Інформальна освіта сімейного лікаря певною мірою ототожнюється із його соціалізацією, включаючи в себе всі засоби впливу на особистість спеціаліста: соціальне середовище, наявність монографічної, науково-практичної, довідникової та художньої літератури, доступність ЗМІ, Інтернету, електронної пошти, вплив колег, друзів і навіть культурно-просвітницькі та розважальні заходи. Отримані знання не завжди є систематизованими, глибокими, науково обґрунтованими, хоча не виключається, що лікар загальної практики – сімейної медицини може займатися самоосвітою досить планово і ефективно. Результатом інформальної освіти є ознайомлення з культурними нормами пацієнтів, здобуття необхідних знань, умінь і навичок у формі життєвого досвіду і компетентності.

Важливого значення у безперервному професійному розвитку сімейного лікаря в сучасних умовах набуває дистанційне навчання. Це вид навчальної діяльності, заснований на комплексному використанні технічних засобів передачі інформації. Особливостями дистанційного навчання є можливість просторового розділення викладача і слухача чи глядача, застосування інформаційно-комунікативних технологій (зокрема віртуальних навчальних середовищ), заснованих на використанні персональних комп'ютерів, відео- і аудіотехніки, мультимедійних засобів навчання.

І.М. Антонян і співавтори [5, с. 108-109] показали, що важливою умовою ефективного опанування знаннями під час спеціалізації за програмою «Загальна практика – сімейна медицина» є використання персонального комп'ютера, інтегрованого в електронну сітку Інтернет. Введення курсу навчальної підготовки користувачів персональних комп'ютерів на циклі спеціалізації дозволяє систематизувати знання, отримані під час навчання, і полегшує у майбутньому процес самостійного навчання сімейних лікарів у процесі безперервного професійного розвитку.

Однак, на думку О.Б. Яценко і співавторів [74, с. 19-20], при впровадженні дистанційного навчання у БПР слід урахувати багато компонентів, до яких

Продовження таб.

| 1 | 2 | |
|----|---|---------------------------------------|
| 7 | Науково-педагогічна (педагогічна) робота у вищих медичних навчальних закладах (на факультетах) післядипломної освіти I-II рівнів акредитації: - за основним місцем роботи; - за сумісництвом; | 20 10 |
| | III-IV рівнів акредитації: - за основним місцем роботи; - за сумісництвом | 30 15 10 |
| 8 | Керівництво групою інтернів на базі стажування | |
| 9 | Участь в науково-практичній конференції, симпозиумі, з'їзді, конгресі, засіданні професійної асоціації за спеціальністю міжнародних (в країнах Європи, Азії та Америки) (за 3 форуми): - з доповіддю; - без доповіді; міжнародних в країнах СНД (за 5 конференцій): - з доповіддю; - без доповіді; національних (за 5 форумів): - з доповіддю; - без доповіді; регіональних (за 10 конференцій): - з доповіддю; - без доповіді | 9 3 10 2 5 2 5 2 |
| 10 | Видання фахового: - підручника; - навчального посібника; - монографії | 30 20 20 |
| 11 | Публікація статті у фахових виданнях: - одноосібно; - у співавторстві | 10 5 |
| 12 | Отримання патенту на фаховий винахід: - одноосібно; - у співавторстві | 20 10 |
| 13 | Видання: - галузевих методичних рекомендацій; - інформаційного листа, раціоналізаторської пропозиції. Підготовка експертного висновку обласного рівня. Участь у розробці нормативних документів | 6 3 3 3 |
| 14 | Упровадження у практичну діяльність інноваційних розробок і технологій, нових методів діагностики, лікування і профілактики | 3 10 |

Закінчення табл. 5.8

| 1 | 2 | 3 |
|----|--|-------------|
| 15 | Публікація в тезах науково-практичної конференції, симпозиуму, з'їзду, конгресу: - міжнародних; - національних; - регіональних | 5 3 2 |
| 16 | Виступи у середніх і загальноосвітніх закладах та на підприємствах. Виступи та публікації в засобах масової інформації, в тому числі місцевих | 2 3 |
| 17 | Присвоєння звання «Заслужений лікар України», «Заслужений діяч науки і техніки України», «Заслужений працівник охорони здоров'я України», «Заслужений працівник освіти» | 20 |
| 18 | Нагородження грамотою Верховної Ради України, Почесною грамотою Кабінету Міністрів України, Почесною грамотою Міністерства охорони здоров'я України, Почесною грамотою Міністерства охорони здоров'я Республіки Крим і грамотами облдержадміністрацій, відомчою заохочувальною відзнакою Міністерства охорони здоров'я України – нагрудним значком «Хрест Пантелеймона Цілителя» | 10 |
| 19 | Обіймання посади головного позаштатного спеціаліста району, міста, області | 5 |
| 20 | Захист дисертацій на здобуття наукових ступенів: - доктора медичних наук; - кандидата медичних наук | 40 30 |
| 21 | Робота в закладах охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості не менше 3-х років | 10 |

При аналізі уніфікованих робочих програм, за якими навчаються на одніомісячних передатестаційних циклах сімейні лікарі, нами виявлено, що лікарі II, I і вищої кваліфікаційних категорій навчаються за однією програмою, яка без особливих змін може повторюватися лікарям кожні 5 років.

Підвищення кваліфікації на передатестаційному циклі, на нашу думку, можливо цілком виправдано, можна замінити іншими видами пізнавальної діяльності у процесі безперервного професійного розвитку. Це стосується особливо тих лікарів, які проходять передатестаційний цикл не для присвоєння іншої, а для підтвердження тої ж самої кваліфікаційної категорії.

І ще одна особливість передатестаційного циклу підготовки. За кожний робочий день навчання на передатестаційному циклі слухач отримує 1,6 бала (40 : 24), тоді як за 1 день роботи на регіональній конференції без доповіді отримує всього 0,2 бала, хоч будь-яка конференція теж розраховується на 6 академічних (тобто 4,5 астрономічних) годин.

Щодо участі сімейних лікарів у науково-практичних конференціях, симпозиумах, конгресах, засіданнях професійних асоціацій, то поділ таких форумів на міжнародні, національні та регіональні, на нашу думку, не доцільний і навіть шкідливий. Адже сімейний лікар як і лікар будь-якої іншої спеціальності з регіональної конференції може винести стільки ж інформації, необхідної для практичної діяльності, скільки він виносить і з міжнародної конференції, а можливо, й більше. А крім цього, вносячи таку диференціацію щодо вкладу участі в роботі різного рівня науково-практичних форумів у безперервний професійний розвиток нашого лікаря, ми компрометуємо в очах конкретного лікаря рівень науково-практичної інформативності національних форумів. Такі ж думки виникають і у наших професійних колег за кордоном. Тому, на нашу думку, для всіх науково-практичних форумів, починаючи з регіональних науково-практичних конференцій і кінчаючи міжнародними, має бути встановлено єдину шкалу значення освітньої діяльності лікарів. Вона не має бути меншою за кількість балів (кредитів), ніж навчання протягом 1 дня на передатестаційному циклі, за умови, якщо учасник форуму не виступає з доповіддю, а форум триває 1 день. Організатори більшості сучасних науково-практичних форумів видають сертифікати їх учасникам, в яких визначається кількість кредитів, що можуть бути зараховані конкретному лікарю до БПР за участь в його роботі.

Відносно оцінки виступу з доповіддю сімейного лікаря на будь-якому форумі ми вважаємо, що вона має бути адекватною публікації в тезах науково-практичної конференції, симпозиуму, з'їзду чи конгресу за умови, коли такі тези не видаються, а виступ зазначений лише в програмі заходу. Якщо ж тези чи доповіді на будь-якому форумі є надрукованими, то кількість кредитів (балів) для лікарів за доповідь може визначатись шкалою за надруковані тези.

5.2.3. Безперервний професійний розвиток фахівців центру первинної медичної допомоги клініки. Після створення у 2004 році центру первинної медико-санітарної допомоги у складі комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова основними завданнями цього підрозділу, що нараховував у своєму складі 66 сертифікованих сімейних лікарів і 82 медичних сестри ЗП-СМ, стали:

- переорієнтація первинної медико-санітарної допомоги на профілактику захворювань, формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп шляхом формування здорового способу життя у широких верств населення;
- упровадження сучасних діагностичних, лікувальних і реабілітаційних технологій при різних захворюваннях, травмах і патологічних станах на базі керіваності з боку сімейних лікарів, стандартизації та доказової медицини [53; 59, с. 392-397].

Враховуючи те, що під час 6-місячного циклу одночасної перепідготовки колишніх дільничних терапевтів і дільничних педіатрів на факультеті післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького питанням лікувально-діагностичного процесу приділялось достатньо уваги, а медичній валеології та превентивній медицині – дуже мало, основний напрямок БПР адміністрацією КМКП було зосереджено на підготовці до

ефективного і якісного виконання першого завдання: формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп і первинної та вторинної профілактики найпоширеніших захворювань серед мешканців територіальної громади Залізничного району м. Львова, що налічувала на той час 85,9 тисяч дорослого населення і дітей.

Становлення сімейної медицини як основи ПМД, що спрямована на комплексну організацію заходів з пропаганди принципів здорового способу життя, профілактики захворювань і надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, сприяло запровадженню концепції превентивної медицини – концепції чинників ризику – у повсякденне професійне життя фахівців сімейної медицини великої міської поліклініки.

На базі поліклініки працювала поліпрофільна кафедра поліклінічної справи та сімейної медицини ЛНМУ. Студенти шостого курсу медичного університету навчалися протягом 9 років на цій кафедрі за оригінальною, створеною вченими університету разом із лікарями поліклініки програмою «Поліклінічна справа і сімейний лікар» [245]. Одночасно зі студентами медичного університету на цій же базі навчалися студенти медичного коледжу і факультету медсестринської освіти ЛНМУ за вперше створеною в Україні викладачами коледжу і названої вище кафедри програмою «Громадське здоров'я і громадське медсестринство». Остання програма була затверджена МОЗ України. А згодом колективами авторів за участю розробників названих вище програм видані з грифами МОЗ України навчальний посібник «Поліклінічна справа і сімейний лікар» [226] і підручник «Громадське здоров'я і громадське медсестринство» [60]. Обидва ці видання присвячені вивченню студентами проблем превентивної медицини на основі концепції чинників ризику. За нею, здоров'я кожної людини визначається двома групами факторів: внутрішніми (ендогенними), що включають генетичні особливості організму, його стать і вік, та зовнішніми (екзогенними), котрі зумовлені етнічними традиціями, харчовими звичками, впливом клімату та шкідливих речовин тощо. Постійне порушення рівноваги між впливом зовнішніх та внутрішніх чинників і адаптаційними можливостями людського організму призводить до передхворобливого стану і різних захворювань, особливо тоді, коли зміни довілля виходять за межі можливостей пристосувальних і компенсаторних механізмів організму здорової людини [126, с. 184-189].

Відомо, що профілактична медицина має значні переваги порівняно з лікувально-реабілітаційною, а також значно дешевша за останню. Превентивна концепція стилю і способу життя кожної людини, її родини, територіальної громади, медицини як науки та охорони здоров'я, соціальної політики держави можлива лише у випадку збігу інтересів у системі «людина – її родина – родинний лікар – територіальна громада (суспільство) – держава». Власне цей ланцюг замкнутий у кільце і, хоч проблеми індивідуального і громадського здоров'я не зводяться одна до одної, роз'єднати їх неможливо [60, с.8].

Успіх профілактичної спрямованості у сфері первинної медичної допомоги та СОЗ загалом значною мірою залежить від територіальної дільничної служби, яка перейшла на засади сімейної медицини, що стала основою ПМД у всіх економічно розвинених країнах.

Головним помічником сімейного лікаря та його партнером у центрі ПМД щодо вирішення проблем превентивної медицини на сімейно-територіальній дільниці стала медична сестра загальної практики – сімейної медицини. Вони активно проводять санітарно-освітню роботу серед населення на дільниці щодо профілактики найпоширеніших хвороб і травм, режиму праці і відпочинку, раціонального та лікувально-профілактичного харчування, шкідливості наркотиків, куріння, зловживання алкогольними напоями; пропагує і запроваджує принципи здорового способу життя, який називають «універсальною вакциною проти хвороб». Працюючи під безпосереднім керівництвом сімейного лікаря, медична сестра активно займається формуванням, збереженням і зміцненням здоров'я здорових та відновленням здоров'я під час хвороби не лише кожного окремого мешканця сімейно-територіальної дільниці, а й громадського здоров'я територіальної громади [54, с. 210-215].

Сімейний лікар разом із громадською медичною сестрою на сімейно-територіальній дільниці активно залучають до формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я мешканців дільниці, державні органи, місцеве самоврядування, громадські організації, що безпосередньо не займаються охороною здоров'я. Шляхом такої співпраці територіальна громада через свої органи місцевого самоврядування та громадські організації бере участь не лише в оздоровленні своїх членів і формуванні громадського здоров'я, але й через сімейну медицину створює засади громадянського суспільства.

Безперервний професійний розвиток у повсякденній роботі сімейного лікаря розглядається у сучасній первинній медичній допомозі України як громадянський обов'язок, що продовжується протягом всього періоду його фахової діяльності. Він виступає запорукою постійного удосконалення якості медичної допомоги громадянам країни.

Якщо сімейний лікар центру первинної медичної допомоги не здатний до систематичного поповнення своїх професійних знань, то він швидко втрачає рівень своєї компетентності, тому що фундаментальні знання у сфері сімейної медицини, яка охоплює багато напрямків охорони здоров'я, швидко змінюються. А це призводить до заміни старих методів лікувально-профілактичної роботи новими, прогресивнішими [156, с. 68-74; 347, с. 16]. Нові методи й технології охорони здоров'я вимагають медичних працівників брати на себе нові обов'язки, що потребують для їх виконання нових компетентностей.

Однією з найважливіших проблем діяльності сучасних фахівців ЗП-СМ є переорієнтація їх фундаментальних поглядів і практичних дій із застарілої доктрини охорони здоров'я, яка базується на суто медичних засадах діагностики захворювань, лікування і реабілітації хворих, на принципи профілактичної медицини. Остання включає в себе медичну валеологію і первинну профілактику найпоширеніших захворювань.

Медична валеологія своїм об'єктом впливу має здорову людину і людину в «стремьому» стані, тобто практично здорову особу, у якої наявні незначні зміни в організмі або чинники ризику виникнення певного захворювання.

Система практичної медицини в нашій країні називається охороною здоров'я, хоч реально займається переважно лікуванням хворих та вторинною профілактикою

прогресування хронічних захворювань чи їх ускладнень. За визначенням охорони здоров'я, всі медичні працівники сімейної медицини першочергово повинні працювати на охорону здоров'я здорової людини. І лише у випадку виникнення того чи іншого захворювання сімейні лікарі мали би займатися лікувально-реабілітаційною допомогою хворим з метою відновлення їх здоров'я.

Питання здоров'я і хвороби людини завжди знаходились у компетенції медичних працівників закладів первинної медичної допомоги, до яких відносяться фахівці сімейної медицини. Вони мають знати і застосовувати у конкретних ситуаціях як заходи з медичної валеології та превентивної медицини, так і методи сучасної лікувально-реабілітаційної допомоги, які ґрунтуються на нових технологіях доказової медицини. Найефективніше профілактичну роботу в сучасному суспільстві можуть виконувати фахівці сімейної медицини (сімейні лікарі та медичні сестри загальної практики – сімейної медицини). Знаючи стан здоров'я не лише кожної окремої людини, яка мешкає на сімейно-територіальній дільниці та знаходиться під опікою цих фахівців, але й її родини, сімейний лікар і медична сестра центру ПМД, які працюють на дільниці як професійні партнери, можуть компетентно, якісно і ефективно впливати на здоров'я не лише окремої людини, але й цілої родини, а через це і на громадське здоров'я [56, с. 56-59; 58, с. 132-135].

Індивідуальне здоров'я кожної окремої людини, передовсім, формується в сім'ї як найближчому біосоціальному оточенні, де зароджується і народжується індивід, а також твориться його особистість. Тому найуспішніше реалізуються комплекси валеологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів в умовах сімейного оточення і за активної участі всієї сім'ї у цьому процесі. Отже, розвиток сімейної медицини як науки та практичних дій її фахівців, спрямованих на формування, збереження і зміцнення здоров'я окремої людини та її сім'ї, а також профілактика захворювань, мають виняткове значення.

У процесі навчання фахівців СМ на додипломному етапі та під час післядипломної підготовки недостатньо уваги приділяється профілактичному спрямуванню їх фахових знань і практичних навичок, тому профілактична компетентність сімейних лікарів виявилась досить низькою. Особливо вона є низькою після перепідготовки колишніх дільничних терапевтів на 6-місячному циклі спеціалізації за програмою «Загальна практика – сімейна медицина», в якій лише 8% навчального часу приділено превентивній медицині, а у практичній діяльності щодня сімейні лікарі приймають до 32% пацієнтів з профілактичною метою. Тому в центрі ПМД комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова цим аспектам були присвячені спеціальні заняття у системі безперервного професійного розвитку за модульно-кредитною системою. У проєкті брали участь 66 сертифікованих сімейних лікарів та 82 медичні сестри, які закінчили перепідготовку за програмою «Загальна практика – сімейна медицина» [50, с. 290-293; 51, с. 184-189; 52, с. 71-72].

Перший рік освіти у системі БПР складався з 9 змістових модулів, які присвячувалися поглибленню знань та компетентностей фахівців сімейної медицини з проблем превентивної медицини та медичної валеології. Один раз на місяць викладачі кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини ЛНМУ читали оглядові й проблемні лекції з медичної валеології та профілактичної медицини.

Упродовж місяця сімейні лікарі та медичні сестри ЗП-СМ опрацьовували на практиці основні питання чергового змістового модуля, з якого прочитана лекція, а на наступній лекції проводився модульний контроль знань за тестовою системою з відповідною бальною оцінкою знань, умінь і практичних навичок, набутих протягом місяця.

Другий рік навчання був присвячений опрацюванню умінь фахівців сімейної медицини у процесі практичної роботи на дільниці. Щомісячно проводились тематичні семінари, на яких учасники обговорювали актуальні питання, що стосувались проблем формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп, а також первинної профілактики найпоширеніших соматичних захворювань серед дорослого та дитячого населення Залізничного району м. Львова, з яким працювали фахівці сімейної медицини центру ПМСД. Крім цього, кожний учасник занять з БПР щомісячно вирішував тестові завдання різних рівнів складності за опрацьованим самостійно навчальним модулем.

На третьому році учасники програми БПР проходили тренінги на робочому місці, виконуючи локальну цільову програму «Сімейна профілактика гіпертонічної хвороби», яка опрацьована учасниками системи безперервного професійного розвитку і затверджена головним лікарем закладу. На робочих місяцях вирішувались практичні завдання щодо валеологічної та профілактичної роботи з конкретними пацієнтами, у яких виявлено чинники ризику з виникнення есенціальної гіпертензії. Хворим на гіпертонічну хворобу проводились комплекси лікувально-профілактичних заходів щодо попередження прогресування захворювання та його таких ускладнень, як інсульти та інфаркт міокарда. Відпрацьовувався організаційний механізм управління профілактичною професійною допомогою фахівців сімейної медицини на мікро- та індивідуальному рівнях.

Модульний контроль щодо опанування практичними навичками профілактичної роботи кожного фахівця сімейної медицини проводився щомісячно шляхом вирішення конкретних ситуаційних задач щодо опрацювання комплексу заходів з медичної валеології для конкретної здорової людини чи профілактики певного захворювання, чинники ризику якого знайдено у ще здорового пацієнта під час профілактичного огляду в клініці, амбулаторії сімейної медицини чи вдома під час обслуговування виклику до іншого члена сім'ї. Відповіді на тестові завдання у письмовому вигляді подавались відповідальному за БПР у центрі первинної медичної допомоги клініки та оцінювались ним за п'ятибальною системою.

Результати модульних контролів заносились у спеціальну відомість з БПР і в кінці календарного року визначалась кількість кредитних одиниць (КО). Кожному учаснику системи БПР у кінці календарного року видавався сертифікат, який підтверджував рівень освітньої роботи фахівця у процесі безперервного професійного розвитку з проблем превентивної допомоги за рік. Ці бали враховувалися під час визначення рейтингу в центрі ПМСД в кінці календарного року, що впливало на визначення моральних і матеріальних стимулів кращим фахівцям, а також надбавок до заробітної плати за інтенсивність праці.

Відповідальність кожного фахівця сімейної медицини за постійне підвищення рівня своєї компетентності у сфері превентивної медицини адміністрація клініки розглядає як основний професійний обов'язок кожного фахівця сімейної медицини

центру ПМСД. В клініці створені всі можливості для БПР фахівців сімейної медицини: призначено відповідального, визначено фіксований час для проведення заходів з безперервного професійного розвитку, на базі закладу проводяться обласні навчально-методичні семінари та науково-практичні конференції, переривчасте стажування на робочих місцях, працює центр інформаційних ресурсів тощо. Використовуються всі методи безперервного професійного розвитку, що визначені наказом МОЗ України, а відділом кадрів видаються персональні довідки за шкалою значень різних видів навчальної роботи у процесі БПР для атестації фахівців на відповідні кваліфікаційні категорії.

Створення оптимальних умов для безперервного професійного розвитку фахівців сімейної медицини та мотиваційного механізму державного управління на мікрорівні (у центрі первинної медико-санітарної допомоги) процесом безперервного самоудосконалення сімейних лікарів і медичних сестер ЗП-СМ на основі модульно-кредитної системи сприяло досягненню гарантованої якості надання медичної допомоги на рівні європейських стандартів. Про це свідчать конкретні досягнення клініки.

Формування закладів ЗП-СМ у Львівській області впродовж останніх років відбувалося досить активно. На час закінчення реалізації обласної цільової програми «Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2008-2011 роки» на Львівщині функціонувало 275 закладів сімейної медицини, з них у сільській місцевості – 172, у містах – 103, в яких працювало 747 сертифікованих сімейних лікарів.

На кінець 2015р. кількість закладів ЗП-СМ становила 316 одиниць, з них 185 сільських лікарських амбулаторій. Понад 66% населення Львівської області епостерігається у сімейних лікарів.

З метою ефективної реалізації організаційного механізму державного управління безперервним професійним розвитком фахівців сімейної медицини у всіх закладах ПМД Львівщини, які працюють на засадах сімейної медицини, на наше переконання, слід створити систему управління БПР. При цьому необхідно правильно планувати та реалізувати навчальні заходи з урахуванням конкретних потреб та інтересів кожного учасника системи навчання, служби ПМД, клінічної команди та закладу охорони здоров'я. Шляхом реалізації індивідуальних планів БПР, узгоджених з адміністрацією ЗОЗ, асоціацією фахівців сімейної медицини, кожний фахівець одержує можливість навчатись тому, що є необхідним для його практичної діяльності [51, с. 184-189; 182; 215].

Наказом МОЗ України «Про затвердження примірного положення про територіальний навчально-тренінговий центр сімейної медицини» від 27.03.2013 р. №240 визначено, що головним завданням територіального навчально-тренінгового центру сімейної медицини (ТНТЦСМ) є організаційний супровід післядипломної підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів та медичних сестер щодо надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та участь у її навчально-методичному забезпеченні щодо оволодіння фахівцями практичними професійними навичками.

Навчально-тренінговий центр є структурним підрозділом центру ПМД закладу охорони здоров'я. Його очолює працівник центру ПМД, на якого

покладаються головним лікарем закладу обов'язки завідувача центру.

Завідувач центру складає план роботи, що включає питання організації проведення лекційних, семінарських та практичних занять, виїзних циклів тематичного удосконалення і тренінгів, курсів інформатизації та стажування родинних лікарів і медичних сестер, що здійснюються вищими медичними навчальними закладами та іншими організаціями, які мають на це право; забезпечення навчально-методичною та науково-методичною літературою розвитку сімейної медицини; участь в організації підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації сімейних лікарів і медичних сестер; проведення наукових практичних конференцій з проблем сімейної медицини, підготовки доповідей сімейних лікарів на наукових форумах і статей для опублікування в наукових виданнях тощо.

Безперервний професійний розвиток фахівців сімейної медицини, на нашу думку, має організовуватись на основі рейтингової оцінки якості медичної допомоги. Фахівці, професійна діяльність яких на основі рейтингової оцінки визнана нижче середньої, повинні піддаватись внутрішньому професійному аудиту. Він є найоб'єктивнішим методом оцінки рівня та якості лікувально-діагностичної та профілактичної діяльності сімейного лікаря. Окрім цього, внутрішній професійний аудит виконує і значну навчальну функцію. Він дозволяє вивчити не лише кінцевий результат професійної діяльності конкретного фахівця, але й окремі, найбільш уразливі технологічні ланки його роботи, що дозволяє досвідченому професійному аудиторі корегувати дії лікаря на конкретній ділянці медичної допомоги та навчати правильним професійним діям.

Організація БПР фахівців сімейної медицини не є формалізованою, тому дуже важливо мати постійний зворотний зв'язок з лікарями, які самі вибрали форму підвищення своєї компетентності, того навчально-тренінгового центру, клініки чи кафедри навчального закладу, де вони проходять навчання у процесі безперервного професійного розвитку.

За своєю суттю безперервний професійний розвиток надає широкі можливості для постійного удосконалення професійної майстерності фахівцям сімейної медицини та може переходити в коучинг як школу підготовки лідерів колективів центрів первинної медичної допомоги. Сімейний лікар у процесі БПР залучається не лише до інноваційної роботи з розвитку охорони здоров'я своїх пацієнтів, але й до організаційної, управлінської, менеджерської, маркетингової діяльності, викладацької та дослідницької роботи. Усі ці сфери діяльності фахівців ЗП-СМ сприяють постійному зростанню їх компетентності щодо розв'язання складних медико-соціальних проблем, з якими до них звертаються пацієнти.

Система безперервного професійного розвитку замінює інформальний (спонтанний) вид навчання фахівців сімейної медицини на неформальний (самостійний, однак плановий) вид освітньої діяльності протягом усього професійного життя без відриву від своєї роботи. Центральне місце у цьому надзвичайно складному, однак і настільки ж продуктивному процесі посідають його планування, організування і мотивування. При цьому особливе значення щодо постійного самоудосконалення набувають не лише зовнішні спонукальні мотиви та професійні інтереси, але й внутрішні – бажання самоудосконалення та

ствердження не лише як професіонала, але й як людини та громадянина.

Існують наукові докази того, що потреба безперервного професійного розвитку формується у переважній більшості сімейних лікарів ще на студентській лаві, однак не всім із них вдається досягти вершин професіоналізму цього фаху. Багато як зовнішніх, так і внутрішніх мотиваційних чинників не сприяють активному використанню переваг безперервного професійного розвитку. Тому організатори охорони здоров'я та професійні асоціації повинні сприяти розвиткові неформальної самоосвіти кожного спеціаліста.

Методи зовнішнього стимулювання до безперервного професійного розвитку в сфері сімейної медицини варіюють від формального оцінювання знань і умінь за допомогою модульно-кредитної системи з тестовим контролем рівня професійних знань і навичок під час атестації на відповідну кваліфікаційну категорію до професійного аудиту практичної роботи фахівця у закладі сімейної медицини. Зовнішнє стимулювання відбувається шляхом аналізу та обговорення помилок, що допускаються лікарем у процесі роботи, не лише професійного, але й етико-деонтологічного та психологічного характеру; обговорення скарг пацієнтів; налагодження зворотного зв'язку з сім'ями хворих, територіальними громадами шляхом соціологічних досліджень, взаємодії з колегами тощо.

Реалізація такого важливого напрямку управління якістю медичної допомоги, яким є безперервний професійний розвиток, можлива лише за умови створення системи методичного забезпечення і організації цього складного і багатогранного способу навчання фахівців ЗП-СМ.

Безперервний професійний розвиток фахівців мають забезпечити обласні та територіальні навчально-тренінгові центри сімейної медицини, примірні положення про які затверджені названим вище наказом МОЗ України. Вони, окрім організації БПР кожного сімейного лікаря, зможуть взяти на себе такі питання, як опрацювання науково-інноваційних підходів до нормативно-правових актів щодо механізмів державного управління постійним підвищенням якості первинної медико-санітарної допомоги. Такі центри зможуть організувати науково-практичні дослідження та інноваційні розробки з різних аспектів лікувально-профілактичної роботи в закладах сімейної медицини, видавати необхідну наукову, навчальну та нормативно-правову літературу, проводити науково-практичні конференції, навчально-методичні семінари, тренінги, круглі столи та тематичні виставки, обмін досвідом з розвитку сімейної медицини тощо.

Через обласні навчально-тренінгові центри з'являється можливість вирішення багатьох проблем БПР та управління навчанням фахівців сімейної медицини, залучати до БПР залучати професорів і викладачів вищих навчальних медичних закладів регіону, організувати міжнародні форуми з проблем сімейної медицини.

І хоч в Україні опрацьовано типові положення про обласний навчально-практичний центр сімейної медицини, у багатьох областях, у тому числі й у Львівській, такий центр не організовано у зв'язку з недостатньою увагою департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації до механізмів державного управління безперервним професійним розвитком.

Отже, одним із соціальних наслідків глобалізації та інформатизації є формування нового відношення до медичної освіти. Вона сьогодні не може

обмежуватися роками базового навчання, здебільшого на початку життя людини, позаяк неперервне оновлення інформації щодо доказовості медичних знань вимагає постійного навчання і самовдосконалення для досягнення професійного успіху та високої компетентності у сфері охорони здоров'я.

Особливого значення вдосконалення своїх знань і вмінь, а разом з тим і оновлення настільки, щоб уможливити швидке і кардинальне адаптування своєї діяльності до непередбачуваних змін соціального середовища та вимог пацієнтів, набуває у практиці сімейних лікарів, які виконують у системі первинної медичної допомоги не лише поліпрофільні функції з медичної допомоги, але й задовольняють багато соціальних вимог пацієнтів.

5.3. Інновації в управлінні роботою фахівців сімейної медицини

У літературі існують різні підходи щодо видів і класифікації механізмів та методів державного управління. Однак, загальноприйнятим вважається поділ механізмів державного управління на політичний, організаційний, мотиваційний, економічний і правовий. А в недавню проведеному науковому дослідженні О. В. Федорчак узагальнено класифікацію механізмів державного управління і запропоновано інноваційний механізм управління у діяльність обласних державних адміністрацій [325]. До чинної класифікації механізмів державного управління додані такі класифікаційні ознаки, як об'єкти державного управління, суб'єкти державного управління, рівень управління і ступінь новизни (табл. 5.9).

Класифікація механізмів державного управління [325, с. 5]

Таблиця 5.9

| Ознаки класифікації | Механізми державного управління |
|--------------------------------|--|
| За функціональним призначенням | - організаційний, економічний, правовий та інші механізми державного управління |
| За суб'єктом управління | - механізми державного управління, що використовуються органами законодавчої, виконавчої та судової влади |
| За об'єктом управління | - механізми державного управління конкретною сферою діяльності |
| За рівнем управління | - механізми державного управління, які використовуються на рівні держави (макрорівень), на рівні регіону (мезорівень), на рівні окремої установи (мікрорівень) |
| За ступенем новизни | - традиційні та інноваційні механізми державного управління |

Автор встановила, що інноваційний механізм державного управління стосується нових інструментів та підходів до управління, які застосовують органи державної влади для вирішення покладених на них завдань. Нею доведено, що в державному управлінні доцільно використовувати інноваційні інструменти, запозичені з бізнес-середовища. Такими інструментами є:

- аутсорсинг – передача визначених неосновних функцій управління стороннім організаціям;
- банчмаркінг – визначення найкращого досвіду управління і упровадження його у власну діяльність;
- реінжиніринг – фундаментальне переосмислення діяльності та відповідні дії для досягнення різних, кардинальних змін;
- проектний менеджмент; – управління змістом заходів, часом, ресурсами, вартістю, якістю і ризиками.

У процесі наукового дослідження комплексний механізм державного управління первинною медико-санітарною допомогою вивчався на регіональному та комунальному рівнях. У дослідженні розвитку сімейної медицини на Львівщині як медико-соціальної системи, зокрема, малоструктурованих її проблем, до яких відноситься реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, використано системний підхід.

У 2011 році прийняті закони України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011р. № 3612-VI [244] та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI [254], якими передбачено модернізаційний шлях розвитку сфери охорони здоров'я. Фундаментом цих змін стала первинна медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини, яка продемонструвала свою ефективність і економічну доцільність у багатьох розвинутих країнах і в нашій країні.

Однією з найскладніших і найкоштовніших сфер соціальної політики та політичного механізму державного управління в будь-якій країні є охорона здоров'я її громадян. Неефективність цього механізму створює загрозу соціальному й економічному розвитку країни. Реформування СОЗ та участь громадськості в управлінні громадською охороною здоров'я є важливою складовою майбутнього громадянського суспільства.

Проблеми ефективності державного управління розвитком сімейної медицини в Україні дискутуються з часу започаткування у місті Львові у 1988 році, за згодою МОЗ України, медико-соціального експерименту щодо переходу ПМСД на засади СОЗ України. Ці проблеми були причиною опрацювання багатьох документів державного значення: законів, постанов Верховної Ради України, указів Президента, постанов Кабінету Міністрів, наказів МОЗ України, рішень регіональної влади та органів місцевого самоврядування.

Європейський досвід щодо підвищення ефективності ПМСД на засадах родинної медицини показує, що важливим аспектом економічного механізму державного управління є фінансування оплати праці фахівців сімейної медицини. Найліпших успіхів вони досягають у тих випадках, коли матеріальна винагорода залежить від результатів їх роботи та від задоволення людей кількістю і якістю медичних послуг.

«Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я», які затверджені постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17.02.2010 р. № 208 [70], деталізують

комплексний механізм державного управління перебудовою охорони здоров'я, передбачає розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів медичної допомоги та визначення переліку медичних втручань і технологій відповідного рівня.

У комплексному механізмі державного управління розвитком сфери охорони здоров'я населення України, накресленому названою вище постановою, визначено завдання регіональним органам державного управління щодо подальшого розвитку СОЗ за рівнями надання медичної допомоги. Передбачено створення центрів ПМСД як комунальних некомерційних підприємств. Визначено гарантований обсяг медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також платних медичних послуг за рахунок фізичних і юридичних осіб. Однак залишалася не до кінця з'ясованою проблема надання спеціалізованої медичної допомоги на догоспітальному етапі.

На основі реінжинірингу колективом лікарів і медичних сестер під керівництвом адміністрації клініки були фундаментально переосмислені засади надання ПМСД на сімейно-територіальних дільницях для досягнення кардинальних змін щодо якості медичної допомоги. Прийнято непросте рішення відносно одночасної перепідготовки на 6-місячних курсах факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (ЛНМУ) за програмою «Загальна практика – сімейна медицина» всіх дільничних терапевтів і дільничних педіатрів без відриву від основної роботи. Закінчивши перепідготовку і отримавши сертифікати про присвоєння спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина», лікарі почали надавати ПМСД на засадах сімейної медицини на 59 сімейно-територіальних дільницях у складі 5 відділень та двох амбулаторій сімейної медицини. Відразу після лікарів пройшли відповідну перепідготовку і сертифікацію за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» медичні сестри, які працювали раніше із сертифікованими сімейними лікарями.

З метою забезпечення розробки та упровадження моделі ПМСД на засадах СМ за методом диференційованого розподілу коштів за рівнями надання медичної допомоги, з урахуванням необхідності фінансування підрозділів і фахівців за методикою персоналізованого обліку, за наказом управління охорони здоров'я Львівської міської ради «Про упровадження моделі надання ПМСД на засадах сімейної медицини в комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці (КМКП) м. Львова» від 23.01.2004 р. № 24-В у квітні 2004 р. проведена реорганізація структури міської поліклініки, яка вже до цього працювала на правах самостійної юридичної особи, фактично у клініку СМ.

На базі названої клініки створено 3 центри: центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), до якого увійшли 5 відділень родинної медицини, 2 амбулаторії СМ, підліткове відділення валеології та первинної профілактики.

Другим центром клініки став консультативний лікувально-діагностичний центр (КЛДЦ), який об'єднав усі спеціалізовані діагностичні та лікувальні відділення і кабінети закладу.

Третій центр – центр стаціонарної допомоги поліклініки (ЦСДП) організовано для надання стаціонарної допомоги хворим як в умовах денних стаціонарів клініки (для дорослих і дітей), так і вдома (централізований домашній стаціонар).

Нами опрацьовано механізм державного управління розвитком сімейної медицини на базі названої вище організаційно-структурної моделі клініки догоспітальної медичної допомоги інтегративної родинної медицини.

У процесі реорганізації клініки була розроблена нова модель закладу догоспітальної медичної допомоги – клініки інтегративної родинної медицини з положеннями про її підрозділи та функціональними посадовими інструкціями фахівців всіх відділень і кабінетів, які стали основними інструментами комплексного механізму управління зміною структури та функцій клініки.

Головним лікарем КМКП на засадах аутсорсингу створено науково-інноваційну раду (НІР), до якої увійшли як фахівці клініки, так і вчені ЛНМУ (за угодою). НІР клініки опрацювала «Програму науково-інноваційної роботи з розвитку сімейної медицини в комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова на 2009-2011 роки», що погоджена із профспілковою організацією і затверджена головним лікарем клініки.

У програмі НІР на основі проектного менеджменту передбачені заходи з поліпшення управління змістом ПМСД, якістю, ресурсами та ризиками, що виникають у процесі розвитку на засадах родинної медицини. Визначено 9 напрямків науково-інноваційної роботи в клініці родинної медицини: менеджмент і маркетинг, підготовка фахівців та їх безперервний професійний розвиток, розвиток превентивної медицини та медичної валеології, підвищення якості медичної допомоги, раціоналізація і винахідництво, інформаційний супровід науково-інноваційних розробок, економічний розвиток клініки та професійний аудит, розвиток сестринської справи та інша науково-дослідницька робота.

На основі опрацьованої програми розроблялись річні плани заходів з науково-інноваційної роботи в клініці. Колектив фахівців КМКП ставив перед собою нові завдання щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей, територіально прикріплених до клініки; лікування захворювань сучасними лікарськими засобами, визначеними Державним і локальними формулярами лікарських засобів; поліпшення демографічної ситуації, а також партнерських стосунків між фахівцями сімейної медицини, їх пацієнтами, громадськими організаціями, державними, комунальними та приватними структурами щодо реалізації заходів з охорони здоров'я мешканців міста.

До основних функцій спеціалістів створеного центру ПМСД, у якому почали працювати 59 сертифікованих, попередньо підготовлених одночасно без відриву від основної роботи сімейних лікарів із колишніх терапевтів і педіатрів дільничних, віднесені обов'язки щодо управління формуванням, збереженням і зміцненням здоров'я здорових, лікуванням та відновленням здоров'я хворих та їх родин. У новому за функціональними обов'язками закладі ПМСД, що почав надавати медичну допомогу 85,3 тис. населення одного з адміністративних районів міста за принципами родинної медицини, стали реалізуватись валеологічні, профілактичні, діагностичні та лікувально-реабілітаційні технології з первинної медико-санітарної допомоги [135, с. 216-221].

На основі концепції “чинників ризику” працюють сімейні лікарі та лікарі-терапевти підліткові центру ПМСД. Для визначення рівня здоров'я кожного мешканця району, екзогенних і ендогенних чинників ризику виникнення найпоширеніших захворювань та їх первинної профілактики використовується скринінг, який проводять фахівці сімейної медицини, активно залучаючи до цього процесу інших спеціалістів клініки із консультативного лікувально-діагностичного центру. На основі цього на кожній сімейно-територіальній дільниці створено реєстр здоров'я населення, що є одним із важливих інструментів управління лікувально-профілактичною роботою фахівців сімейної медицини.

Державне управління валеологічними та профілактичними заходами стало одним із пріоритетів центру ПМСД, кожного лікаря і медичної сестри, які працюють у ньому. Крім профілактичної роботи, яку постійно виконують фахівці центру ПМСД, основним завданням названих спеціалістів є надання своєчасної кваліфікованої діагностичної та лікувально-реабілітаційної допомоги хворим усіх вікових груп амбулаторно, у денних стаціонарах клініки та вдома за принципами домашнього стаціонару як з децентралізованою, так і централізованою формами обслуговування хворих. Вся допомога населенню надається в обсягах, затверджених кваліфікаційними характеристиками посад і посадовими інструкціями відповідних фахівців, які працюють у клініці.

Профілактична спрямованість в роботі фахівців родинної медицини є одним із важливих напрямків професійної діяльності, яка дозволяє реалізувати мрії наших попередників з історії медицини та надії суспільства на профілактику як найефективнішу сферу охорони здоров'я, яка значно дешевша для конкретної людини та суспільства в цілому, ніж лікувально-реабілітаційна допомога хворим.

Враховуючи те, що упродовж навчання в медичному університеті сімейні лікарі не набувають достатніх знань і практичних навичок з превентивної медицини та медичної валеології, в КМКП організовано безперервний професійний розвиток із найважливіших проблем цієї сфери діяльності сімейних лікарів і медичних сестер. При цьому медичних сестер загальної практики – сімейної медицини ми оцінюємо як справжніх партнерів сімейних лікарів у боротьбі за здоров'я не лише окремих осіб, але й громадського здоров'я. Адже громадське медсестринство сприяє значному поліпшенню медичної опіки мешканців сімейно-територіальних дільниць і суттєво підвищує не лише ефективність лікувально-реабілітаційної допомоги, але й позитивно впливає на стан здоров'я здорових людей різних вікових груп.

Метод профілактичної спрямованості в організаційному механізмі державного управління розвитком сімейної медицини на мікрорівні посідає одне з важливих місць щодо безперервного підвищення якості надання первинної медичної допомоги фахівцями родинної медицини. Адже до превентивних програм залучаються не лише спеціалісти – медики, але й самі громадяни, їх родини та територіальні громади. Прикладом цьому можуть слугувати локальна цільова програма «Родинна профілактика гіпертонічної хвороби», що опрацьована на засадах проектного менеджменту в клініці на мікрорівні та успішно реалізована упродовж 2011-2014 років.

При цьому спеціалісти консультативного лікувально-діагностичного центру клініки, працюючи поряд із сімейними лікарями, які взяли на себе великий обсяг

поліпрофільних медичних послуг, надають їм значну щоденну консультативну допомогу як у вирішенні конкретних клінічних завдань, так і організаційно-методичних питань без жодних обмежень.

Оскільки основними напрямками постійного підвищення якості медичної допомоги у закладах ПМСД, що працюють на засадах сімейної медицини, є її керованість, профілактична спрямованість, стандартизація і доказовість, то вузькі спеціалісти консультативного лікувально-діагностичного центру сприяють виконанню завдань щодо постійного підвищення якості медичних послуг [137, с. 209-216].

Робота вузьких спеціалістів з сімейними лікарями під єдиним загальним керівництвом суттєво наближує спеціалізовану догоспітальну медичну допомогу безпосередньо до населення і робить її доступною у будь-який час. При цьому враховуються всі вимоги сучасних державних нормативних документів про участь у веденні певних груп хворих відповідних спеціалістів. А окремі пацієнти передаються вузьким спеціалістам для постійного диспансерного спостереження [138].

Вузькі спеціалісти консультативного лікувально-діагностичного центру клініки, надаючи консультації сімейним лікарям, суттєво зменшують потребу в госпіталізації хворих, використовуючи для постійного лікування окремих пацієнтів денні та домашні стаціонари. Спеціалісти, за необхідності, консультують або ведуть там хворих самостійно. Цим створюються умови для раціонального використання лікарняних ліжок і відповідної економії коштів, адже стаціонарне лікування хворих в умовах поліклініки значно дешевше, ніж у лікарнях. При цьому значна частина хворих, що лікуються в умовах денного стаціонару, віддають перевагу таким формам медичної допомоги перед госпітальним режимом лікування.

Надаючи консультативну допомогу сімейному лікареві у процесі лікування конкретного хворого, спеціаліст консультативного лікувально-діагностичного центру клініки сприяє визначенню оптимального медичного маршруту хворого, за яким він може отримати найоптимальніші діагностичні та лікувальні послуги саме у тому лікувальному закладі та у того фахівця, який найефективніше допоможе хворому при найменших економічних затратах. Тобто, фахівці консультативного лікувально-діагностичного центру сприяють виконанню сімейними лікарями функцій "воротаря" та інтегратора у складній системі закладів охорони здоров'я, поліпшуючи доступність хворих до сучасних лікувально-діагностичних технологій та якість медичної допомоги при конкретних захворюваннях.

Сімейні лікарі, як поліпрофільні спеціалісти, надають первинну медико-санітарну допомогу при багатьох захворюваннях, що відносяться до компетенції вузьких спеціалістів. Це відбувається як при першій зустрічі сімейного лікаря з особою людиною, так і на заключному етапі медико-соціальної реабілітації. Пройшовши повний курс госпітального лікування та реабілітації у спеціалізованих лікарняних відділеннях і санаторних закладах, хворі повертаються під диспансерне спостереження для завершення медико-соціальної реабілітації до родинного лікаря. На цьому етапі відновлення здоров'я хворої людини сімейний лікар може допустити помилку щодо його трудової, соціальної чи психологічної реабілітації. А це суттєво знизить ефективність лікувально-реабілітаційних заходів і збільшить строки

непрацездатності та первинний вихід на інвалідність. У Львівській області серед населення працездатного віку, якому ПМСД надають сімейні лікарі, цей показник знизився з 64,5 у 2009р. до 44,27 у 2011р. на 10 тис. працездатних людей.

Сучасна охорона здоров'я в світі досягає вагомих результатів шляхом стандартизації профілактичних, діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів, що реалізуються на принципах доказової медицини. Вивчення найкращого досвіду інших країн щодо стандартизації медичних послуг і впровадження його у власну діяльність колективу фахівців клініки з використанням такого інструменту організаційного механізму державного управління яким є бенчмаркінг, дозволяє суттєво підвищувати якість первинної медико-санітарної допомоги. Реалізація лікувально-профілактичних заходів відбувається шляхом надання медичної допомоги на основі локальних клінічних протоколів медичної допомоги, медичних маршрутів хворих на різні захворювання і локальних формулярів лікарських засобів, які опрацьовані фахівцями клініки та наявні на кожному робочому місці лікарів центру ПМСД.

Названі вище клінічні протоколи та локальні формуляри лікарських засобів опрацьовані на основі економічного механізму державного управління якістю медичної допомоги з урахуванням принципів фармакоеконіміки щодо ефективності та роздільної ціни лікарських засобів. Це сприяє підвищенню фінансової доступності якісної фармакотерапевтичної допомоги хворим. Важливу роль щодо поліпшення доступності хворих на гіпертонічну хворобу до сучасних методів її лікування відіграє постанова Кабінету Міністрів України про пільгове забезпечення цієї групи хворих гіпотензивними засобами [146, с. 86-89].

Важливими інструментами правового механізму державного управління роботою фахівців сімейної медицини є положення про роботу підрозділів сімейної медицини у закладі ПМД і посадові інструкції фахівців загальної практики – сімейної медицини. При створенні центру ПМД у комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова були вперше в Україні опрацьовані положення про центр первинної медичної допомоги, відділення, амбулаторії та фельдшерсько-акушерські пункти сімейної медицини, а також посадові інструкції фахівців, які працюють у цих закладах. Після затвердження головним лікарем закладу вони ставали нормативно-правовими документами, що регулювали основні завдання, структуру і штати, обладнання і фінансування, управління і функціонування підрозділів сімейної медицини, а також кваліфікаційні вимоги, функції, функціональні обов'язки та функціональні права, систему підпорядкування за посадою, рівень відповідальності та критерії якості виконаної роботи на мікрорівні. Згодом, після прийняття законів і підзаконних актів щодо розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини названі нормативно-правові документи стали підґрунтям для опрацювання загальнодержавних нормативно-правових актів, що визнані юридичними регуляторними інструментами правового механізму державного управління у сфері охорони здоров'я.

Доказовість медичних втручань сімейних лікарів суттєво підвищують сучасні лабораторні та інструментальні дослідження, що проводяться фахівцями консультативного лікувально-діагностичного центру клініки. Вони використовуються сімейними лікарями не лише під час діагностики захворювань, їх

лікування і реабілітації хворих, але й у процесі первинної профілактики захворювань та валеологічної допомоги населенню.

Способи надання ПМД на засадах родинної медицини постійно удосконалюються, щоб задовольняти потреби населення і максимально ефективно використовувати наявні ресурси. Ефективність механізмів, методів та інструментів управління якістю первинної медичної допомоги на засадах родинної медицини залежить від активної участі кожного лікаря і медичної сестри, тому що якість медичної допомоги створюється переважно в системі взаємодії лікар-пацієнт. Управлінці різних рівнів створюють лише умови для якісної роботи фахівців сімейної медицини на індивідуальному рівні.

Отже, на індивідуальному рівні управління якістю валеологічної, профілактичної чи лікувально-реабілітаційної допомоги родинний лікар практично керує поведінкою хворого і опікає його щодо виконання поведінкових змін в його житті. Тому всі призначення лікаря та його рекомендації хворий чи здоровий пацієнт має сприймати як об'єкт управління і погодитися з ним. Лікар повинен бути впевненим, що його рекомендації, лікувальні процедури чи фармакотерапевтичні препарати, які хворий повинен приймати, допоможуть обов'язково вирішити проблеми зі здоров'ям. Тобто, всі управлінські дії родинного лікаря мають базуватися на доказовій медицині. І в цьому лікареві надають неперевершену допомогу клінічні протоколи та локальні формуляри лікарських засобів, що є настільними його посібниками.

Методику оцінки якості медичної допомоги за результатами діяльності фахівців родинної медицини ми розглядаємо, порівнюючи ідентичні показники у подібних ситуаціях і професійних процесах. Таким принципам, на нашу думку, відповідає визначення індивідуальних рейтингових показників фахівців сімейної медицини, які працюють у однакових за складністю та багатогранністю умовах.

Визначення рейтингових індикаторів професійної діяльності окремих сімейних лікарів і медичних сестер на сімейно-територіальних дільницях дозволяє не лише порівняти якість медичної допомоги різним територіальним громадам, але й визначити коефіцієнт трудової участі (КТУ) кожного фахівця і моделі кінцевих результатів (МКР) роботи кожного лікаря і медичної сестри. КТУ можна застосувати при нарахуванні заробітної плати за кількість і якість виконаної роботи, а також визначення нематеріальних стимулів у процесі застосування мотиваційного механізму державного управління якістю медичної допомоги.

За результатами рейтингової оцінки якості медичної допомоги (ЯМД) у центрі ПМД клініки використовується внутрішньополіклінічний аудит (ВПА). Він спрямований на вивчення технологій надання різних видів медичної допомоги конкретним фахівцем. У клініці створені вперше в Україні 2 аудиторські групи, опрацьовані положення про ВПА і посадові інструкції професійних аудиторів. Вони на основі рейтингових показників роботи виявляють недоліки та помилки у процесі надання ПМД, що спричиняють негативний вплив на ЯМД та її ефективність; задоволеність пацієнтів наданою їм медичною допомогою в клініці; розробляють і запроваджують методичні рекомендації, що сприяють попередженню помилок і недоліків в роботі фахівців родинної медицини центру ПМД і забезпечують вибір оптимальних управлінських рішень в організаційному та мотиваційному механізмах

державного регулювання і проведення оперативних коригувальних заходів щодо підвищення якості медичної допомоги та монітують їх виконання.

Адміністрація клініки проводить значну управлінську роботу з метою підготовки вузьких спеціалістів-консультантів до надання медичної допомоги за родинним принципом. З цією метою вузькі спеціалісти педіатричного профілю проходять спеціалізацію за відповідними спеціальностями надання допомоги для дорослих і, навпаки. Це дозволяє наблизити вузьких спеціалістів до професійних потреб сімейних лікарів, рівномірніше навантажити фахівців КЛДЦ відповідних спеціальностей та підвищити якість консультативної допомоги сімейним лікарям, що позитивно впливає на якість медичної допомоги мешканцям.

5.4. Засади державного управління модернізаційним розвитком сфери первинної медичної допомоги на регіональному рівні

Завдання, які постають перед практичними органами управління охороною здоров'я у зв'язку з необхідністю виконання Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», прийнятого Верховною Радою України 07.07.2011р. №3612-VI [244], надзвичайно відповідальні.

Особливо складною стала проблема щодо управління реорганізацією первинної медико-санітарної допомоги на засадах родинної медицини, тому що названим вище законом і окремим Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI [254] визначені стислі історичні строки проведення надзвичайно складних медико-соціальних перетворень з метою модернізації всієї СОЗ країни.

Політичний механізм державного управління подальшим розвитком СОЗ на регіональному рівні регулює, регламентує і характеризує ступінь відображення соціально-економічних інтересів усіх суб'єктів суспільного розвитку: населення, закладів СОЗ, представницької та виконавчої гілок влади. Він справляє вплив на суспільну свідомість і формує громадську думку, об'єднує територіальну громаду навколо єдиної мети – охорони громадського здоров'я.

Поглиблення процесів демократизації суспільних відносин і глобалізаційні процеси актуалізують використання політичного механізму державного управління у розв'язанні проблемних питань модернізаційного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах СМ.

Розвиток комплексного механізму державного управління впровадженням сімейної медицини, який здійснюється фахівцями, потребує значної просвітницької підтримки як серед медиків, так і серед широких верств населення. Актуальність такої роботи серед лікарів викликана тим, що існує думка про необхідність значного скорочення як практичних лікарів, так і організаторів охорони здоров'я при загальнодержавному впровадженні сімейної медицини.

Пропозиції про реструктуризацію багатьох закладів охорони здоров'я на користь зміцнення закладів первинної медико-санітарної допомоги не є

безпідставними, однак у кожному регіоні така реструктуризація має бути економічно обґрунтованою. Такі обґрунтування повинні надавати як органи охорони здоров'я, так і незалежні експерти, якими можуть бути громадські організації медичного спрямування. Ступінь правдивості такої інформації та участь громадських організацій в атестації сімейних лікарів сприяють підвищенню престижності фаху сімейного лікаря, розумінню його професійного росту.

Вирішення актуальних проблем комплексного механізму державного управління охороною здоров'я населення на сучасному етапі розвитку суспільства в Україні може бути ефективним на регіональному рівні при активній участі у цьому процесі регіональних органів державної влади, місцевого самоврядування і територіальних громад. З урахуванням дефіциту фінансування системи охорони здоров'я повинна відбутися зміна рівня фінансування закладів догоспітальної медичної допомоги, раціональна реорганізація закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини як найменш економічно затратної; відокремлення територіальних закладів догоспітальної медичної допомоги юридично і фінансово від госпітальних закладів; збільшення фінансування закладів первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини, згідно розроблених і затверджених органами регіональної влади цільових програм, що містять моделі кінцевих результатів і критерії якості медичної допомоги [284, с. 53].

Застаріла система охорони здоров'я населення Львівщини та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності й наступності у наданні медичної допомоги, переважання формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи, низької якості медичної допомоги та нерівномірного доступу до неї населення. Як наслідок спостерігаються високі показники смертності, пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань.

Суттєвого поліпшення потребує організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Це сприятиме ліквідації нерівності у доступності медичної допомоги, підвищенню ролі профілактики найпоширеніших захворювань серед населення. Особлива увага має приділятися формуванню, збереженню і зміцненню здоров'я здорових людей різних вікових груп.

На нашу думку, на загальнодержавному (макрорівні) і регіональному (мезорівні) державне регулювання якості медичної допомоги на основі різних видів контролю, який в сучасних умовах перестав відповідати організаційному, правовому та економічному механізмам державного управління, повинно бути замінено процесним управлінням технологіями якісної медичної допомоги на основі внутрішнього і зовнішнього професійного аудиту, як це відбувається у багатьох європейських країнах.

Спеціалісти КЛДЦ беруть активну участь у безперервному професійному розвитку фахівців сімейної медицини як шляхом читання лекцій та проведення тренінгів, так і при безпосередньому опануванні сімейними лікарями окремими професійними діями на робочому місці при застосуванні сучасних медичних технологій та комп'ютерної техніки.

Застосування сучасних інформаційних технологій у практиці сімейних лікарів – це ще один із напрямів тісної співпраці з вузькими спеціалістами

консультативного лікувально-діагностичного центру, що підвищує якість і ефективність роботи фахівців центру первинної медико-санітарної допомоги [40, с. 14-15; 64, с. 124-125; 101, с. 211-214; 328, с. 9-13; 335; 348, с. 63].

Без консультативної допомоги спеціалістів КЛДЦ не реально надавати якісну медичну допомогу хворим як в умовах денних стаціонарів клініки, так і в домашніх стаціонарах. Така допомога надається не лише планово, але й у невідкладних випадках протягом короткого часу. Окрім цього, вузькі спеціалісти надають у денних стаціонарах клініки спеціалізовану медичну допомогу на постійній основі (неврологічну, хірургічну, педіатричну, гінекологічну тощо). Така активна лікувально-профілактична допомога сімейним лікарям поліклініки з боку спеціалістів КЛДЦ підвищує якість догоспітальної медичної допомоги хворим та її економічну й соціальну ефективність. Вона сприяє зниженню строків лікування хворих у лікарняних закладах, реалізуючи різні соціально-реабілітаційні комплекси в умовах клініки. А запровадження новітніх профілактичних і лікувальних реабілітаційних технологій при спеціалізованій медичній допомозі в умовах клініки інтегративної родинної медицини робить тісну співпрацю сімейних лікарів центру первинної медико-санітарної допомоги з вузькими спеціалістами консультативного лікувально-діагностичного центру ще перспективнішою.

Ми вважаємо, що реформування охорони здоров'я в Україні не має проходити шляхом розділення закладів охорони здоров'я на 3 рівні (первинний, вторинний та третинний). І, тим більше, немає жодного сенсу у відокремленні фахівців другого рівня, які працюють у територіальних закладах первинної медико-санітарної допомоги, від родинних лікарів.

Слід на цьому етапі реформування юридично розмежувати догоспітальну і госпітальну (лікарняну) медичну допомогу. Про це свідчить значний досвід роботи комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова, яка вже протягом 28 років працює як юридично самостійний заклад. Такі заклади необхідно реорганізувати у некомерційні комунальні підприємства з наданням права їм створювати центри первинної медико-санітарної допомоги, консультативні лікувально-діагностичні центри та центри стаціонарної допомоги. При цьому головному лікареві клініки слід надати право визначати кількість необхідних вузьких спеціалістів у КЛДЦ залежно від професійного рівня сімейних лікарів та їх потреби у лікарях-консультах. Як показує наш досвід, чим довше працюють сімейні лікарі у центрі ПМСД в одній самостійній міській поліклініці разом з вузькими спеціалістами консультативного лікувально-діагностичного центру, тим частіше вони вирішують різноманітні питання спеціалізованої медичної допомоги самостійно.

Рациональна реорганізація системи охорони здоров'я Львівщини наблизить кваліфіковану і спеціалізовану медичну допомогу до кожного мешканця області. А це поліпшить виявлення значної кількості захворювань на ранніх стадіях, що дозволить їх ефективніше лікувати [132, с. 112-118; 133].

З метою вирішення актуальних проблем державного управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні передбачається виконання таких завдань.

По-перше, структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування функцій та ресурсів поліклінік і лікарень, створення центрів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з організацією на їх базі

територіальних навчально-тренінгових центрів сімейної медицини, домашніх і денних стаціонарів у поліклініках, а також сучасних госпітальних баз. Це сприятиме безперервному професійному розвитку сімейних лікарів, поліпшенню якості надання первинної медико-санітарної допомоги за рахунок розширення мережі закладів інтегративної родинної медицини, територіально наближених до мешканців, охоплення ними 90% населення у містах і 100% - у сільській місцевості.

Планується суттєва оптимізація роботи станцій швидкої медичної допомоги і створення у всіх поліклініках пунктів невідкладної медичної допомоги на безоплатній основі.

По-друге, буде проведена зміна юридичного статусу закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні підприємства (установи) і запровадження контрактної форми роботи між замовниками медичної допомоги, якими виступатимуть органи місцевого самоврядування, та її виконавцями, функції яких лягають на заклади охорони здоров'я. Створюються умови для розвитку приватної медичної практики. Це дає змогу раціональніше використовувати обмежені бюджетні кошти, що виділяються на охорону здоров'я.

По-третє, об'єднання зусиль територіальних громад, медичних працівників і шкіл щодо формування на базі освітньо-медичних округів принципів здорового способу життя і профілактики захворювань, боротьби зі шкідливими звичками, а також забезпечення розвитку фізкультури і спорту сприятимуть оздоровленню населення різних вікових груп м. Львова і області.

Реалізація політичного механізму державного управління щодо стратегії модернізаційного розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні відбувається на основі методу програмно-цільового планування, основним інструментом якого є обласна цільова програма розвитку сімейної медицини та її профілактичної спрямованості.

На виконання Закону України "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги" від 07.07.2011 р. № 3611-VI основними напрямками впливу програмно-цільового методу управління розв'язання проблем постійного підвищення якості та ефективності первинної медико-санітарної допомоги на засадах родинної медицини визначено:

- активне використання комплексного механізму державного управління розвитком сімейної медицини на мікрорівні, у закладах первинної медико-санітарної допомоги (клініках інтегративної родинної медицини, центрах ПМСД, відділеннях і амбулаторіях СМ);

- максимальне наближення фахівців родинної медицини до населення і поліпшення доступності первинної медичної допомоги всім мешканцям територіальних громад з реорганізацією ФАПів, що обслуговують населенням 1000 мешканців, в амбулаторії сімейної медицини;

- забезпечення керованості, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості діагностичної, лікувальної та реабілітаційної допомоги з боку сімейних лікарів шляхом запровадження клінічних протоколів первинної медичної допомоги та формулярної системи лікарських засобів;

- суттєве поліпшення управління фахівцями первинної медичної допомоги станом громадського здоров'я шляхом формування і реалізації принципів здорового

способу життя різних вікових груп населення на основі створення реєстру здоров'я територіальних громад;

- підвищення ефективності використання матеріальних ресурсів ПМСД, які надходять з різних джерел;

- залучення окремих громадян, їх родин, об'єднаних територіальних громад, громадських організацій та органів місцевого самоврядування до вирішення конкретних проблем індивідуального і громадського здоров'я;

- створення інвестиційних проектів із залученням приватного капіталу до розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини;

- участь в управлінні наданням ПМСД на засадах сімейної медицини громадськості та підвищення задоволеності територіальних громад якістю медичної допомоги;

- використання матеріальних засобів мотивації підвищення якості медичної допомоги шляхом оплати праці фахівців СМ за кількість і якість виконаної роботи;

- підготовка достатньої кількості висококваліфікованих фахівців СМ на додипломному і післядипломному етапах, а також у процесі їх БПР протягом усього періоду роботи у сфері первинної медичної допомоги;

- правове забезпечення діяльності фахівців сімейної медицини шляхом залучення до формування, збереження і зміцнення здоров'я окремих осіб і територіальних громад через громадські організації та органи місцевого самоврядування, тобто створення засад громадської системи охорони здоров'я у процесі побудови громадянського суспільства.

Накреслені напрямки використання цільової Програми, як інструменту програмно-цільового методу комплексного механізму державного управління будуть ефективними за умови позитивного ставлення до них населення і медичної громадськості, тому у засобах масової інформації слід провести роз'яснення очікуваних результатів від виконання Програми.

Метою Програми є реалізація комплексного механізму державного управління розвитком сімейної медицини на регіональному рівні; збільшення охоплення населення області сімейною медициною з підвищенням якості та ефективності первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини; поліпшення превентивної медичної допомоги мешканцям територіальних громад, зниження захворюваності, інвалідності та смертності працездатного населення від неінфекційних хвороб.

Головними напрямками впливу виконання Програми буде:

1. Розвиток мережі закладів первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, що передбачас:

- будівництво нових і ремонт існуючих закладів первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та їх оснащення обладнанням, інвентарем, засобами зв'язку та спеціальним транспортом відповідно до табелів оснащення;

- створення мобільних діагностичних лабораторій при районних центрах первинної медичної допомоги, пунктів невідкладної медичної допомоги при закладах первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини;

2. Профілактична спрямованість роботи закладів сімейної медицини, що передбачає оснащення діагностичним обладнанням та реактивами (у т.ч. діагностичними експрес-методиками) закладів сімейної медицини.

3. Підвищення кваліфікації фахівців сімейної медицини, що передбачає створення 1 обласного і 3 міжрайонних навчально-тренінгових центрів сімейної медицини і забезпечення безперервного професійного розвитку таких фахівців.

4. Науково-методичне, інформаційне забезпечення та рекламний супровід виконання Програми, що передбачає оснащення автоматизованих робочих місць сімейних лікарів з доступом їх до мережі Інтернет і формуванням електронного реєстру здоров'я територіальних громад, забезпечення закладів сімейної медицини науково-методичною літературою та інформаційно-рекламною продукцією.

Виконання накреслених рішень з державного управління розвитком сімейної медицини та її профілактичної спрямованості забезпечить поліпшення якості надання медичної допомоги мешканцям регіону за рахунок її керованості, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості, а також наближеності до населення і доступності.

Відповідно до положень Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI, рішення Ради регіонів України від 08.12.2011р. та наказу ГУОЗ ЛОДА «Про створення центрів первинної медико-санітарної допомоги» від 07.07.2012 р. № 585 з метою забезпечення виконання завдань другого етапу перехідного періоду до 2020 р., зобов'язано начальників управлінь охорони здоров'я і головних лікарів закладів охорони здоров'я завершити формування мережі закладів охорони здоров'я шляхом створення в них центрів первинної медичної допомоги та консультативних діагностичних центрів і розробити та подати на затвердження органами місцевого самоврядування план поетапної модернізації мережі закладів охорони здоров'я на 2016 -2019 роки.

Таким чином за результатами дослідження обґрунтовано застосування комплексного механізму державного управління, який складається з (політичного, організаційного, мотиваційного, економічного і правового) у процесі реорганізації первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та її подальшого розвитку. Особливого значення набувають інноваційні методи та інструменти механізмів державного регулювання якості медичної допомоги на регіональному та мікрорівні у закладах ПМД, що працюють на засадах сімейної медицини. При цьому рейтингова система оцінки якості медичної допомоги окремих фахівців сімейної медицини може слугувати основою для диференційованої оплати праці цих фахівців сімейної медицини за кількість і якість виконаної кожним з них роботи на основі коефіцієнтів трудової участі.

Різні види контролю, які застосовуються в наш час для оцінки роботи закладів охорони здоров'я, на нашу думку, слід замінити внутрішнім та зовнішнім професійним аудитом, що сприятиме подальшому підвищенню якості медичної допомоги.

Процес упровадження механізмів державного управління, їх інноваційних методів та інструментів у реформування сфери ПМСД на засадах сімейної медицини

ПІСЛЯМОВА

Перед закладами первинної медичної допомоги системи охорони здоров'я України у зв'язку з необхідністю реалізації політичного механізму державного управління, визначеного Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 року №3611-VI, стоять надзвичайно складні та відповідальні завдання.

Особлива складність проблеми щодо управління реорганізацією закладів первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та її подальшого розвитку полягає в тому, що названим вище законом і Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011р. №3612-VI були визначені дуже стислі історичні строки проведення архіважливих медико-соціальних перетворень з метою модернізації всієї системи охорони здоров'я країни. При цьому для проведення пілотного проекту визначались вибрані області та місто Київ, в яких на той час не було створено достатнього підґрунтя таким значним трансформаціям: не було достатнього кадрового ресурсу добре підготовлених фахівців сімейної медицини, а населення цих регіонів не підготовлено сприймати зміни в системі охорони здоров'я. Тому реформування системи охорони здоров'я, принципи якого опрацьовані в кабінетах МОЗ України, без врахування практичного досвіду, набутого Львівськими медиками, нажал, не досягло очікуваних результатів.

Натомість, 27-літній досвід Львівщини щодо реформування ПМД на засадах сімейної медицини та її розвитку свідчать, що політичний механізм державного управління розвитком СОЗ на регіональному рівні регулює, регламентує і характеризує ступінь соціально-економічних інтересів усіх суб'єктів суспільного розвитку: населення, закладів охорони здоров'я, представницької та виконавчої влади. Він впливає на суспільну свідомість і формує громадську думку, об'єднує територіальні громади навколо єдиної мети – охорони громадського здоров'я.

Демократизація суспільних відносин в Україні та глобалізаційні процеси в розвиткові національного соціуму актуалізують активне використання політичного механізму державного управління вирішенням завдань модернізаційного розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

Оскільки чинники державного управління мають політичну, економічну, соціальну і правову основи, то найчастіше окремі механізми державного управління виступають у вигляді політичних, економічних, організаційних, мотиваційних і правових, які входять до комплексного механізму державного управління.

На основі аналізу теоретичних засад державного управління охороною здоров'я закордонних і вітчизняних вчених нами доведено важливу модернізаційну роль впливу первинної медичної допомоги, якщо вона надається на засадах сімейної медицини, на національну систему охорони здоров'я.

Протягом 27 років вченими Львівського медичного університету імені Данила Галицького і фахівцями практичної охорони здоров'я розвивається та удосконалюється комплексний механізм державного управління навчанням

висококваліфікованих фахівців родинної медицини й реформуванням первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та її розвитком.

Розвиток комплексного механізму державного управління безперервним підвищенням якості роботи фахівців сімейної медицини, який здійснюється добре підготовленими менеджерами цієї сфери діяльності, потребує значної спрямованої підготовки фахівців СМ, їх підтримки як серед медиків та органів місцевого самоврядування, так і серед широких верств населення.

Вирішення актуальних проблем підвищення якості ПМД на засадах СМ за допомогою комплексного механізму державного управління охороною здоров'я на сучасному етапі розвитку суспільства в Україні може бути успішно реалізовано управлінням професійною діяльністю медичних працівників лише за активної участі у цьому процесі органів державної влади, місцевого самоврядування і об'єднаних територіальних громад [246].

З урахуванням дефіциту фінансування СОЗ повинна відбутися зміна рівня бюджетного фінансування амбулаторно-поліклінічних закладів, раціональна реорганізація закладів ПМД, що працюють на засадах сімейної медицини на умовах державно(комунально)-приватного партнерства; відокремлення СОЗ первинного рівня медичної допомоги юридично і фінансово від лікарняних закладів (вторинної медичної допомоги) із залученням до роботи в закладах охорони здоров'я первинного рівня фахівців вторинного рівня, які в теперішній час працюють в поліклінічних закладах у складі консультативних діагностичних центрів; збільшення фінансування закладів (підрозділів) ПМД, які працюють на засадах СМ, згідно розроблених і затверджених органами регіональної влади чи місцевого самоврядування цільових програм, що містять критерії якості ПМД і моделі кінцевих результатів.

На нашу думку, на загальнодержавному (макрорівні), регіональному (мезорівні) та місцевому (мікрорівні), в закладах охорони здоров'я державне регулювання якості медичної допомоги на основі різних видів контролю підсумків роботи, який у сучасних умовах перестав відповідати організаційному, правовому та економічному механізмам державного управління, повинно бути замінено процесним управлінням технологіями якісної медичної допомоги на основі **внутрішнього і зовнішнього професійного аудиту**, як це відбувається у багатьох європейських країнах. При цьому спеціалісти «вузького» профілю беруть активну участь як у проведенні внутрішнього професійного аудиту роботи сімейних лікарів, так і в консультативній допомозі щодо діагностики та лікування окремих хворих, а також у процесі безперервного професійного розвитку фахівців сімейної медицини.

Застосування сучасних діагностичних і лікувально-профілактичних, а також інформаційних технологій у практиці сімейного лікаря на догоспітальному етапі – це ще один із напрямків тісної інтеграційної співпраці спеціалістів консультативного діагностичного центру поліклініки (клініки) сімейної медицини, що значно підвищує якість і ефективність роботи фахівців сімейної медицини центру первинної медичної допомоги, який працює у складі клініки на умовах часткового фондотримання.

Нами вперше в Україні опрацьовані положення про центр ПМД у складі комунальної міської клінічної поліклініки та його підрозділи, а також посадові

інструкції конкретних фахівців цього центру та інших центрів, які вже 12 років успішно працюють у такому складі.

Без професійної допомоги спеціалістів консультативного діагностичного центру клініки сучасний сімейний лікар не може надавати якісну та ефективну первинну медичну допомогу хворим як в денному стаціонарі клініки, так і в домашніх стаціонарах з децентралізованою і централізованою формами обслуговування хворих. Допомога «вузьких» спеціалістів сімейним лікарям надається не лише у плановому порядку, але й ургентних випадках невідкладно. Окрім цього вузькі спеціалісти у денних стаціонарах клініки надають спеціалізовану медичну допомогу на постійній основі (неврологічну, хірургічну, гінекологічну тощо, а педіатри – у денних стаціонарах дитячих). Така співпраця сімейних лікарів з вузькими спеціалістами наближує спеціалізовану амбулаторну медичну допомогу до хворих, робить її доступнішою, підвищує якість догоспітальної медичної допомоги хворим та її економічну і соціальну ефективність. Вона сприяє зниженню строків лікування хворих у лікарняних закладах, реалізуючи різні лікувально-реабілітаційні комплекси в умовах клініки, що заощаджує лікарняні ліжка для тяжких хворих. Тісна співпраця сімейних лікарів центрів ПМД з вузькими спеціалістами консультативного діагностичного центру і широке використання можливостей центру стаціонарної допомоги клініки, куди входять денні стаціонари та централізований домашній стаціонар, із запровадженням новітніх лікувально-реабілітаційних і профілактичних технологій робить інтеграцію сімейних лікарів з вузькими спеціалістами консультативного діагностичного центру клініки ще перспективнішою.

Ми вважаємо, що реформування охорони здоров'я в Україні не має проходити шляхом розділення закладів охорони здоров'я на 3 рівні (первинний, вторинний і третинний). І, тим більше, немає жодного сенсу відокремлювати фахівців другого рівня, які працюють в територіальних поліклініках, від сімейних лікарів як територіально, так і юридично.

Слід на цьому етапі реформування юридично розмежувати амбулаторно-поліклінічну і лікарняну (госпітальну) медичну допомогу. Про це свідчить значний досвід роботи комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова, що протягом 28 років працює як юридично самостійний заклад. Такі заклади необхідно реструктуризувати в комунальні підприємства з можливостями організації первинної медичної допомоги територіальним громадам на засадах державно(комунально)-приватного партнерства.

При цьому головному лікареві ЗОЗ слід надати можливість застосувати правовий механізм державного управління кадровими ресурсами щодо визначення кількості та профілю вузьких спеціалістів, необхідних залежно від професійного рівня сімейних лікарів і рівня їх безперервного професійного розвитку. Наш досвід свідчить, що кількість консультантів для сімейного лікаря в умовах клініки залежить від тривалості роботи сімейних лікарів разом з вузькими спеціалістами консультативного діагностичного центру клініки. Чим довше працюють сімейні лікарі разом з «вузькими» спеціалістами, тим частіше вони вирішують професійні питання спеціалізованої амбулаторної допомоги самостійно.

Модернізаційна модель реорганізації управління закладами сімейної медицини Львівщини передбачає виконання таких завдань.

По-перше, структурне, організаційне, функціональне та фінансово-економічне розмежування функцій та ресурсів територіальних поліклінік і лікарень; створення центрів первинної медичної допомоги, консультативних діагностичних центрів і центрів стаціонарної допомоги у складі клінік інтегративної сімейної медицини з частковим (умовним) фондотриманням. До складу центрів ПМД мають входити амбулаторії сімейної медицини та відділення сімейної медицини. Це сприятиме наближенню до населення не лише первинної медичної допомоги, але й спеціалізованих амбулаторних послуг; поліпшенню якості ПМД, виявленню значної кількості захворювань на ранніх стадіях, що дозволить їх ефективніше лікувати та реалізувати вторинну профілактику. Це сприятиме безперервному професійному розвитку фахівців сімейної медицини із задоволенням попиту на медичні послуги не менше 80% всіх пацієнтів, які з цією метою звертаються у заклади ПМД, і охоплення ними 90% населення у містах і 100% - у сільській місцевості.

По-друге, буде проведена зміна юридичного статусу закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні підприємства і запровадження контрактної форми роботи між замовниками медичних послуг, якими виступають органи місцевого самоврядування, та їх виконавцями, функції яких лягають на ЗОЗ. Створюються умови для розвитку приватної медичної практики на основі державно-приватного чи комунально-приватного партнерства. Це дасть можливість раціональніше використовувати обмежені бюджетні кошти, що виділяються на охорону здоров'я.

По-третє, об'єднання зусиль територіальних громад, медичних працівників і закладів освіти зі створенням освітніх медичних округів щодо формування принципів здорового способу життя, профілактики захворювань і боротьби зі шкідливими звичками серед окремих груп населення, а також забезпечення розвитку медичної та фізичної культури і спорту сприятимуть оздоровленню різних вікових груп населення області.

Реалізація політичного механізму державного управління щодо стратегій модернізаційного розвитку охорони здоров'я на регіональному рівні відбувається на основі методу програмно-цільового управління, основними інструментами якого є обласні цільові програми.

Основними напрямками програмно-цільового методу управління розвитком системи охорони здоров'я на регіональному рівні щодо підвищення якості та ефективності первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини визначені такі:

- активне використання комплексного механізму державного управління розвитком сімейної медицини на мікрорівні, у закладах первинної медичної допомоги, що працюють на засадах СМ (клініках інтегративної родинної медицини, центрах ПМД, відділеннях, амбулаторіях СМ, ФАПх), а також на індивідуальному рівні під час розв'язання фахівцями СМ проблем зі здоров'ям окремих пацієнтів;
- максимальне наближення фахівців СМ і вузьких спеціалістів, які надають спеціалізовану амбулаторну медичну допомогу, до населення, підвищуючи територіальну та економічну доступність якісного лікування хворих і профілактики

захворювань на догоспітальному етапі на основі інтегративної функції сімейних лікарів; реорганізація ФАПів, що обслуговують понад 1000 мешканців, і амбулаторії сімейної медицини;

- забезпечення керованості, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості діагностичної, лікувальної допомоги та медико-соціальної реабілітації з боку сімейних лікарів і «вузьких» спеціалістів закладів ПМД на основі протокольної системи медичної допомоги та формулярної системи лікарських засобів;

- суттєве поліпшення управління закладами та фахівцями первинної медичної допомоги станом громадського здоров'я територіальних громад шляхом формування і реалізації принципів здорового способу життя, формування збереження і зміцнення здоров'я здорових (валеологічний та профілактичний аспекти) і відновлення здоров'я хворих людей (лікувально-реабілітаційний аспект) різних вікових груп;

- залучення окремих громадян, їх родин, громадських організацій, державних органів і місцевого самоврядування до вирішення конкретних проблем індивідуального здоров'я мешканців і громадського здоров'я територіальних громад;

- підвищення ефективності використання кадрових і матеріальних ресурсів ПМД, які надходять з різних джерел фінансування; створення інвестиційних проектів із залученням приватного капіталу до розвитку ПМД на засадах СМ, використовуючи державно(комунально)-приватне партнерство;

- використання нематеріальних і матеріальних чинників мотивації підвищення якості та ефективності професійної діяльності фахівців сімейної медицини, в тому числі й оплати праці за кількість і якість виконаної роботи, що зумовлює престижність цієї спеціальності;

- підготовки достатньої кількості компетентних лікарів і медичних сестер загальної практики – сімейної медицини на додипломному та післядипломному етапах за єдиними наскрізними програмами на окремих факультетах чи відділеннях, а також у процесі безперервного професійного розвитку через навчально-тренінгові центри протягом усього періоду їх роботи у сфері ПМД;

- участь в управлінні наданням ПМД на засадах СМ громадськості шляхом застосування в закладах сімейної медицини лікарського самоврядування, залучення до формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей громадських організацій, місцевого самоврядування та органів державної влади, створюючи громадську систему охорони здоров'я як одну зі складових громадянського суспільства.

Перераховані вище напрямки управління розвитком ПМД будуть ефективними лише за умови позитивного ставлення до них населення і медичної спільноти, тому у засобах масової інформації та професійних часописах слід активно проводити роз'яснення переваг і очікуваних результатів таких управлінських заходів.

Надзвичайна актуальність проблем формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп і відновлення здоров'я хворих потребують створення громадської системи охорони здоров'я як важливої складової громадянського суспільства майбутнього.

Сімейний лікар, який надає ПМД на сімейно-територіальній дільниці, має законне право координувати та інтегрувати діяльність будь-кого зі спеціалістів СОЗ з метою надання якісної, пацієнторієнтованої медичної допомоги. Щоб правильно використовувати великий потенціал сучасної системи охорони здоров'я щодо формування, збереження, зміцнення і відновлення як здоров'я окремих осіб, так і громадського здоров'я об'єднаних територіальних громад, сімейний лікар повинен компетентно інтегрувати зусилля всіх фахівців і закладів охорони здоров'я на користь вирішення проблем зі здоров'ям. А це потребує компетентнісної підготовки таких фахівців як на додипломному, так і на післядипломному етапах їх вишколу, а також у процесі безперервного професійного розвитку в навчально-тренінгових центрах. І клініки інтегративної сімейної медицини у недалекому майбутньому стануть найоптимальнішими ЗОЗ, в яких будуть реалізовані сучасні методики профілактики та ранньої діагностики найпоширеніших захворювань і ефективного лікування хворих та їх медико-соціальної реабілітації. У таких закладах будуть сконцентровані науково-інноваційні пошуки щодо подальшого розвитку родинної медицини та формування професійної еліти у сфері первинної медичної допомоги нашої країни.

Список використаних джерел

1. Автоматизована система управління охороною здоров'я / І. І. Фуртук, А. Я. Базилевич, А. І. Голунов [та ін.] // Ефективність державного управління в контексті Європейської інтеграції: матеріали щорічних наук.-практ. Конф. 23 січня 2002 р. / за ред. А.О. Чемериса. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2004. – ч. 1. – С. 269 - 271.
2. Алгоритм підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини на додипломному етапі навчання / Л. В. Шкала, Г. Ф. Левченко, М. М. Ключенко [та ін.] // Сімейна медицина. – 2007. – № 3 (9). – С. 7.
3. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВООЗ. – 1980. – Т. 33, № 3. – С. 123-146.
4. Аналіз та перспективи розвитку сімейної медицини Львівщини / Я. М. Кашуба, В. Й. Кімакович, М. С. Паснок [та ін.]. – Львів, 2010. – 47 с.
5. Антонян И. М. Об эффективности навыков пользования персональным компьютером при проведении циклов специализации / И. М. Антонян, Р. В. Стецишин, И. В. Гурина // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – С. 108 - 109.
6. Апанасенко Г. Л. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. – К.: Здоров'я, 1998. – 243 с.
7. Асмолов О. К. Перспективи розвитку післядипломної освіти лікарів загальної практики-сімейної медицини / О. К. Асмолов, О. Б. Волошина, Г. П. Опарина, О. П. Дукова // Сімейна медицина. – 2007. – № 3 (9). – С. 31.
8. Аспекти вдосконалення управління діяльністю лікарів загальної практики / О. Г. Гемба, Л. Я. Судова, Я. П. Базилевич [та ін.] // Сімейний лікар. – Львів, 1989. – С. 16 - 17.
9. Бабенко В. А. Медицинское страхование в системе финансирования охраны здоровья во Франции: анализ возможностей адаптации в Украине / В. А. Бабенко // Медичне страхування. - 1994. – № 6. – С. 9 – 10.
10. Бабиніна Л. Я. Про деякі проблеми підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини / Л. Я. Бабиніна, Д. І. Головань // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 85.
11. Базилевич Я. П. Визначення думки населення про проведення експерименту Сімейний лікар / Я. П. Базилевич, А. А. Пірогов // Сімейний лікар. – Львів, 1989. – С. 12 - 13.
12. Базилевич Я. П. Інформаційне забезпечення експерименту "Сімейний лікар" / Я. П. Базилевич, А. А. Пірогов // Сімейний лікар. – Львів, 1989. – С. 61 - 62.
13. Базилевич Я. П. Сімейний лікар очима лікарської громадськості / Я. П. Базилевич, Я. П. Пірогов // Сімейний лікар. – Львів, 1989. – С. 19 - 20.
14. Бакуменко В. Д. Формування державно – управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики / В. Д. Бакуменко. – К.: Вид-во УАДУ, 2000. – 316 с.
15. Балакін О. К. Застосування інформаційних технологій у підвищенні ефективності роботи сімейного лікаря / О. К. Балакін, Л. М. Шіпкіна,

- Г. М. Дубінська, А. Б. Теребецький // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 19.
16. Балич Г. Л. Основы валеологии / Г. Л. Балич, Л. В. Назарова. – С.–Пб: Водолей, 1988. – 560 с.
 17. Басистюк І. Стан і перспективи сімейної медицини Київщини / І. Басистюк, Л. Матюха // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С.60.
 18. Березнев В. Я. Здравоохранение и медицинское страхование в ФРН / В. Я. Березнев // Здравоохранение Рос. Фед. – 1992. – № 5. – С. 20 - 25.
 19. Беске Ф. Реформа здравоохранения в новых землях Германии / Ф. Беске // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1994. – № 2. – С.44 - 46.
 20. Білінська М. М. Профілактичне спрямування системи охорони здоров'я: стан та перспективи розвитку / М. М. Білінська, Я. Ф. Радиш, О. В. Худоба // Державна політика у сфері охорони здоров'я. Частина 2 / За ред. М. М. Білінської, Я. Ф. Радиша. – К.: НАДУ, 2013. – С. 221 - 271.
 21. Богатирьова Р. Інформаційно-аналітичні матеріали до парламентських слухань на тему: «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України». – К.: МОЗ України, 2013. – 116 с.
 22. Брехман И. И. Введение в валеологию – науку о здоровье / И. И. Брехман. – Л.: Наука, 1987. – 125 с.
 23. Вдосконалення системи професійної підготовки сімейних лікарів на Україні / Є. Х. Заремба, Ю. Г. Кияк, О. В. Заремба-Федчишин [та ін.] // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 8 - 9.
 24. Від медико-соціального експерименту – до університетської клініки сімейної медицини / Я. М. Пітко, М. П. Павловський, Є. М. Полатайко, І. О. Мартинюк // Практична медицина. – 2006. – № 3. – С. 27 - 31.
 25. Визначення форм та методів управління в підвищенні ефективності та якості медичної допомоги / В. М. Ждан, О. К. Балакін, Л. М. Шілкіна [та ін.] // Сімейна медицина. – 2004. – № 3(9). – С. 32.
 26. Викладання основ управління для сімейних лікарів / О. І. Сердюк, Б. А. Рогожин, О. М. Титаренко [та ін.] // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 65.
 27. Власик Л. Й. Досвід використання системного підходу в роботі відділення профілактики в період реформування первинної медико-санітарної допомоги / Л. Й. Власик // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 14.
 28. Войтенко В. П. Здоровье здоровых – введение в санологию / В. П. Войтенко. – К.: Здоров'я, 1991. – 246 с.
 29. Волос Б. О. Державна політика і стратегія в СОЗ / Б. О. Волос, О. Є. Вашев. – Х.: Вид-во Хар. Р І. УАДУ “Магістр”, 2002. – 68 с.
 30. Волошин О. І. Формування стратегії оздоровчого харчування – життєва необхідність безпечного існування людини в ХХІ столітті / О. І. Волошин, О. І. Сплавський, Л. О. Волошина // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 86.
 31. Волошина О. Б. Удосконалення підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини за умови впровадження Болонського процесу в Україні /

- О. Б. Волошина, О. П. Дукова // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СБ С. 115.
32. Воробйов Є. О. Організація та методичне забезпечення заочної частини навчання при перепідготовці лікарів з фаху “загальна практика-сімейна медицина” / Є. О. Воробйов, Л. Г. Павленко, М. Г. Дубінська // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 87.
 33. Вороненко Ю. В. Права – важлива складова програми післядипломної підготовки керівників системи охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко, Я.Ф. Радиш // Український медичний часопис. – 2006, № 6 (56). – С. 35–39.
 34. Вороненко Ю. В. Проблеми забезпечення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України / Ю. В. Вороненко // IV з'їзд спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Програмні доповіді. – Житомир, 2008. – С. 36 - 41.
 35. Воронова С. В. Психологічна допомога людям похилого віку / С. В. Воронова // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СБ. – С. 81.
 36. Гелескул А. В. Удосконалення освітніх програм сімейних лікарів на додипломному, післядипломному етапах та етапі підвищення кваліфікації // приведення програм у відповідність до вимог Європейського союзу / А. В. Гелескул // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СБ. – С. 117.
 37. Герич І. Д. Демократизація управління та ефективного керування охороною здоров'я / І. Д. Герич, А. Я. Базилевич // Демократичні стандарти врядування в публічному адмініструванні: Матеріали науково-практичної конференції за міжнародною участю. – Львів, 2008. – С. 435 - 438.
 38. Гиріна О. М. Яким має бути сімейний лікар / О. М. Гиріна // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 92.
 39. Гиріна О. М. Профілактика в загальній лікарській практиці з позиції доказової медицини / О. М. Гиріна // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 65.
 40. Гиріна О. М. Використання інформаційних технологій в медичній практиці при підготовці сімейного лікаря / О. М. Гиріна // Сімейна медицина. – 2011. – №3. – С. 14 - 15.
 41. Гладій М. В. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я Львівської області / М. В. Гладій // Шляхи реформування охорони здоров'я на обласному рівні: Матеріали розширеної колегії Міністерства охорони здоров'я України. – Львів, 1998. – С. 7 - 9.
 42. Гладун З. С. Державне управління в СОЗ / З. С. Гладун. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
 43. Глушко Л. В. Надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної (сімейної) медицини сільським мешканцям Івано-Франківської області / Л. В. Глушко, М. Д. Галюк, Н. М. Коваль, Е. Й. Лапковський // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СБ. – С. 68.
 44. Гойда Н. Г. Роль сімейної медицини в збереженні здоров'я дітей та жінок репродуктивного віку / Н. Г. Гойда // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 39.
 45. Гойда Н. Г. Організація та фінансові моделі закладів сімейної медицини / Н. Г. Гойда // Сімейна медицина – 2007. – № 3. – С. 11 - 13.

46. Голуб Ю. В. Розвиток сімейної медицини в умовах сільського регіону / Ю. В. Голуб, В. А. Ординський // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 163.
47. Голяченко А. М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / А. М. Голяченко. – К.: ПП "Вічай", 1993. – 198 с.
48. Горбачева А. Врачи и пациенты во Франции / А. Горбачева // Врач. – 1997. – №2. – С. 41 - 42.
49. Грицай Н. М. Роль сімейного лікаря у вторинній профілактиці мозкового інсульту / Н. М. Грицай, Г. Я. Силенко, Т. В. Пілюгіна // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 84.
50. Грицко Р. Ю. Державне управління безперервним професійним розвитком фахівців медицини у центрі первинної медичної допомоги / Р. Ю. Грицко, І. І. Фуртак // Досвід, реалії та перспективи розвитку систем охорони здоров'я: Матеріали Українсько-польського симпозиуму 18-20 квітня 2013 р. – Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2013. – 585 с. – С. 290 - 293.
51. Грицко Р. Ю. Державне управління безперервним професійним розвитком фахівців сімейної медицини / Р. Ю. Грицко, Б. Б. Лемішко, Я.-Р. М. Федорів // Ефективність державного управління: Зб. наук. пр. Львівського РІДУ НАДУ при Президентіві України. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2012. – Вип. 30. – С. 184-189.
52. Грицко Р. Ю. Державне управління вишколом сімейних лікарів в Україні / Р. Ю. Грицко, І. І. Фуртак // Управління в освіті: Збірник матеріалів VI міжнародної наук.-практ. конф. 18-19 квітня 2013 р. – Львів: Тріада Плюс, 2013. – 324 с. – С. 71 - 72.
53. Грицко Р. Ю. Доказовість фармакотерапії – один із важелів державного управління якістю первинної медичної допомоги / Ю. Р. Грицко, Я.-Р. М. Федорів // Теоретичні та прикладні питання державотворення [Електронний ресурс]. Електронне наукове фахове видання Одеського РІДУ НАДУ при Президентіві України. – 2012. – Вип. 11. – Режим доступу: http://archive.nbuv.gov.ua/e-journals/tppd/2012_11/zmist/R_2/03%20Grutsko+.pdf.
54. Грицко Р. Ю. Механізми державного регулювання медсестринства в контексті розвитку родинної медицини / Р. Ю. Грицко. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2012. – Вип. 32. – С. 210 - 215.
55. Грицко Р. Ю. Родинний лікар як суб'єкт маркетингу / Р. Ю. Грицко, Я.-Р. М. Федорів // Модернізація системи державного управління: теорія та практика: Матеріали науково-практичної конференції за міжнародною участю: У 2 ч. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2012. – Ч. 2. – С. 349 - 354.
56. Грицко Р. Ю. Розвиток механізмів державного управління підготовкою родинних лікарів на додипломному етапі / Р. Ю. Грицко // Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. пр. Одеського РІДУ НАДУ при Президентіві України. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2012. – №3 (51). – С. 56 - 59.
57. Грицко Р. Ю. Роль ліцензування і акредитації в державному управлінні розвитком родинної медицини / Р. Ю. Грицко // Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. пр. Одеського РІДУ НАДУ при Президентіві України. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2012. – №1 (49). – С. 70 - 73.
58. Грицко Р. Ю. Сімейний лікар – центральний суб'єкт реалізації механізмів

- державного регулювання первинної медичної допомоги / Р. Ю. Гришко
Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. пр. Одеського РІДУ
НАДУ при Президентіві України. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2012. – №2 (50)
С. 132 - 135.
59. Гришко Р. Ю. Стандартизація як метод державного регулювання первинної медико-санітарної допомоги // Університетські наукові записки Хмельницький: Хмельницький ун-т управління і права, 2013. – №1. – С. 392-397
 60. Громадське здоров'я і громадське медсестринство / За ред. Є. Я. Скларова, М. Б. Шегедін, Б. Б. Лемішка. – К.: Медицина, 2008. – 223 с.
 61. Гузар З. Т. Розвиток сімейної медицини у місті Львові та загальні питання функціонування / З. Т. Гузар // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 32.
 62. Дарчин Б. С. Першочергові завдання державної політики України у сфері профілактики серцево-судинних захворювань / Б. С. Дарчин, В. П. Мегедь, Я. Ф. Радиш // Державна політика у сфері охорони здоров'я. Частина 2 / За ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. – К.: НАДУ, 2013. – С. 148 - 187.
 63. Державне управління: Словник-довідник / За загальною редакцією В. М. Князева, В. Д. Бакуменка. – К.: УАДУ, 2002. – 228 с.
 64. Деякі аспекти вдосконалення підготовки лікарів з фаху Загальна практика сімейна медицина / В. М. Ждан, Л. М. Шилкіна, Н. Г. Філоненко [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 124 - 125.
 65. Деякі аспекти підготовки сімейних лікарів на додипломному рівні з позицій Болонського процесу / В. Б. Гоцинський, С. М. Бутвин, І. О. Боровик [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 60.
 66. Деякі висновки та напрямки подальшого наукового обґрунтування розвитку сімейної медицини в адміністративній області / М. І. Хвисьюк, В. Г. Марченко, О. К. Полсуйшапка [та співавтор.] // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 34.
 67. Деякі завдання асоціації сімейних лікарів м. Києва та області в реформуванні системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини / Т. К. Набухотний, Л. Ф. Матюха, В. П. Замостян [та ін.] // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 48.
 68. Деякі особливості підготовки сімейних лікарів у США: аналіз Зальцбургських Duke семінарів / Л. П. Сидорчук, С. В. Білецький, Т. М. Христин [та ін.] // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції "Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні", – Чернівці, 2005. – С. 41.
 69. Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу / Постанова Кабінету Міністрів України від 30.12.2013 р. № 977.
 70. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я // Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208 // Управління закладами охорони здоров'я. – 2010. – С. 69 – 72.
 71. Джафарова Д. М. Економічні аспекти впровадження сімейної медицини / Д. М. Джафарова // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 34.

72. Джафарова Д. М. Деякі аспекти розвитку сімейної медицини / Д. М. Джафарова, С. І. Биченко // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 15.
73. Динаміка розвитку сімейної медицини Львівщини / С. М. Федоренко, М. С. Паснок, Б. Б. Лемішко [та ін.]. – Львів, 2011. – 35 с.
74. Дистанційне навчання – можливість безперервної професійної підготовки / О. Б. Яшенко, Л. В. Хімїон, С. В. Данилюк [та ін.] // Сімейна медицина. – 2011. – №3 (38). – С. 19 - 20.
75. Досвід післядипломної підготовки сімейних лікарів на кафедрі менеджменту та економіки ХМАПО / І. І. Парфьонова, А. В. Кабачна, О. Г. Рогова [та ін.] // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 19
76. Дудіна О. О. Технології доказової медицини-основа діяльності лікаря майбутнього / О. О. Дудіна // Лікарня в XXI столітті: управління та організація медичної допомоги. – К., 2008. – С. 32 - 36.
77. Дудченко М. О. Вплив засобів масової інформації та громадської діяльності на збереження репродуктивного здоров'я і генофонду нації шляхом профілактики захворювань, які передаються переважно статевим шляхом / М. О. Дудченко, К. В. Васильєва, А. А. Дудченко, Л. Ю. Левченко // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 89.
78. Дудченко А. А. Формування здоров'я майбутнього покоління – одне з головних завдань сімейного лікаря / А. А. Дудченко, А. М. Громова, Н. І. Мітлюкіна, В. К. Лихачов // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні. – Чернівці, 2005. – С. 90.
79. Дячишин В. І. Особливості підготовки лікарів-менеджерів сімейної медицини / В. І. Дячишин // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 123.
80. Дячишин В. І. Деякі питання підготовки лікарів-менеджерів загальної практики / В. І. Дячишин, О. В. Заремба // Сімейна медицина. – 2004. – № 3(9). – С. 66.
81. Дячук Д. Д. Проблеми сучасного менеджменту в охороні здоров'я / Д. Д. Дячук // Матеріали Всеукраїнського науково – практичного семінару – наради головних лікарів лікувально-профілактичних закладів “Актуальні проблеми управління галуззю охорони здоров'я в Україні”. – Алушта, 2008. – С. 24 – 34.
82. Економічний розвиток та державна політика: державна політика та економіка охорони здоров'я в Україні: практикум / За ред. І. Розпунтенка, І. Солоненка. – К.: Вид-во “К.І.С.”, 2002. – Вип. 11. – 256 с.
83. Ермакович И. И. Особенности профилактики хронических неинфекционных заболеваний с позиций семейного врача / И. И. Ермакович, В. А. Чернышов // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 89.
84. Етапи розвитку сімейної медицини на Львівщині та її проблеми / Є. Я. Скларов, І. О. Мартинюк, Б. Б. Лемішко [та ін.] – Львів, 1994. – 5 с.
85. Етико-деонтологічні особливості роботи сімейного лікаря / М. Г. Телішевська, Л. Д. Бутитер, Е. М. Василюк [та ін.] // Сімейний лікар. – Львів, 1989. – С. 58-60.
86. Євтушенко О. В. Вплив впровадження засад сімейної медицини на частоту й структуру викликів швидкої медичної допомоги / О. В. Євтушенко, О. А. Ушкевич, І. І. Бобяк // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 89.

87. Жадан І. А. Досвід роботи факультету загальної практики-сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти / І. А. Ждан, Н. М. Гріднева // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 17.
88. Жаліло Л. І. Здоровий спосіб життя населення: аспекти державного управління / Я. І. Жаліло, О. І. Мартинюк, І. В. Рожкова // В кн.: Державна політика у сфері охорони здоров'я. Частина 2. – К.: НАДУ, 2013. – С. 382–419.
89. Ждан І. А. Особливості післядипломної підготовки лікарів на циклі спеціалізації за фахом “загальна практика-сімейна медицина” / І. А. Ждан, Н. М. Гріднева // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 28.
90. Ждан В. М. Зарубіжний досвід післядипломної підготовки лікарів загальної практики / В. М. Ждан, Д. С. Зазикіна, Л. М. Шилкіна, Б. Л. Флегантова // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 9.
91. Забігайло М. Розробка й впровадження моделі первинної медико-санітарної допомоги в рамках проекту “Профілактичні та первинні заходи з охорони здоров'я населення України, Києва та ряду областей” / М. Забігайло, В. Ординська // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 23.
92. Заремба Є. Х. Концепція профілактики захворювань серцево-судинної системи – стратегічне завдання сімейної медицини / Є. Х. Заремба // Сімейна медицина. – 2004. – № 3(9). – С. 72.
93. Заремба Є. Х. Сімейна медицина – основа профілактичного розвитку медицини / Є. Х. Заремба, Л. М. Зачек, І. В. Лозицький, Р. Б. Лозицька // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 226.
94. Заремба Є. Х. Освітні медичні програми для населення – невід'ємна частина реалізації стратегії профілактики / Є. Х. Заремба, Т. М. Соломенчук // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 164.
95. Заремба Є. Х. Роль сімейної медицини у створенні і реалізації освітніх програм для населення / Є. Х. Заремба, Т. М. Соломенчук, В. А. Скибчик // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 229.
96. Застосування алгоритму комплексної експертної оцінки якості дерматовенерологічної допомоги в закладах сімейної медицини / А. Ф. Корон, І. І. Зінов'єв, Г. П. Сябренко [та ін.] // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 35.
97. Здоров'є -21- Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ // Європейская серия по достижению здоровья для всех. – № 6 – Компенгаген; ВОЗ, ЕРБ, 1999. – 310 с.
98. Івашук С. І. Що ж таке сімейний лікар? (Закордонний практичний досвід як зі сторони, так і за прямої участі) / С. І. Івашук, Д. Д. Лепкалюк // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 15.
99. Івченко В. К. Організація роботи Луганського регіонального учбово-практичного центру сімейної медицини / В. К. Івченко, Ю. Г. Бурмак, І. Г. Карецька // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 125.
100. Івченко В. К. Підготовка сімейного врача в Луганском государственном медицинском университете / В. К. Івченко, И. В. Романенко, Т. А. Чуканова // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 100.

101. Інформаційне забезпечення діяльності спеціалістів сімейної медичної практики / І. І. Фуртак, А. І. Голунов, М. К. Хобзей [та ін.] // Державне управління в умовах інтеграції України в Європейський Союз: матеріали наук. – практ. конф. за міжнародною участю, 22 травня 2002 р., м. Київ / За ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К.: Вид-во УАДУ, 2002. – С. 211 - 214.
102. Интернатура по семейной медицине: опыт работы, проблемы и перспективы / Е. В. Лаврова, А. Н. Корж, Ю. П. Снопков [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2005. – СВ. – С. 132.
103. Каприс Л. А. Первичная медико-санитарная помощь в Европе: отчет и исследования / Л. А. Каприс. – Копенгаген, 1980.
104. Кардаш В. Е. Логістика в охороні здоров'я та сімейній медицині / В. Е. Кардаш, А. П. Зубович // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні». – Чернівці, 2005. – С. 64.
105. Карецька І. Г. Роль сімейного лікаря в поліпшенні якості профілактичної роботи / І. Г. Карецька // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 233.
106. Кваліфікаційна характеристика лікаря за спеціальністю “загальна практика” / М. П. Павловський, В. П. Виговський, І. О. Мартинюк [та ін.] – Львів, 1993. – 10 с.
107. Клініка сімейної медицини / Є. Я. Склярів, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 57 – 58.
108. Ковпак Ю. В. Досвід організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної (сімейної) практики по місту Комсомольську Полтавської області / Ю. В. Ковпак, В. О. Дубник, В. О. Соколова // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 70.
109. Компетентнісний підхід – основа кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики – сімейної медицини /Л. Матюха, Н. Гойда, Г. Лисенко [та ін.] // Сімейна медицина. – 2009. – № 4. – С. 80 - 83
110. Конституція України. – К. : Просвіта, 1996. – 80 с.
111. Концепція Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 24.07.2006 р. № 421-р.
112. Корж О. М. Навчання сімейних лікарів в амбулаторіях сімейного типу / О. М. Корж, Т. А. Титова // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 15.
113. Короп А. Ф. Про діяльність обласного спеціаліста за фахом “загальна практика – сімейна медицина” та шляхи вирішення пов'язаних з нею проблем / А. Ф. Короп, М. І. Березка, Т. Л. Ющенко, Б. М. Борисенко // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 28.
114. Коротич О. Б. Державне управління регіональним розвитком України / О. Б. Коротич. -Харків: Вид-во ХарПІДУ НАДУ „Магістр”, 2006. – 220 с.
115. Кривенко В. І. Сучасні комп'ютерні технології в підготовці лікарів-інтернів за фахом “загальна практика – сімейна медицина” / В. І. Кривенко, В. Г. Єрмеєв, О. П. Федорова, С. П. Пахомова // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 57.

116. Кризіна Н. П. Сучасний стан первинної медико-санітарної допомоги в Україні / Н. П. Кризіна, Н. Ю. Кондратюк, О. В. Письменна // Ювілейний X з'їзд ВУЛТ. – К., 2009. – С. 315.
117. Крючко Т. О. Основні принципи взаємодії сімейного лікаря та сім'ї на шляху виховання здорової дитини / Т. О. Крючко, М. М. Забайрачний, М. М. Пешнін, В. П. Бойко // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні. – Чернівці, 2005. – С. 93.
118. Кузьмін О. Є. Теоретичні та практичні засади менеджменту: Навчальний посібник / О. Є. Кузьмін, О. Г. Мельник. – Львів: Вид-во НУ “Львівська політехніка”, 2002 – 225 с.
119. Кулик О. Ф. Підготовка помічника сімейного лікаря – проблема сьогодення / О. Ф. Кулик, Л. О. Піц // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 22.
120. Курило В. М. Деякі проблеми впровадження сімейної медицини / В. М. Курило, Л. А. Гнатюк // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 30 - 31.
121. Латишев Є. Є. Потенціал закладів медичної освіти – один зі стратегічних ресурсів щодо розбудови інституту сімейного лікаря в Україні / Є. Є. Латишев // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 18.
122. Латишев Є. Є. Формування системи сімейної медицини в Україні. – К., 2005. – 176 с.
123. Латишев Є. Є. Деякі принципи нормування кадрових ресурсів сімейної медицини в Україні / Є. Є. Латишев // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 68.
124. Лемішко Б. Б. Громадське здоров'я - основа становлення громадянського суспільства / Б. Б. Лемішко // Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президенті України / За заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2007. – Вип. 13. – С. 163 - 169.
125. Лемішко Б. Б. Державна політика забезпечення медичної опіки – одна із складових сімейної медицини / Б. Б. Лемішко, Я-Р. М. Федорів // Ефективність державного управління: зб. наук. праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президенті України. – Вип. 29/ За заг.ред.чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева.-Львів: ЛРІДУ ГАДУ, 2011.- С.241-248.
126. Лемішко Б. Б. Державне управління безперервним професійним розвитком фахівців сімейної медицини / Б. Б. Лемішко, Я-Р. М. Федорів, Р. Ю. Грицько // Ефективність державного управління: зб. наук. праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президенті України. – Вип. 30/ за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева.- Львів: ЛРІДУ ГАДУ, 2012. – С. 184 - 189.

127. Лемішко Б. Б. Механізми державного управління розвитком сімейної медицини Львівщини / Б. Б. Лемішко. – Львів: Сполум, 2011. – 308 с.
128. Лемішко Б. Б. Класифікація та термінологічні підходи у процесі державного модернізаційного реформування системи охорони здоров'я України / Б. Б. Лемішко, Р. Ю. Гришко // Демократичне врядування [Електронний ресурс]: наук. вісник Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. – Вип. 11. – Львів: ЛРІДУ НАДУ. – 2013. Режим доступу: <http://Lvivacademy.com/visnik/index.html>.
129. Лемішко Б. Б. Інструменти управління якістю медичної допомоги в закладах сімейної медицини / Б. Б. Лемішко // Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України / За заг. ред. чл.- кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. – Вип. 25. – С. 222 - 228.
130. Лемішко Б. Б. Механізми державного управління модернізаційним розвитком первинної медичної допомоги на регіональному рівні / Б. Б. Лемішко. – Дрогобич: Посвід, 2013. – 264 с.
131. Лемішко Б. Б. Механізми державного управління системою охорони здоров'я у процесі реформування первинної медико-соціальної допомоги на регіональному рівні: Дис. д-ра наук з держ. управління; 25.00.02. / Лемішко Борис Богданович, - Львів, 2013. – 503 с.
132. Лемішко Б. Б. Модель державного управління розвитком СМ на перехідний період / Б. Б. Лемішко // Теорія та практика державного управління: збірник наукових праць Харківського інституту державного управління при Президентові України – Вип. 2 (37) – Харків: В-во ХарPI НАДУ «Magіstr», 2012. – С. 112 - 118.
133. Лемішко Б. Б. Модернізаційний розвиток системи охорони здоров'я / Б. Б. Лемішко // Демократичне врядування : науковий вісник Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України - Вип.7. – Львів : ЛРІДУ НАДУ -2011.- Режим доступу: <http://lvivacademy.com/visnik7/index.html>.
134. Лемішко Б. Б. Мотиваційний менеджмент у сімейній медицині / Б. Б. Лемішко, І. І. Мартинюк // Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України/ За заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2009. – Вип.21. – С. 231 – 238.
135. Лемішко Б. Б. Основний модуль в державному управлінні клінікою сімейної медицини / Б. Б. Лемішко, І. І. Мартинюк // Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України / За заг. ред. чл. – кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 26. – С. 216 - 221.

136. Лемішко Б. Б. Програмно-цільовий метод управління розвитком сімейної медицини в районах Львівщини // Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України / За заг. ред. чл. – кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 26. – С. 305 - 312.
137. Лемішко Б. Б. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я через організацію консультативних лікувально-діагностичних центрів (на прикладі м. Львова) / Б.Б.Лемішко // Теорія та практика державного управління – Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2011.- Вип. 3. - С. 209 – 216.
138. Лемішко Б. Б. Розвиток інтегративної сімейної медицини в Україні / Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк // Сімейна медицина. – 2014. - №3. – С. 12 - 14.
139. Лемішко Б. Б. Роль диспансеризації у комплексному механізмі державного управління станом здоров'я населення в закладі сімейної медицини / Б. Б. Лемішко // Демократичне врядування : науковий вісник Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України - Вип.6. – Львів : ЛРІДУ НАДУ - 2010. – Режим доступу: <http://lvivacademy.com/visnik6/index.html> .
140. Лемішко Б. Б. Системний підхід до державного управління розвитком сімейної медицини на регіональному рівні / Б. Лемішко, Я. Пітко // Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України/ За заг. ред. чл.- кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2008. – Вип.14/15. – С. 103 - 110.
141. Лемішко Б. Б. Стратегія модернізації державного управління первинною медичною допомогою Львівщини / Б. Б. Лемішко, Р. Ю. Грицько // Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. – № 2 (42). – С. 186 – 193. – Харків: Вид-во ХарПІДУ НАДУ «Магістр», 2012.
142. Лемішко Б. Б. Удосконалення фінансово-економічного механізму державного управління закладами позашпитальної стаціонарної медичної допомоги / Б. Б. Лемішко // Актуальні проблеми державного управління: збірник наукових праць – Харків: Видавництво ХарПІ НАДУ «Магістр», 2011.- № 2 (40).- С. 125-132.
143. Лемішко Б. Б. Управління підготовкою фахівців сімейної медицини / Б. Б. Лемішко// Демократичне врядування : науковий вісник Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України - Вип. 3. – Львів : ЛРІДУ НАДУ- 2009.- Режим доступу: <http://lvivacademy.com/visnik3/index.html>.
144. Лемішко Б. Б. Управління створенням закладів сімейної медицини на Львівщині / Б. Б. Лемішко// Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління національної академії державного управління при Президентові України / За заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2009. – Вип.18/19. – С. 326 - 333.

145. Лемішко Б. Б. Управління якістю роботи медичних сестер на сімейно-територіальних дільницях / Б. Б. Лемішко // Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України/ За заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. – Вип. 22. – С. 174-179.
146. Лемішко Б. Б. Формулярна система фармакотерапії як метод організаційного механізму державного управління охороною здоров'я України / Б. Б. Лемішко // Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України – Одеса, 2011. – Вип. 3. – С. 86-89.
147. Лесовой В. Н. Методологические подходы к интеграции преподавания семейной медицины на додипломном и последипломном этапах / В. Н. Лесовой // Международный медицинский журнал. – 2005. – СВ. – С. 183.
148. Лехан В. М. Етапи реформування системи первинної медико-санітарної допомоги / В. М. Лехан, Е. В. Борвінко, Л. В. Крячкова // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 11-13.
149. Лехан В. М. Оптимізація керованості медичної допомоги – одне з провідних завдань запровадження сімейної медицини / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 11 - 12.
150. Лехан В. М. Як зменшити прояви конфліктів інтересів, що супроводжують реформування первинної медико-санітарної допомоги на принципах загальної практики-сімейної медицини / В. М. Лехан, К. О. Надутий // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 34 - 35.
151. Лисенко Г. І. Питання регулювання взаємовідносин між лікарями загальної практики і вузькими спеціалістами / Г. І. Лисенко, С. В. Данилюк, О. Б. Ященко, Л. В. Хімюк // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 10.
152. Лысенко Г. И. Внедрение семейной медицины как научной специальности – необходимое условие развития семейной медицины в Украине / Г. И. Лысенко, В. И. Ткаченко // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 9 - 10.
153. Лисенко Г. І. Досвід підготовки сімейних лікарів на факультеті “загальна практика – сімейна медицина” НМАПО ім. П. Л. Шупика / Г. І. Лисенко, Г. М. Чуприна, О. Б. Ященко, Л. Ф. Матюка // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 29.
154. Лисенко Г. І. Шляхи оптимізації підготовки сімейних лікарів / Г. І. Лисенко, О. Б. Ященко, Л. В. Хімюк, С. В. Данилюк // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці., 2005. – С. 24.
155. Лисицин Ю. П. О реформе здравоохранения в США / Ю. П. Лисицин, Н. В. Полунина, Е. Н. Нестеренко, А. А. Хмель // Рос. Мед. Журнал. – 1996. – № 2. – С. 8 - 10.
156. Литвак А. И. Функции и роли врача и управленца / А. И. Литвак // Главный врач. – 2006. – № 11. – С. 36 - 44.

157. Личность больного, психопрофилактика и психотерапия в общесоматической практике / Б. В. Михайлов, А. А. Мартыненко, Г. П. Андрух [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2005. – СВ. – С. 39.
158. Люблянська хартія по реформированию в Европе. – Компенгаген: ВОЗ, 1996.
159. Лящук П. М. Сімейна медицина і профілактика / П. М. Лящук, Н. В. Пашковська // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні. – Чернівці, 2005. – С. 94.
160. Макаренко В. Д. Профілактичний напрям роботи лікаря загальної практики // В. Д. Макаренко, О. К. Толстанов, В. В. Казімирчук // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 167.
161. Малик Я. Й. До питання розвитку вищої освіти в Україні у контексті Болонського процесу / Я. Й. Малик // Ефективність державного управління. – 2005 р. – Вип. 9. – С. 68 - 74.
162. Малиновська О. І. Проблемні питання післядипломної підготовки та атестації медичних сестер загальної практики-сімейної медицини / О. І. Малиновська // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 136.
163. Маншилін Г. М. Здоровий спосіб життя – основа гармонійного розвитку особистості / Г. М. Маншилін // Здоровий спосіб життя: Збірник матеріалів II міжрегіональної науково-практичної конференції. – Львів, 2002. – С. 53 - 54.
164. Мартинюк І. О. Роль кафедри поліклінічної справи у розвитку сімейної медицини / І. О. Мартинюк, В. П. Безв // Механізми фізіологічних функцій в експерименті та клініці. – Львів, 2001. – С. 64.
165. Мартинюк О. І. Розвиток міжгалузевої взаємодії у державному управлінні охороною здоров'я населення: Автореф. дис. канд. наук державного управління (НАДУ). / О. І. Мартинюк – К.: Видавництво НАДУ, 2006. – 20 с.
166. Марченко В. Г. Організаційні аспекти підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини / В. Г. Марченко, І. А. Жадан // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 137.
167. Марчук Н. В. Профілактична спрямованість – провідний принцип сімейної медицини / Н. В. Марчук // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні. – Чернівці, 2005. – С. 96.
168. Матоліч Б. М. Досвід впровадження сімейної медицини у Львівській області / Б. М. Матоліч // Матеріали розширеної виїзної колегії Міністерства охорони здоров'я України. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні. – Київ, Полтава-Комсомольськ, 2004. – С. 35 - 39.
169. Матюха Л. Ф. Актуальні проблеми на шляху впровадження сімейної медицини / Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 10 - 11.
170. Матюха Л. Ф. Погляд на сімейне медсестринство в Україні з урахуванням досвіду зарубіжних країн / Л. Ф. Матюха, Л. В. Хімоон // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ., Львів, 2001. – С. 107 - 109.
171. Медична освіта в світі та в Україні / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець [та ін.]. – Київ: Книга плюс, 2005. – 380 с.

172. Мельник Н. Т. Сімейний лікар і охорона репродуктивного здоров'я / Н. Т. Мельник, Д. М. Джафарова, Л. В. Луцевич, Р. М. Палюга // *Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів*. – Київ, Львів, 2001. – С. 234.
173. Методичні рекомендації до клінічних тематичних розборів з питань кардіології для лікарів-інтернів за спеціальністю “Лікар загальної практики – сімейний лікар” // В. П. Виговський, І. О. Мартинюк, І. А. Харченко [та ін.] – Львів, 1993. – 23 с.
174. Мінцер О. П. Інформаційна підтримка рішень у практичних задачах сімейної медицини / О. П. Мінцер // *Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів*. – Київ, Львів, 2001. – С. 46.
175. Мінцер О. П. Проблеми інформаційної відповідальності в сімейній медицині / О. П. Мінцер // *Міжнародний медичний журнал*. – 2005. – СВ. – С. 38.
176. Москаленко В. Ф. Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної медицини в Україні: Доповідь на I з'їзді сімейних лікарів України / В. Ф. Москаленко // – К., Л., 2001. – 32 с.
177. Москаленко В. Ф. Реформування системи охорони здоров'я: сучасний погляд / В. Ф. Москаленко // *IV з'їзд спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров'я*. – Житомир, 2008. – С. 42 - 60.
178. Москаленко В. Ф. Сучасні тенденції та проблеми громадського здоров'я в Україні / В. Ф. Москаленко, Т. С. Гузева, Л. І. Галієнко // *Ювілейний X з'їзд ВУЛТ*. – К., 2009. – С. 324.
179. Мусій О. Шляхи зміни фінансування системи охорони здоров'я України / О. Мусій // *Ювілейний X з'їзд ВУЛТ*. – К., 2009. – С. 4 - 10.
180. Надута Г. М. Роль громадських організацій у реформуванні охорони здоров'я України. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні. – Київ, Полтава-Комсомольськ, 2004. – С. 35 - 39.
181. Надутий К. О. Проблеми організації первинної медико-санітарної допомоги в Україні / К. О. Надутий, В. Т. Слабкий, У. В. Волошина // *Ювілейний X з'їзд ВУЛТ*. – К., 2009. – С. 329 - 300.
182. Напрямки управління впровадженням, діяльністю та вишколом фахівців сімейної медицини в Україні / Р. Ю. Грицко, І. І. Фуртак, Б. Б. Лемішко [та ін.]. – Львів: Сполом, 2013. – 188 с.
183. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу / Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, В. Г. Слабкий [та ін.]. – К., 2010. – 32 с.
184. Некоторые проблемы подготовки семейного врача / Л. М. Пасишвили, О. В. Сокруто, Т. М. Тихонова [и др.] // *Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів*. – Київ, Львів, 2001. – С. 113.
185. Нові підходи до відпрацювання практичних навичок із педіатрії в системі безперервної освіти лікарів загальної практики-сімейної медицини / О. А. Цодікова, Єфименко Т. Л., Білосорова Н. І. [та ін.] // *Сімейна медицина*. – 2007. – № 3. – С. 76.

186. Обліково-звітна електронна програма як метод вирішення проблеми документації сімейного лікаря / П. О. Колесник, С. В. Цяпеч, Л. П. Карній [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 25.
187. Опыт подготовки врачей общей практики // М. П. Павловский, Р. И. Орлов, И. О. Мартынюк [и др.] // Советское здравоохранение. – 1989. – № 9. – С. 16-19.
188. О проблемах подготовки врача общей практики / М. П. Павловский, Б. С. Зименковский, И. О. Мартынюк [и др.] // Врачебное дело. – 1989. – № 5. – С. 1-5.
189. Оптимізація роботи дільничної медичної сестри амбулаторії сімейної медицини при виконанні акушерсько-гінекологічних маніпуляцій / А. М. Громова, Г. М. Алтуєв, А. А. Дудченко [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 87.
190. Организация последипломного поэтапного образования семейных врачей – новые методические подходы / В. Н. Ждан, Е. Ф. Попова, Л. И. Гурина [и др.] // Семейна медицина - 2004. - № 3. – С. 54.
191. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В. М. Лехан, А. В. Іпатов, Е. В. Борвінко [та ін.]; за ред.: В. М. Лехан. – Дніпропетровськ: Арт – Прес, 2002. – 370 с.
192. Організація роботи сімейних лікарів у міській поліклініці / С. І. Коваль, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк [та ін.]. // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 66.
193. Орда О. М. Розвиток інституту сімейного лікаря в Україні – ключове завдання програми діяльності уряду в галузі охорони здоров'я України / О. М. Орда // Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні. – Київ, Полтава-Комсомольськ, 2004. – С. 17 - 22.
194. Ординський В. А. Оцінка процесу реформування первинної медико-санітарної допомоги окремого району / В. А. Ординський // Сімейна медицина. – 2010. – № 1. – С. 53 - 57.
195. Ординський В. А. Переваги реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / В. А. Ординський // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. С. 4 - 6.
196. Ординський В. Підходи до розробки моделі ПМСД на засадах сімейної медицини / В. Ординський, Б. Підвербецький // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 40.
197. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Закон України від 19.11.1992 р. № 2801 – XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №4. – С. 59 - 83.
198. Основні показники розвитку сімейної медицини у Львівській області за 2009 р / В. Й. Кімакович, М. С. Паєнок, Б. Б. Лемішко [та ін.]-Львів, 2010. – 23 с.
199. Особенности последипломной подготовки врачей общей практики на кафедре семейной медицины Запорожской медицинской академии последипломного образования / В. И. Кошля, С. Н. Дмитриева, С. Г. Пузык [и др.] // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 56

200. О совершенствовании знаний врачей по специальным разделам клинической медицины / И. М. Антонян, Ю. П. Серняк, А. С. Фуксзон [и др.] // *Международный медицинский журнал* – 2005. – СВ. – С. 107.
201. Островський М. М. Роль психотерапевта в управлінні збереженням психічного здоров'я населення за участю сімейного лікаря / М. М. Островський // *Демократичні стандарти врядування й публічного адміністрування. Частина 1.* – Львів, 2008. – С. 468 - 471.
202. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навчальний посібник / Л. Жигало, І. Солоненко, Б. Волос [та ін.]. – К. : Вид-во УАДУ, 2001. – 144 с.
203. Охорона здоров'я в регіонах: влада і громада / За ред. М. Тищука. – Одеса, 2007. – 115 с.
204. Охорона здоров'я в Україні: Нормативно-правові акти / Упоряд. О. С. Киричук, Я. Й. Малик. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2004. – 228 с.
205. Павловський М. П. Форми підготовки лікаря загальної практики / М. П. Павловський, В. П. Виговський, І. О. Мартинюк // *Сімейний лікар.* – Львів, 1989. – С. 21 - 22.
206. Павловський М. П. Лікарям загальної практики – результат сучасних методів діагностики / М. П. Павловський, О. Я. Ладний, Я. Р. Наконечний // *Сімейний лікар.* – Львів, 1989. – С. 17 - 18.
207. Панорама охорони здоров'я населення України / За ред. А. В. Підасва, О. В. Возіанова, В. Ф. Москаленка. – К.: Здоров'я, 2003. – 245 с.
208. Парій В. Д. Досвід діяльності благодійної організації “Лікарняна каса Житомирської області” / В. Д. Парій, В. С. Мішковський, І. Л. Бібіков // *Міжнародний медичний журнал.* – 2005. – СВ. – С. 40.
209. Парфьонова І. І. Стратегічні підходи до фінансування медичних закладів і необхідність впровадження страхової медицини / І. І. Парфьонова // *Міжнародний медичний журнал.* – 2005. – СВ. – С. 41.
210. Пасиешвили Л. М. Перспективи розвитку сімейної медицини в Україні / Л. М. Пасиешвили, В. Г. Карпенко, В. Г. Пасиешвили // *Сімейна медицина.* – 2004. – № 3. – С. 7.
211. Первинна медико-санітарна допомога в діяльності сімейного лікаря / М. П. Павловський, Я. П. Базилевич, О. Я. Ладний [та ін.] // *Сімейний лікар.* 1989. – С. 31 - 33.
212. Первичная медико-санитарная помощь: совместный доклад Генерального секретаря ВОЗ и Директора – исполнителя Детского фонда ООН. – Женева, Нью-Йорк, 1979.
213. Петраков К. Д. Клиника / К. Д. Петраков // *БМЭ*, т. 10. – М.: Изд-во «Советская энциклопедия». – 1979. – С. 1109.
214. Перспективи дистанційного навчання лікарів / Г. І. Лысенко, Д. А. Иващенко, С. В. Данылюк [и др.] // *Сімейна медицина.* – 2004. – № 3. – С. 42.
215. Питання, що потребують врегулювання механізмами державного управління на сучасному етапі функціонування системи охорони здоров'я України / Р. Ю. Грицко, І. І. Фуртак // *Державне управління та місцеве самоврядування: актуальні проблеми та шляхи їх вирішення: Матеріали І міжнар. наук.-практ. конф.* 11 - 12 квітня 2013 р. – Рівне. – 2013. – С. 119 - 123.

216. Підготовка медичних сестер з проблем сімейної медицини / І. О. Мартинюк, Б. Б. Лемішко, О. С. Холодзьон [та ін.] // Практична медицина. – 2004. – № 3, Т.10. – С. 112 - 114.
217. Підготовка сімейних лікарів на додипломному етапі в умовах поліклініки / Є. Я. Склярів, І. О. Мартинюк, Б. Б. Лемішко [та ін.] // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 43.
218. Підготовка сімейних лікарів на додипломному етапі / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. О. Мартинюк [та ін.] // Практична медицина. – 2002. – № 3. – С. 10 - 13.
219. Підходи до управління структурними перетвореннями в первинній ланці охорони здоров'я / Є. С. Латишев, В. М. Михальчук, Н. В. Марчук [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 32.
220. Пітко Я. М. Медико – соціальні аспекти управління розвитком сімейної медицини на Львівщині / Я. М. Пітко, Б. Б. Лемішко // Практична медицина. – 2007. – № 1, Т.ХІІІ. – С. 147 - 150.
221. Пітко Я. М. Державне управління розвитком сімейної медицини на Львівщині (Методичні рекомендації) / Я. М. Пітко. – Львів, 2007. – 12 с.
222. Пішак В. П. Підготовка сімейних лікарів у Буковинському державному медичному університеті / В. П. Пішак, М. Ю. Коломоєць, С. В. Білецький, О. С. Полякова // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 32.
223. Пливанюк Ю. Ф. Розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги та амбулаторій – один з методів ефективного використання коштів / Ю. Ф. Пливанюк, Б. Я. Цвигун // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 77.
224. Повханіч І. І. Роль сімейного лікаря у збереженні психічного здоров'я сім'ї / І. І. Повханіч, С. І. Старицький // Сімейний лікар. – Львів, 1989. – С. 34 - 35.
225. Полатайко Є. М. Перші підсумки експерименту по роботі лікаря загальної практики / Є. М. Полатайко // Сімейний лікар. – Львів, 1989. – С. 10 - 11.
226. Поліклінічна справа і сімейний лікар / За ред. Є. Я. Склярів, І. О. Мартинюка, Б. Б. Лемішка. – К.: Здоров'я, 2003. – 634 с.
227. Полога Р. Л. Сімейна медицина – оптимальна ланка первинної медико-санітарної допомоги населенню / Р. Л. Полога // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 55.
228. Полянська О. С. Превентивна реабілітація в діяльності сімейного лікаря / О. С. Полянська // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 98.
229. Поляченко Ю. В. Стан та перспективи розвитку сімейної медицини в Україні / Ю. В. Поляченко, С. М. Ханенко, В. Д. Парій // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 15.

230. Пономаренко В. М. Методичні підходи до визначення критеріїв оцінки якості роботи сімейного лікаря / В. М. Пономаренко, В. М. Бодак // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 44.
231. Пономаренко В. М. Регламентування надання спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах як інструмент керованої медичної допомоги / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко, Г. В. Курчатова // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 45.
232. Пономаренко В. М. Наукове обґрунтування реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 14.
233. Попик Г. С. Современная модель семейного врача как путь интеграции в Евросоюз / Г. С. Попик // Международный медицинский журнал – 2005. – СВ. – С. 46.
234. Попик Г. С. Шляхи удосконалення післядипломної освіти сімейних лікарів за умови впровадження сімейної медицини в Україні / Г. С. Попик, О. Б. Волошина, О. Р. Дукова // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 34.
235. Попик Г. С. Особенности практической подготовки семейных врачей / Г. С. Попик, Г. В. Корнован, С. Ф. Коваленко, В. И. Синенко // Семейная медицина. – 2007. – № 3. – С. 18.
236. Попов О. П. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні / О. П. Попов // Матеріали розширеної візної колегії Міністерства охорони здоров'я України. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні. – Київ, Полтава-Комсомольськ. – 2004. – С. 29 - 35.
237. Попов О. П. Чому ми виділили первинну медико-санітарну допомогу в окремий медичний заклад / О. П. Попов // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 48.
238. Порівняльна оцінка кваліфікації лікарів загальної практики – сімейної медицини і лікарів інших профілів / О. М. Зайцев, Ю. В. Жиліна, О. А. Короп [та ін.] // XII конгрес СФУЛТ. – Івано-Франковськ–Київ-Торонто, 2008. – С. 544.
239. Последипломная специализация врачей общей практики в интернатуре / В. П. Выговский, И. О. Мартынюк, И. А. Харченко [и др.] - Москва, 1989.- 30 с.
240. Принципи доказової медицини в практиці сімейного лікаря / М. М. Потяженко, І. М. Скрипник, Н. Л. Соколюк [та ін.] // Семейная медицина.- 2004.- №3.- С. 50.
241. Проблеми нормативного забезпечення розвитку інституту сімейної медицини та шляхи їх вирішення / В. М. Михальчук, Н. Г. Гойда, Є. Є. Латишев [та ін.] // Семейная медицина. – 2004. – № 3. – С. 27.
242. Проблеми проведення експерименту “Сімейний лікар” / М. П. Павловський, О. Я. Ладний, Я. П. Базилевич [та ін.] // Семейный лікар. – Львів, 1989. – С. 3 - 4.
243. Проблеми сімейної медицини в контексті державної політики України з охорони здоров'я / Б.Б. Лемішко, І.О. Мартинюк, Р.Ю. Грицко [та ін.] //

- В кн. «Державна політика у сфері охорони здоров'я. Частина 2. / За ред. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша. – К.: НАДУ, 2013. – С. 93 - 147.
244. 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.
245. Програма з циклу “Поліклінічна справа і сімейний лікар” для студентів V курсу лікувального і медичного факультетів / Є. Я. Скляр, І. О. Мартинюк, В. П. Бевз [та ін.]. – Львів, 1995. – 42 с.
246. Про добровільне об'єднання територіальних громад // Закон України від 05.02.2015 р. № 157 – VI.
247. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року // Закон України від 22.01.2010 р. № 1841 – VI // Управління закладом охорони здоров'я – 2010. – № 3. – С. 57 - 68.
248. Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах / Наказ МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484.
249. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року // Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. № 815.
250. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я // Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 // Медичний вісник України. – 2000. – № 25. – С. 3.
251. Про концепцію удосконалення охорони здоров'я населення України // указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 49. – С. 3 - 8.
252. Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентно-спроможна економіка, ефективна держава» // Указ Президента України від 12.03. 2013 року № 128/2013.
253. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення // указ Президента України від 06.12.2005 р. № 1694/2005 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 1. – С. 5 - 7.
254. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві / Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI.
255. Про таблиць оснащення підрозділів охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу / Н. Г. Гойда, М. П. Жданова, В. М. Лехан [та ін.] // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 13 - 14.
256. Професійні асоціації, їх стан і можливості у впровадженні сімейної медицини / Л. Матюха, Л. Бабиніна, М. Олійник [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 36.
257. Професійні асоціації та їх функції / Л. Ф. Матюха, М. В. Олійник, Л. В. Хімюк [та ін.] // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 72.

258. Професіограма лікаря загальної практики / сімейного лікаря / М. П. Павловський, І. С. Вітенко, І. О. Мартинюк [та ін.] – Київ, 1990. – 39 с.
259. Профессиограмма врача общей практики / семейного врача / М. П. Павловский, В. П. Выговский, И. О. Мартинюк [и др.] – Львов, 1988. – 15 с.
260. Профессиограмма врача общей практики / семейного врача / М. П. Павловский, В. П. Выговский, И. О. Мартинюк [и др.] – Москва, 1989. – 15 с.
261. Профілактична медицина і сімейний лікар / С. Я. Склярів, І. О. Мартинюк, Б. Б. Лемішко [та ін.] // Практична медицина. – 2003. – № 4. – С. 3 - 6.
262. Психологические аспекты профессиональной подготовки и деятельности семейных врачей / В. Ф. Москаленко, С. Д. Максименко, О. Н. Гирина [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2005. – СВ. – С. 139.
263. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: конституційно-правові засади / Я. Ф. Радиш // Передмова і загальне редагування Р. Н. Нижник. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 360 с.
264. Райс Д. А. Преобразование системы здравоохранения США в контексте мирового процесса реформ / Д. А. Райс // Пробл. социальной гигиены и история медицины. – 1996. – № 4. – С. 47 - 52.
265. Регіональна модель надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Я. М. Пітко, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк [та ін.] // Практична медицина. – 2008. – № 5, Т. XIV. – С. 126 - 139.
266. Регіональна модель освітньо-медичних округів та схема розташування закладів сімейної медицини у Львівській області / Я. М. Пітко, І. Д. Герич, Б. Б. Лемішко [та ін.]. – Львів, 2008. – 16 с.
267. Регіональний формуляр лікарських засобів для закладів первинної медичної допомоги / За ред. Б. Б. Лемішка, Я.-Р. Федоріва, І. О. Мартинюка, Р. Ю. Грицька. – Львів: Сполом, 2012. – 205 с.
268. Результати та перспективи наукових досліджень у Харківській медичній академії післядипломної освіти з питань розвитку сімейної медицини в регіоні / М. І. Хвисьок, О. М. Хвисьок, В. Г. Марченко [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 61.
269. Рейтингові показники кількості та якості роботи фахівців сімейної медицини / Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк, Н. Б. Метелиця [та ін.]. – Львів, 2014. – 15 с.
270. Рекомендації органам місцевого самоврядування з питань управління розвитком сімейної медицини (методичні рекомендації) / М. І. Хвисьок, О. К. Попсуйшапка, А. Ф. Короп [та ін.] – Київ, 2005. – 26 с.
271. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини: інструктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря / За ред. В. М. Пономаренка. – К., 2001, – 181 с.
272. Ріпак І. М. Роль рухової активності у здоровому способі життя / І. М. Ріпак // Здоровий спосіб життя: Збірник матеріалів II міжрегіональної науково-практичної конференції. – Львів, 2002. – С. 79 - 81.
273. Рішення колегії Міністерства охорони здоров'я України: Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні. – Київ, Полтава – Комсомольськ, 2004. – С. 59 - 62.

303. Сосин И. К. Наркологические проблемы в практике семейного врача / И. К. Сосин, Г. Н. Мисько // Международный медицинский журнал. – 2005. – СВ. – С. 103.
304. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 675 с.
305. Стратегія профілактики в програмі CINDI – Україна. / І. П. Смирнова, І. М. Горбась, О. О. Кваша [та ін.] // Сімейна медицина – 2004. – № 3. – С. 58.
306. Стационар на дому в роботі сімейного лікаря / Я. П. Базилевич, П. І. Фенюк, О. Н. Гдиря [та ін.] // Сімейний лікар. – Львів, 1989. – С. 40 – 41.
307. Сучасні проблеми підготовки лікарів загальної практики в Полтавській області / В. М. Ждан, Л. І. Гурина, Є. М. Кітура [та ін.] // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 12.
308. Типові положення про заклади первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Я. М. Пітко, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк [та ін.]. – Львів, 2008. – 42 с.
309. Типовой учебный план и программа двухгодичной подготовки в системе субординатора – интернатура выпускников лечебного факультета медицинского института по специальности врач общей практики / М. П. Павловский, В. И. Выговский, И. О. Мартынюк [и др.] – Львов, 1988. – 44 с.
310. Типовой учебный план и программа одногодичной специализации / интернатуры / выпускников медицинских институтов и медицинских факультетов университетов по специальности врач общей практики / В. П. Выговский, И. О. Мартынюк, И. А. Харченко [и др.] – Москва, 1990. – 40с.
311. Типовий учбовий план і програма спеціалізації / інтернатури / випускників медичних інститутів і медичних факультетів університетів із спеціальності “лікар загальної практики” / І. С. Зозуля, В. К. Худошин, І. О. Мартинюк [та ін.]. – Київ, 1993. – 50 с.
312. Титаренко О. Н. Впровадження сімейної медицини в сільській місцевості / О. Н. Титаренко // Матеріали розширеної виїзної колегії Міністерства охорони здоров'я України. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні. – Київ, Полтава-Комсомольськ, 2004. – С. 43 – 48.
313. Титаренко О. М. Діяльність органів місцевого самоврядування з впровадження засад сімейної медицини / О. М. Титаренко, Ю. Г. Федченко, О. І. Сердюк [та ін.] // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 15.
314. Толстанов О. К. Досвід організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної (сімейної) практики в Житомирській області / О. К. Толстанов, В. І. Хренов, Т. Л. Кальчук [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 78.
315. Толстанов О. К. Профілактичний напрямок роботи сімейних лікарів Житомирського обласного медичного центру / О. К. Толстанов, В. І. Хренов, Т. Л. Кальчук // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 169.
316. Толстанов О. К. Основний напрямок роботи сімейних лікарів – профілактика / О. К. Толстанов, В. І. Хренов // Матеріали всеукраїнської науково-практичної

- конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 102.
317. Толстанов О. К. Характеристика діагностичних можливостей лікаря загальної практики / сімейної медицини та перспективи їх покращення / О. К. Толстанов // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 98 – 102.
 318. Трансформація системи охорони здоров'я у напрямку збільшення ефективності рішень, що приймаються / Л. Вдовяк, І. Ф. Бояр, І. Швець [та ін.] // Демократичні стандарти врядування й публічного адміністрування. – Львів, 2008. – С. 522-524.
 319. Уваренко А. Р. Первинна медико-санітарна допомога на селі / А. Р. Уваренко, В. Д. Парій – Житомир: Полісся, 1998. – 205 с.
 320. Уваренко А. Р. Сучасне уявлення про сімейного фельдшера на селі / Р. Уваренко, В. Д. Парій, В. А. Станіславчук // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів 2001. – С. 123.
 321. Український тренінговий центр сімейної медицини: досвід роботи щодо оптимізації підготовки медичних кадрів в напрямку загальної практики – сімейної медицини в Україні / О. І. Висоцька, О. Г. Шекера, Г. М. Виноградова [та ін.] // XII конгрес СФУЛТ. – Івано-Франківськ – Київ – Чикаго, – 2008. С. 535 – 536.
 322. Університетська клініка сімейної медицини / Є. Я. Склярів, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк [та ін.] // Практична медицина. – 2005. – № 1. – С. 129 - 133.
 323. Федорів Я. – Р.М. Державна політика забезпечення медичної опіки – одна із складових сімейної медицини / Я.- Р. М. Федорів, Б. Б. Лемішко // Ефективність державного управління: зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президенті України / За заг. ред. чл. – кор.. НАН України В.С. Загорського, доц. А.В. Ліпенцева. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 22. – С. 241 – 247.
 324. Федорів Я. – Р.М. Державне управління підготовкою кадрів профілактичної медицини // Я. – Р. М. Федорів, Б. Б. Лемішко // Демократичне врядування [Електронний ресурс]: Наук. Вісник Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президенті України. – Вип. 8. – Львів: ЛРІДУ НАДУ. – 2011. – Режим доступу: <http://Lvivacademy.com/visnik8/index.html>.
 325. Федорчак О. В. Упровадження інноваційного механізму управління у діяльність обласних державних адміністрацій: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з державного управління: спец. 25.00.02. – механізми державного управління / О. В. Федорчак. – Львів, 2010. – 20 с.
 326. Федунь П. І. Поліпрофесійний метод лікування на первинному рівні надання медичної допомоги: аналіз перших кроків / П. І. Федунь, Т. П. Пошивак, Д. М. Джафарова [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ.– С.60.
 327. Фільц Ю. О. Управління процесом інформатизації роботи консультативного лікувально-діагностичного центру / Ю. О. Фільц // Демократичні стандарти врядування й публічного адміністрування. Частина І. – Львів, 2008. – С. 510-513.

328. Формування мережі закладів охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади / Б. Чечотка, Ю. Білий, Б. Лемішко [та ін.]. – Львів, 2016.
329. Функціональна модель консультативного лікувально-діагностичного центру комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова / Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк, Ю. О. Фільц [та ін.]. – Львів, 2007. – 331 с.
330. Фуртак І.І. Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті Європейської інтеграції: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з державного управління / І.І. Фуртак. – Львів, 2010. – 20 с.
331. Хвисьюк М.І. Лабораторія сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти: 10 років науково-методичного забезпечення розвитку ПМСД / М.І. Хвисьюк, А. Ф. Короп, О.В. Жук // Сімейна медицина. – 2011. № 3. – С. 45 - 47.
332. Хвисьюк О. М. Розвиток сімейної медицини й стан спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах сільських районів Харківської області / О. М. Хвисьюк, А. Ф. Короп, О. М. Зайцев // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 28.
333. Хобзей М. К. Досвід реформування методів управління та організації системи охорони здоров'я на обласному рівні / М. К. Хобзей // Шляхи реформування охорони здоров'я на обласному рівні: Матеріали розширеної колегії Міністерства охорони здоров'я України. – Львів, 1998. – С. 10 - 19.
334. Холодзьон О. С. Підвищення ролі та розширення функціональних обов'язків медичних сестер первинної медико-санітарної допомоги / О. С. Холодзьон, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк, Н. С. Безпалько // Практична медицина. – 2006. – № 3, Т. 12. – С. 77 - 80.
335. Хробак О. Т. Управління профілактикою ішемічних порушень мозкового кровообігу у хворих на артеріальну гіпертензію / О. Т. Хробак // Демократичні стандарти врядування й публічного адміністрування. Частина І. – Львів, 2008. – С. 516 - 519.
336. Центр стаціонарної допомоги 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова: етапи становлення, завдання, перспективи розвитку / Ю. А Сагач, Б. Б. Лемішко, С. Й. Хабаль [та ін.] // Практична медицина. – 2004. – № 2, Т. 10. – С. 14 - 15.
337. Ціборовський О. М. Моделі організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарсько-сімейної практики і реструктуризації системи медичної допомоги / О. М. Ціборовський // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 65 - 70.
338. Цьоха І. О. Прогностичні аспекти анамнестичних даних про артеріальну гіпертензію при первинному ішемічному інсульті / І. О. Цьоха // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 32.
339. Чеканова Т. Д. Взаємодія адміністративних та політичних механізмів у системі управління охороною здоров'я: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з державного управління: спец. 25.00.02 “Механізми державного управління” / Т. Д. Чеканова. – Одеса, 2008. – 27 с.
340. Чиж В. Д. Альтернативні шляхи підготовки лікаря зі спеціальності “загальна практика-сімейна медицина” / В. Д. Чиж // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 127.

141. Чопей І. Порівняльна характеристика моделей сімейної медицини в деяких країнах світу та можливість їх впровадження в Україні / І. Чопей // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 71.
142. Чухрієнко Н. Д. Роль кафедри сімейної медицини в умовах реформування вищої освіти / Н. Д. Чухрієнко, О. І. Гайдук, О. Є. Козлова // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 50.
143. Чухрієнко Н. Д. Сучасні проблеми мотивації в підготовці лікаря загальної практики / Н. Д. Чухрієнко, О. Є. Козлова, І. В. Василевська // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 16.
144. Чухрієнко Н. Д. Пріоритетні напрямки в підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини / Н. Д. Чухрієнко, О. І. Гайдук, Н. П. Кузьмицька // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 128.
145. Чухриенко Н. Д. Узел организационных проблем в семейной медицине / Н. Д. Чухриенко, О. И. Гайдук, Н. П. Кузьмицкая // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 30.
146. Шаповал С. Д. Методические аспекты последипломного образования и непрерывного профессионального развития врачей общей практики / С. Д. Шаповал, С. Н. Дмитриева, В. А. Ординский // Международный медицинский журнал. – 2005. – СВ. – С. 157.
147. Шаповал С. Д. Впровадження нових організаційних форм безперервного навчання лікарів загальної практики / С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва, Т. О. Ралко // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 16 - 17.
148. Шатило В. Й. Інформаційне забезпечення лікаря загальної практики / В. Й. Шатило // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 63.
149. Шатило В. Й. Реформування первинної медико-санітарної допомоги. Система інформаційного забезпечення / В. Й. Шатило // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 83.
150. Шевченко М. В. Обґрунтування рекомендацій щодо визначення заробітної плати працівників закладів (підрозділів), які надають ПМСД населенню на засадах сімейної медицини / М. В. Шевченко // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 74.
151. Шевченко М. В. Сучасний етап фінансування закладів загальної практики-сімейної медицини в Україні / М. В. Шевченко // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 64.
152. Шеховцева Т. Г. Сімейний лікар: деякі методичні проблеми підготовки / Т. Г. Шеховцева, О. О. Черепок // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції “Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні”. – Чернівці, 2005. – С. 51.
153. Шкредов Н. Я. Десять медико-просветительных очерков здорового образа жизни / Н. Я. Шкредов. – Львов, 2006. – 191 с.

354. Шляхи реформування медичної допомоги на засадах громадської охорони здоров'я на муніципальному рівні / З. Т. Гузар, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк [та ін.] // Практична медицина. – 1999. – № 7. – С. 3 - 7.
355. Шляхи удосконалення підготовки викладачів та лікарів за фахом “загальна практика – сімейна медицина” / В. М. Гирін, Г. І. Лисенко, О. Б. Ященко [та ін.] // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 88.
356. Шпак І. В. Ліцензування медичної практики та акредитація закладів охорони здоров'я як складові управління та контролю якості медичної допомоги / Матеріали Всеукраїнського науково – практичного семінару наради головних лікарів лікувально-профілактичних закладів “Актуальні проблеми управління галуззю охорони здоров'я в Україні”. – Алушта, 2008. – С. 55 - 75.
357. Штанько В. А. Кафедра внутрішньої медицини в університетській клініці / В. А. Штанько // XII конгрес СФУЛТ. – Івано-Франківськ-Київ-Чикаго, 2008. – С. 577.
358. Щербенко О. Организация и финансирование здравоохранения в США / О. Щербенко // Врач. – 1996. – № 3. – С. 42 - 43.
359. Щербина А. В. Інформаційне забезпечення роботи сімейного лікаря / А. В. Щербина, В. М. Карпань, Л. М. Береза // Матеріали першого українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ, Львів, 2001. – С. 79.
360. Юр'єва Л. М. Особливості діяльності сімейного лікаря в сфері охорони психічного здоров'я населення / Л. М. Юр'єва, Т. В. Малишко, С. Г. Носов // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – СВ. – С. 104.
361. Яковенко І. В. Законодавче регулювання організаційної структури системи охорони здоров'я України / І. В. Яковенко, Г. О. Слабкий, В. М. Бронова // Матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару – наради головних лікарів лікувально-профілактичних закладів “Актуальні проблеми управління галуззю охорони здоров'я в Україні”. – Алушта, 2008. – С. 5 - 15.
362. A systematic review of the quality of clinical care provided in general practice in the United Kingdom, Australia and New Zealand / M. E. Seddon, M. N. Marshall, S. M. Campbell [et al.] // Quality in Health Care. - 2001.- 10. – P. 152 - 158.
363. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons / C. Peck C. M. McCall, B. McLaren [et al.] // British Medical Journal. – 2000. – 320. P. 432 - 435.
364. Developing a 'consultation quality index' (CQI) for use in general practice / J. R. G. Howie, D. J. Heaney, M. Maxwell [et al.] // Family Practice. – 2000. – 17. – P. 455 - 461.
365. Elders M. J. The role of public health in improving the health of America / M. J. Elders // J. Publ. Health Policy. – 1995. – V.16, N 2. – P. 133 - 140.
366. Forrest C. B. Self referral in point-of-service health plans C. B. Forest // JAMA. – 2001. – V. 285. – P. 2223 - 2231.
367. Gesundheitssysteme in Wandel / Europäisches für Gesundheitssysteme. – Deutschland, 2000. – 156 p.
368. Gibbs J. Trevor. Continuing professional development: continuing to learn and develop / J. Gibbs // Сімейна медицина. – 2008. – № 3. – С. 14 - 16.

369. Koplin A. N. A national program to restructure local public health agencies in the United States / A. N. Koplin // *J. Publ. Health Policy.* – 1993. – V. 14, N4. – P. 393 - 402.
370. Marshall M. N. Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care: qualitative study / M. N. Marshall, J. Hiscock, B. Sibbald // *British Medical Journal.* – 2002. – 325. – P. 1278 - 1281.
371. Murray A. The Primary Care Assessment Survey: a tool for measuring, monitoring and improving primary care / A. Murray, D. G. Safran // In *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings* (ed. M.E. Maruish). 2000. – 12. P. 623 - 665.
372. Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement // WFME Office: University of Copenhagen. Denmark, 2003.
373. Quality Indicators for Common General Practice Problems / M. Marshall, S. Campbell, M. Roland [et al.] // *Royal Society of Medicine Press.* – 2001. – 2. – P. 21 - 42.
374. Shi L. Primary Care, Income Inequalities, and Self-rated Health in the United States: A Mixed-level Analysis / L. Shi, B. Starfield // *International Journal of Health Services.* – 2000. – 30 (3). – P. 541 - 555.
375. Shi L. Primary care, self-rated health, and redactions in social disparities / L. Shi, B. Starfield, R. Politzer, J. Regan. // *Health Serv Res.* – 2002. – V. 37 (3). – P. 529 - 550.
376. Spooner A. What makes doctors take part in a major quality improvement initiative? A qualitative study of the reasons for professional behaviour change. / A. Spooner, A. Chapple, M. Roland // *Journal of Health Services Research and Policy.* – 2001. – 6. – P. 145 - 150.
377. Thomsen B. 1965-1995: Medicare at a crossroads / B. Thomsen // *JAMA.* – 1995. – V. 274, N 3. – P. 276 - 278.
378. Wladek B.C. Medicare at 30 / B.C. Wladek, K. M. King // *JAMA.* – 1995. – V. 274, N 3. – P. 259 - 267.
379. World Federation for Medical Education. Proceedings World Summit on Medical Education // *Medical Education.* – 1994. – 28 (Suppl. 1).
380. World Federation Medical Education. Edinburgh Declaration // *Lancet.* – 1988. – 8068. – P. 464.
381. World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. – WFME, Copenhagen, 2003. WFME website: <http://WWW.wfme.org>.

проводити стентування коронарних артерій як після фібринолізу так і реалізацію ПКВ у спеціалізованому відділенні (центрі) без фібринолізу.

Надання первинної медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST

У пунктах невідкладної медичної допомоги (ПНМД) для дорослих чи дітей, амбулаторіях чи відділеннях сімейної медицини центрів ПМД, або у непрофільних відділеннях лікарень при отриманні виклику від хворого чи його родичів зі скаргами, які можуть свідчити про ГКС чи ГМ, лікар, фельдшер чи медична сестра повинні сприяти швидкому доступу такого хворого до екстреної медичної допомоги та терміновій його госпіталізації.

При цьому лікар будь-якої спеціальності повинен обов'язково зібрати **анамнез захворювання** і встановити точний час початку нападу болю за грудиною тиснучого, пекучого чи іншого характеру, встановити його іррадіацію. Слід з'ясувати, чи була спроба зняти біль нітрогліцерином, чи пов'язаний він з фізичним або психоемоційним навантаженням: чи виникали напади болю або задишки при ходьбі, що змушували зупинитись хворого, їх тривалість у хвиликах, ефективність застосування нітрогліцерину. Важливо з'ясувати, чи подібний цей напад болю або задишки на ті, що виникали раніше при фізичному або психоемоційному навантаженні, за локацією і характером: чи посилювався і почастішав біль останнім часом, що свідчить про нестабільність стенокардії; чи змінилась толерантність до навантаження і збільшилась потреба у нітратах.

В анамнезі життя необхідно встановити, які лікарські засоби приймає хворий щоденно і які лікарські засоби прийняв хворий до прибуття лікаря. Важливо встановити у хворого такі фактори ризику ГКС: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гіперхолестеринемія, тютюнопаління, стресові ситуації тощо. Слід діагностувати наявність інших супутніх захворювань: порушень ритму серця і мозкового кровообігу, виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, онкопатології, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч; зібрати алергологічний анамнез і з'ясувати на які лікарські засоби є алергічні реакції.

Під час огляду та фізичного обстеження необхідно оцінити загальний стан та життєво важливі функції хворого: свідомість, дихання, кровообіг за алгоритмом ABCD (додаток Б). Відповідно до показань важливо усунути порушення з боку дихання і кровообігу. Візуально необхідно оцінити колір шкірних покривів, їх вологість, набрякання шийних вен.

З метою оцінки стану **системи кровообігу і дихання** визначається частота пульсу і дається його характеристика, рівень АТ, частота дихання та його характеристика; артеріальний тиск вимірюється на обох руках. Під час перкусії ділянки серця звертається увага на розширення границь серцевої тупості. Пальпаторно визначається верхівковий поштовх та його локалізація і сила, аускультативно оцінюють тони серця та наявність шумів, наявність III або IV тону серця, шум тертя перикарда. При аускультатії легень необхідно звернути увагу на вологі хрипи у задній і нижніх відділах легень.

У багатьох хворих на ГКС і ГІМ при фізичному обстеженні серця і легень відхиленя від нормальних показників може не бути.

До обов'язкового інструментального обстеження при діагностиці ГКС і ГІМ на етапі первинної медичної допомоги відноситься реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

Для діагностики ГКС з елевацією сегмента ST встановлені такі критерії:

1. Елевація сегмента ST в точці J має визначитися мінімум у двох суміжних відведеннях і становити більше 0,25 мВ у чоловіків віком до 40 років, більше 0,2 мВ у чоловіків старших 40 років, більше 0,15 мВ у жінок у відведеннях V2-V4, і /або більше 0,1 мВ в інших відведеннях (за відсутності гіпертрофії лівого шлуночка або блокади лівої ніжки пучка Гіса).

2. У пацієнтів з нижнім інфарктом міокарда (згідно ЕКГ у 12 відведеннях) має проводитися додаткова реєстрація ЕКГ у правих грудних відведеннях (V3R;V4R): за наявності патологічних змін встановлюється діагноз одночасного інфаркту правого шлуночка.

3. За наявності депресії сегмента ST у відведеннях V1-V3 має проводитися додатково реєстрація ЕКГ у грудних відведеннях V7-V9 за Слапаком-Портилло з встановленням діагнозу «ГКС з елевацією сегмента ST», якщо є елевація сегмента ST на більше 0,1 мВ у цих відведеннях.

4. Слід приділити особливу увагу в таких випадках: хронічна блокада лівої ніжки пучка Гіса (наявність підйому сегмента ST у відведеннях з позитивним відхиленням комплексу QRS частіше вказує на розвиток ГІМ з оклюзією коронарної артерії), наявність штучного водія ритму.

5. Якщо на тлі клінічних ознак ГКС (ангінозний синдром) відсутні ЕКГ-ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20-30 хв. При цьому має оцінюватись наявність гострих зубців Т, які можуть передувати елевації сегмента ST. У сумнівних випадках треба реєструвати та інтерпретувати ЕКГ у відведеннях V7, V8 і V9 і за Слапаком-Портилло.

Із бажаних інструментальних обстежень рекомендується пульсоксиметрія (визначення насичення крові киснем, норма – 95%).

Діагноз гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST має бути сформульований на рівні первинної медичної допомоги за наявністю таких симптомів:

- затяжний (більше 20 хв.) у стані спокою ангінозний біль;
- наявність типових ЕКГ-змін, що перераховані вище, або при суперечливих випадках наявність змін на ЕКГ, які можуть бути розцінені як еквівалент типових.

Обов'язковими діями лікаря щодо лікування пацієнта на догоспітальному етапі є визначення суворого ліжкового режиму з піднятою злегка головою. Хворим на ГІМ для зменшення навантажень на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не допускати самостійного пересування хворого.

Оксигенотерапія показана хворим зі зниженою сатурацією менше 95%. Інгаляцію зволеним киснем потрібно проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.

Усім хворим на ГІМ у перші години захворювання чи при виникненні ускладнень показана катетеризація периферичної вени шляхом стандартної процедури венозної пункції катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

Фармакотерапія ГКС на догоспітальному етапі обов'язково починається з нітрогліцерину під язик у таблетках (0,5-1,0 мг), в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг). За необхідністю при нормальному АТ повторюють прийом нітрогліцерину кожні 5-10 хв.

Ацетилсаліцилову кислоту (АСК) застосовують у тих випадках, коли хворий самостійно не приймав до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, в дозі 160-325 мг, розжовуючи таблетку.

Якщо пероральне та інгаляційне введення нітрогліцерину малоєфективне, призначають концентрований розчин нітрогліцерину внутрішньовенно. Для цього концентрований розчин нітрогліцерину розводять 0,9% розчину хлористого натрію або 5% розчином глюкози. Інші розчинники не слід використовувати.

Розведений нітрогліцерин вводять внутрішньовенно, краплинно з початковою швидкістю 5 мкг/хв. Швидкість введення можна збільшувати кожні 3-5 хв. на 5 мкг/хв., залежно від ефекту і зміни частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску та систолічного артеріального тиску, який може знижуватися на 10-20% від вихідного, але не повинен бути нижчим 90 мм.рт.ст. Якщо при швидкості 30 мкг/хв. не отримано терапевтичного ефекту, подальше збільшення швидкості введення повинно становити 10-20 мкг/хв. При подальшому зниженні артеріального тиску збільшення швидкості інфузії не проводиться або проводиться через більш тривалі інтервали часу.

Для досягнення доброго ефекту швидкість введення 0,01% розчину нітрогліцерину звичайно не перевищує 100 мкг/хв. (1 мл/хв.). За відсутності ефекту від менших доз і допустимому АТ швидкість введення 0,01% розчину може досягти 300 мкг/хв. (3 мл/хв.). Подальше внутрішньовенне введення 0,01% розчину нітрогліцерину недоцільне.

Якомога раніше призначаються бета-адреноблокатори усім хворим на ГІМ, які не мають протипоказань. Протипоказані бета-адреноблокатори при брадикардії, гіпотензії, застійній серцевій недостатності та бронхіальній астмі.

При вирішенні питання про введення наркотичних анальгетиків (морфіну або тримеперидину-промедолу) перевага віддається морфіну. Його слід вводити повільно по 2-5 мг кожні 5-15 хв. до припинення болювого синдрому та задихки або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, блювання). При цьому метамізол натрію (анальгін) не використовують. Лише у випадку відсутності наркотичних анальгетиків, як виняток, може застосовуватися анальгін у комбінації з діазепамом, які вводяться внутрішньовенно повільно.

За наявності критеріїв ГІМ на електрокардіограмі бажано всередину приймати клопідогрель (плавікс) по 300 мг щоденно. Ефективне застосування клопідогрелю в комбінації з аспірином.

У випадку клінічного (без ЕКГ) діагностування ГІМ обов'язково дають нітрогліцерин під язик у таблетках по 0,5-1,0 мг чи в аерозолі 1-2 дози або 0,4-0,8 мг. У випадку необхідності та при нормальному АТ повторювати кожні 5-10 хв.

Ацетилсаліцилову кислоту (аспірин) дають в таблетках по 160-325 мг і просять хворого розжувати.

Якщо є потреба у наркотичних анальгетиках, а вони відсутні, як виняток, можна застосувати ненаркотичні анальгетики: розчин метамізолу натрію (анальгін) та діазепаму (сібазону, реланіуму), які вводити внутрішньовенно повільно.

Протипоказані та не рекомендовані втручання у хворих на ГКС:

8. Не застосовувати для знеболення комбінацію метамізолу натрію з діфенгідраміном.

9. Протипоказане введення лікарських засобів внутрішньом'язово, оскільки це унеможливає в подальшому проведення тромболілізу та сприяє хибному результату при визначенні рівня креатинфосфокінази.

10. Протипоказане профілактичне застосування лідокаїну у зв'язку з ризиком виникнення блокади серця.

11. Протипоказане застосування атропіну для профілактики вагомиметричних ефектів морфію (нудота, блювання, підвищення частоти серцевих скорочень; він може поглиблювати ішемію міокарда, сприяти порушенню ритму).

12. Протипоказане застосування дипіридамолу (курантилу, дрісентилу-сановел), міотропних спазмолітиків (дибазолу, папаверину), тому що вони викликають синдром обкрадання.

13. Антитромботична терапія на фоні гіпертонічного кризу протипоказана, тому що може підвищити ризик внутрішньочерепних крововиливів і кровотечі. Вона можлива лише після стабілізації артеріального тиску.

14. Призначення серцевих глікозидів в гострому періоді захворювання для контролю за частотою серцевих скорочень (ЧСС) при суправентрикулярних тахікардіях не бажане, тому що вони підвищують ризик життєзагрозливих шлуночкових аритмій.

Всі хворі при підозрінні на ГКС з елевацією сегмента ST чи без цього ЕКГ-критерія повинні бути терміново госпіталізовані незалежно від віку, статі, тяжкості захворювання. Пріоритетним закладом охорони здоров'я для госпіталізації таких хворих є спеціалізований структурний підрозділ закладу охорони здоров'я з можливістю проведення первинних коронарних втручань. У м. Львові такими закладами є кардіохірургічне відділення Львівської обласної клінічної лікарні (вул. Чернігівська, 7), клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (вул. Миколайчука, 9, тел.: 258-73-41), Львівський обласний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр (вул. Кульпарківська, 35).

Госпіталізація виконується бригадою екстреної медичної допомоги (тел. 103) або екстреної допомоги (тел. 112).

Лікар повинен обов'язково дочекатися приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття забезпечити моніторинг стану пацієнта, проведення лікувальних заходів і бути готовим до виконання реанімаційних заходів.

Для економії часу сімейний (чи інший) лікар надає керівникові бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги відомості з анамнезу захворювання і життя хворого та вказує час виникнення перших ознак ГКС з елевацією сегмента ST.

Відповідно до закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. №5081-VI норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної

допомоги на місце її виклику становить у містах – 10 хв., у населених пунктах поза межами міста – 20 хв. з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Зазначені нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідеміологічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені, але не більше ніж на 10 хв.

Діагностичне та клінічне обстеження хворого фіксується у «Карті виїзду швидкої медичної допомоги» (форма 110/о). До неї необхідно прикріпити ЕКГ, а у випадку передачі біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр – записати заключення кардіолога. При проведенні тромболізу (додаток В) та «Інформовану згоду на проведення системного тромболізу» (додаток Г).

Рання діагностика та госпіталізація хворих на ГКС з елевацією сегмента ST у спеціалізованій структурній підрозділ 303 з метою проведення первинного перкутанного коронарного втручання зменшує смертність та інвалідність внаслідок цього захворювання та покращує лікування хворого.

Якщо загальний час з моменту від початку болу в серці до транспортування хворого до лікарні, де можуть провести ПКВ, може перевищити 90 хв., слід вирішити питання про догоспітальний тромболізис. Такого хворого необхідно транспортувати до спеціалізованого структурного підрозділу 303 з метою проведення ургентної коронарографії та у випадку необхідності – коронарного стентування у першу добу від початку гострого інфаркту міокарда. Однак, якщо загальний час від початку ангінозного нападу більше ніж 90 хв., а час транспортування до спеціалізованого підрозділу найближчого 303, де може бути проведена ургентна коронарографія і стентування коронарних судин, займе не більше 120 хв., хворого можна транспортувати без попереднього тромболізу.

Медико-соціальна реабілітація хворих після гострого коронарного синдрому

Регулярна фізична активність та навантажувальні тренування, що складають основу реабілітації хворих після гострого коронарного синдрому, позитивно впливають на різні фактори ризику прогресування ІХС та її ускладнень: підвищення фібринолітичної та зниження коагуляційної активності, поліпшення автономної функції серця, попередження та відновлення залежного від віку зниження ендотелій-залежної вазодилатації, чим можна пояснити поліпшення коронарного кровообігу та зменшення ішемії міокарда. Користь від фізичного тренування полягає також і у сповільненні прогресування клапанної хвороби серця.

Під час перебування в лікарні хворий повинен отримати індивідуальні поради щодо зміни способу життя і немедикаментозної та медикаментозної корекції чинників ризику.

На рівні закладів ПМД проводиться моніторинг виконання рекомендацій:

5. **Відмови від куріння** згідно зі «Стандартами первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виборів», затверджених наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі

стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виборів» від 03.08.2012 р. №601.

6. **Дієта та контроль маси тіла** реалізуються згідно рекомендацій при надлишковій масі тіла та ожирінні, розрахованій на основі індексу маси тіла (ІМТ). Необхідно знизувати масу тіла пацієнта при ІМТ більше 30 кг/м² і більше або при обхваті талії більше 102 см у чоловіків, чи більше 88 см – у жінок.

7. **Забезпечити 30 хв.** аеробних фізичних вправ помірної активності 5 разів на тиждень і більше.

8. **Контроль артеріального тиску.** Цільовий систолічний АТ після ГКС слід підтримувати на рівні менше 140 мм.рт.ст. але не менше 110 мм.рт.ст. Гіпотензивну терапію необхідно проводити згідно наказу МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».

Метою реабілітаційних заходів після ГКС мають бути: підвищення функціональних можливостей хворого, зменшення проявів ангінальних симптомів; збільшення фізичної активності, модифікація чинників ризику ІХС, поліпшення якості життя, покращення соціального функціонування, зменшення частоти госпіталізацій, зниження кількості повторних серцево-судинних подій, збільшення тривалості життя хворого.

Види медико-соціальної реабілітації, що застосовуються на рівні закладів первинної медичної допомоги: фізична реабілітація, психологічна реабілітація та соціальна реабілітація.

Противпоказаннями до фізичної реабілітації після гострого коронарного синдрому на рівні первинної медичної допомоги є: нестабільна стенокардія; неконтрольована надшлуночкова та шлуночкова аритмія; неконтрольована серцева недостатність; високоступенева блокада без штучного водія ритму; тромбоемболія легеневої артерії та нещодавно перенесений тромбофлебіт; причини, не пов'язані з перенесеним ГКС (ортопедичні та інші захворювання).

Амбулаторний період реабілітації після перенесеного гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST триває до 7 тижнів. Він розрахований на розширення та прискорення дистанційної ходьби зі швидкість до 3-4 км/год., збільшення швидкості підйому по сходах і кількості сходинок; включає прогулянки при температурі повітря не нижче -10°C; лікувальний масаж, гідропроцедури (басейн, ванни, плавання в повільному темпі при температурі води 36°C); повернення до сімейних обов'язків. На підставі клінічних даних визначаються групи ризику для вирішення питання про необхідність ревазуляризації. Проводиться медико-соціальна експертиза.

Ресурсне забезпечення закладів первинної медичної допомоги

З метою надання адекватної та якісної невідкладної медичної допомоги хворим на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST у закладах, які надають первинну медичну допомогу, повинні бути такі кадри, як сертифікований лікар загальної практики-сімейний лікар, медична сестра (фельдшер) загальної практики – сімейної медицини.

З медичного обладнання мають бути багатоканальний електрокардіограф, тонометр, фонендоскоп/стетоскоп, ваги медичні, ростоміри, венозні катетери, язикотримачі та інше обладнання відповідно до таблиця оснащення затвердженого МОЗ України.

З лікарських засобів повинні бути: нітрати (нітрогліцерин або нітро-мак, нітро, нітроконтин, нітромінт); препарати ацетилсаліцилової кислоти (аспірін); антиагреганти (клопидогрель – плавікс); антикоагулянти (гепарин); бета-адреноблокатори (пропранолол, бісопролол, метопролол); наркотичні анальгетики (морфін, тримеперидин – промедол); анксиолітики (діазепам); ненаркотичні анальгетики (метамізол натрію – анальгін); перфузійні розчини (натрію гідрохлорид, глюкоза).

Оцінка якості медичної допомоги

Якість первинної медичної допомоги у закладах сімейної медицини при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST визначають на основі таких індикаторів:

5. Наявність у лікаря ЗП – СЛ локального протоколу первинної медичної допомоги хворим на ГКС. Цей індикатор визначається за формулою $ЧНЛПМД = \frac{НП}{ЗКСЛЗПСМ} \times 100$, де ЧНЛПМД – частка наявних локальних протоколів медичної допомоги (у %); НП – наявні протоколи у лікарів ЗПСЛ; ЗКСЛЗПСМ – загальна кількість сімейних лікарів, які працюють у закладі ЗПСМ.

6. Відсоток пацієнтів з ГІМ, яким було зроблено ЕКГ у 12 відведеннях до 30 хв. від первинного контакту з медичним працівником. Він визначається за формулою $ЕКГ = \frac{КЕКГ}{ЗКГІМ} \times 100$, де КЕКГ – кількість хворих на ГІМ, яким була зроблена ЕКГ у 12 відведеннях протягом 30 хв. з моменту первинного контакту з медичним працівником; ЗКГІМ – загальна кількість ГІМ, зареєстрованих в ЗОЗ.

7. Відсоток хворих на ГІМ, які госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару, в якому проводяться перкутанні кардіологічні втручання у визначений проміжок часу (2 год.; до 12 год.) з моменту первинного контакту хворого з медичним працівником. Цей показник визначається за формулою: $ГІМ\ 2\ год. = \frac{КГІМ2}{ЗКГІМ} \times 100$, де КГІМ2 – кількість хворих на ГІМ, які були госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару протягом 2 год. з моменту первинного контакту хворого з медичним працівником; ЗКГІМ – загальна кількість хворих на ГІМ, які госпіталізовані до спеціалізованих ЗОЗ протягом звітного періоду. Якщо замість 2 год. поставити 12 год. і відповідно поррахувати абсолютні цифри кількості хворих, отримаємо частку хворих (%), госпіталізованих до спеціалізованих ЗОЗ, в яких проводять ПКВ, протягом 12 год.

8. Відсоток хворих, які перенесли ГІМ і про яких лікарем ЗПСМ отримано інформацію щодо лікування у спеціалізованому ЗОЗ впродовж звітного періоду. Цей індикатор ЯМД в закладах ПМД, які працюють на засадах СМ, вираховується за формулою: $ОГІМ = \frac{ІГІМ}{ДГІМ} \times 100$, де ОГІМ – відсоток отриманої інформації про хворих на ГІМ щодо лікування їх у спеціалізованих ЗОЗ; ІГІМ – кількість хворих на ГІМ, про яких отримано інформацію щодо лікування у спеціалізованих

ЗОЗ; ДГІМ – вперше диспансеризовані протягом звітного періоду в ЗОЗ первинної медичної допомоги хворі та ГІМ.

Отже, скоординоване виконання інноваційного проекту МОЗ України «Регіональна реперфузійна мережа в дії» щодо невідкладної медичної допомоги хворим на гострий коронарний синдром в Україні є важливим методом державного управління первинною профілактикою гострого інфаркту міокарда з інтегративною функцією фахівців сімейної медицини щодо об'єднання у цьому архіважливому процесі кадрових ресурсів ПМД, кардіологів, фахівців екстреної (швидкої) медичної допомоги, анестезіологів – реаніматологів, кардіохірургів та інших спеціалістів системи охорони здоров'я. У цьому складному і надзвичайно необхідному процесі важливе значення відіграє матеріально – технічне забезпечення і сучасні лікарські засоби, які необхідні при виконанні всього технологічного професійного ланцюга медичної допомоги, що дозволить знизити захворюваність на ГІМ, смертність населення від цієї патології та продовжити тривалість життя громадян України.

Нормативні документи

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Гострий коронарний синдром елевацією сегмента ST» / Наказ МОЗ України від 02.07.2014 р. №455.
2. Локальний формуляр лікарських засобів / за ред. Б. Лемішка, Р. Грицька, І. Мартинюка. – Львів: Сполум, 2015 – 150 с.
3. 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.
4. Про екстрену медичну допомогу / Закон України від 05.07.2012 р. №5081.
5. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медико-технологічної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів / Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. №601.
6. Протокольне рішення відеоселекторної наради МОЗ України стосовно реалізації інноваційного проекту МОЗ України «Регіональна реперфузійна мережа в дії» щодо невідкладної медичної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда та взаємодії служби екстреної медичної допомоги та системи кардіологічної та кардіохірургічної допомоги населенню» від 15.09.2015 р. / лист МОЗ України від 26.10.2015 р. №3.51-1/34944.
7. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST» / Наказ МОЗ України від 02.07.2014 р. №455.

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА ЗА АЛГОРИТМОМ ABCDE

1. А – прохідність дихальних шляхів (Airway)

1.1. Визначте симптоми непрохідності дихальних шляхів: порушення прохідності дихальних шляхів сприяє виникненню парадоксального дихання та участі у диханні додаткових дихальних м'язів; центральний ціаноз є пізнім симптомом непрохідності дихальних шляхів; у пацієнтів, які знаходяться у критичному стані порушення свідомості часто спричиняє порушення прохідності дихальних шляхів (западання язика, м'якого піднебіння).

1.2. Кисень у високій концентрації: за допомогою маски з резервуаром, переконайтесь, що подача кисню достатня (> 10 л/хв).

2. В – дихання (Breathing)

Під час оцінки дихання важливо визначити та лікувати стани, які є безпосередньою загрозою для життя – важкий напад астми, набряк легень, напружений пневмоторакс, гемоторакс.

2.1. Визначте симптоми, які можуть свідчити про порушення дихання: надмірна пітливість, центральний ціаноз, робота додаткових м'язів або червоний тип дихання.

2.2. Визначте ЧД – в нормі це 12-20 вдихів за хв.

2.3. Оцініть спосіб дихання, глибину вдихів та перевірте, чи рухи грудної клітки симетричні.

2.4. Зверніть увагу на надмірне наповнення шийних вен (наприклад, при тяжкій астмі або напруженому пневмотораксі), наявність та прохідність плеврального дренажу та інше.

2.5. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.6. Визначте положення трахеї – її зміщення може свідчити про напружений пневмоторакс, фіброз легень або рідину у плевральній порожнині.

3. С – кровообіг (Circulation)

3.1. Оцініть колір шкіри на відкритих частинах (кисті): синя, рожева, бліда або мармурова.

3.2. Оцініть температуру кінцівок: холодні чи теплі.

3.3. Оцініть капілярне наповнення – в нормі до 2 сек. Збільшене капілярне наповнення може вказувати на знижену периферійну перфузію.

3.4. Оцініть наповнення вен – можуть бути помірно наповнені або запалі при гіповолемії.

3.5. Визначіть ЧСС. Знайдіть периферійний пульс та пульс на великій артерії, оцініть його наявність, частоту, якість, регулярність та симетричність.

3.6. Виміряйте артеріальний тиск.

3.7. Вислухайте тони серця.

3.8. Зверніть увагу на інші симптоми, які свідчили б про зниження викиду серця, такі як порушення свідомості, олігоурія (об'єм сечі < 0,5 мл/кг/год.).

4. D – порушення стану свідомості (Disability)

Найчастіше причинами порушень стану свідомості є тяжка гіпоксія, гіперкапіія, ішемія мозку або застосування лікарських засобів із седативним ефектом або анальгетиків.

4.1. Оцініть зіниці (діаметр, симетричність та реакцію на світло).

4.2. Швидко оцініть стан свідомості пацієнта за шкалою AVPU: Alert (орієнтується), Vocal (реагує на голос), Pain (реагує на біль), Unresponsive (не реагує на жодні подразники). Можна застосувати також шкалу Глазго (Glasgow Coma Scale).

4.3. Визначте рівень глюкози, щоб виключити гіпоглікемію. Якщо рівень глюкози нижче ніж 3 ммоль/л, забезпечте в/в 50,0 мл 20% розчину глюкози.

5. E – додаткова інформація (Exposure)

5.1. Зберіть детальний анамнез у пацієнта, його рідних, друзів.

5.2. Ознайомтесь з медичною документацією пацієнта: перевірте показники життєвих параметрів, та їх зміни у динаміці, перевірте, які лікарські засоби пацієнтові призначені та які він приймає.

Карта обліку системного тромболізісу на догоспітальному етапі, проведеного тромболітичним препаратом _____

Бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги № _____
станції (підстанції) _____
від " _____ " _____ 201 ____ р., виклик № _____

Пацієнт (Прізвище, ім'я, по-батькові) _____
стать _____, вік _____, ГІМ *первинний / повторний* (підкреслити), супутні
захворювання _____

Показання для проведення тромболітичної терапії:

1. Ангінозний приступ, що триває _____ хв. (понад 20 хв.)
2. Підйом сегмента ST на 0,1 mV і більше у двох або більше стандартних відведеннях та/або на 0,2 mV і більше не менше ніж у двох суміжних прекардіальних відведеннях або блокада лівої ніжки жмутка Гіса, що гостро виникла (*додати копію ЕКГ*).
3. Час від початку захворювання до проведення тромболізісу _____ год. (до 12 год.)

Абсолютні протипоказання:

Тромболітична терапія пов'язана з ризиком виникнення кровотечі:

- значна кровотеча в цей час або протягом останніх 6 місяців, відомий геморагічний діатез;
- при одержанні супутньої пероральної антикоагулянтної терапії (МНВ > 1,3);
- наявність будь-яких порушень центральної нервової системи (наприклад пухлини, аневризми, внутрішньочерепного або спинномозкового оперативного втручання);
- тяжка артеріальна гіпертензія, що не піддається контролю;
- серйозне оперативне втручання, біопсія паренхіматозного органа, значна травма протягом останніх 2 місяців (включаючи будь-яку травму, супутню наявному інфаркту міокарда), недавня травма голови або черепа;
- тривала або травматична серцево-легенева реанімація (> 2 хв.) протягом останніх 2 тижнів;
- тяжке порушення функції печінки, що включає печінкову недостатність, цироз, гіпертензію ворітної вени (езофагальний варикоз) та активний гепатит;
- наявна пептична виразка;
- аневризма артерій та відома артеріальна/венозна мальформація;
- пухлина з підвищеним ризиком кровотечі;
- гострий перикардит та/або підгострий бактеріальний ендокардит;
- гострий панкреатит;

- гіперчутливість до діючої речовини: стрептокінази, тенектеплази, гентаміцину (який використовується при виробництві тенектеплази та може залишатися у слідовій кількості) або до будь-якого іншого інгредієнта препарату;
- геморагічний інсульт або інсульт невідомого походження протягом будь-якого часу;
- ішемічний інсульт або транзиторна ішемічна атака (ТІА) протягом останніх 6 місяців;
- для стрептокінази: застосування стрептокінази протягом останніх 10 років,
- деменція.

| Відносні протипоказання (відмітити, так чи ні): | ТАК | НІ |
|---|------------|-----------|
| систолічний артеріальний тиск > 160 мм рт.ст.; | | |
| недавня кровотеча із травного каналу або сечостатевої системи (за останні 10 днів); | | |
| хвороби сечостатевої системи з потенційною загрозою кровотечі (в т.ч. при наявності постійного катетера сечового міхура); | | |
| будь-яка відома недавня (за останні 2 дні) внутрішньом'язова ін'єкція; | | |
| літній вік (пацієнти віком від 75 років); | | |
| низька маса тіла (< 60 кг); | | |
| цереброваскулярні захворювання; | | |
| вагітність; | | |
| тяжка форма цукрового діабету, діабетична/геморагічна ретинопатія; | | |
| активна форма туберкульозу легень; | | |
| недавня лазеротерапія з приводу патології сітківки очного дна. | | |
| час від початку захворювання до проведення тромболізу | | |
| понад 6 год. | | |

Лікар бригади екстреної

(швидкої) медичної допомоги _____

(підпис)

(прізвище)

Інформована згода пацієнта

Лікар бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги проінформував мене про наявність у мене гострого інфаркту міокарда та доцільність проведення системного тромболізує якомога раніше.

Я, _____,

(Прізвище, ім'я, по-батькові)

попереджений про можливі побічні дії цього лікування і даю згоду на проведення лікування із застосуванням тромболітичного лікарського засобу для розчинення кров'яного згустка в судинах серця.

Дата _____ Підпис _____

Родич _____ Підпис _____

(Заповнюється у разі якщо пацієнт не може підписати власноручно)

Особливості даного випадку застосування тромболітичного препарату:

Ознаки реперфузії:

1. Значне зменшення/зняття больового синдрому через _____ хв. від початку тромболітичної терапії або не спостерігалось (необхідне підкреслити).
2. Зафіксоване зниження АТ з _____ / _____ мм рт. ст. до _____ / _____ мм рт. ст. або зниження АТ не було (необхідне підкреслити).
3. Зниження сегмента ST на _____ мм через _____ хв. після введення тромболітика.
4. Реперфузійні аритмії: відсутні / наявні (необхідне підкреслити), якщо наявні, які саме:
5. Ускладнення: відсутні / наявні (необхідне підкреслити), якщо виникли вказати які саме:

Копії ЕКГ до проведення та після проведення тромболізує (або з приймального відділення стаціонару) додаються.

Лікар бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги _____

(підпис)

Тромболітична терапія при гострому коронарному синдромі з елевациєю сегмента ST

Критерії для вибору пацієнтів, яким показано проведення тромболізу:

- діагноз ГКС з елевациєю сегмента ST за даними анамнезу (час розвитку симптомів < 12 годин;
- відсутність умов для проведення ПКВ в межах 90 хв від першого контакту з хворим та/або протипоказів до проведення тромболізу;
- наявність інформованої згоди пацієнта на проведення процедури.

Тромболітична терапія.

Доступними в Україні фібринолітичними агентами є стрептокіназа та тканинний активатор плазміногену.

Покази для проведення ТЛТ:

1. Тривалий (понад 20 хвилин) ангінозний приступ в перші 12 годин від його розвитку;
2. Підйом сегмента ST на 0,1 мВ і більше в двох суміжних стандартних відведеннях та/або 0,2 мВ в двох суміжних прекардіальних відведеннях;
3. Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, що вперше виникла при наявності больового синдрому.

Протипокази абсолютні:

- перенесений інсульт менше 6 місяців тому;
- нещодавня (до 3 тижнів) черепно-мозкова травма, хірургічне втручання;
- шлунково-кишкова кровотеча менше 1 місяця тому;
- відомі порушення зсідання крові;
- розшаровуюча аневризма аорти;
- рефрактерна артеріальна гіпертензія (систоличний тиск вище 200 мм рт.ст., діастолічний – вище 110 мм рт.ст.);
- для стрептокінази повторне її введення строком від 5 діб до 6 місяців після попереднього використання.

Протипоказання відносні:

- транзиторні порушення мозкового кровообігу менше 6 місяців тому;
- терапія непрямими антикоагулянтами;
- вагітність;
- пункція судин великого діаметру в місці, недоступному для компресії;
- травматична реанімація;
- недавня лазеротерапія патології сітківки очного дна.

Схема застосування стрептокінази:

Болюсне введення 5,000 ОД гепарину з подальшою внутрішньовенною інфузією 1,5 млн. ОД стрептокінази в 100 мл фізіологічного розчину протягом 30-60 хвилин. Відновлення введення гепарину через 4 години після закінчення інфузії стрептокінази.

Схема введення альтеплази – прискорений режим:

Болюсно введення 5.000 ОД гепарину, потім болюсно 15 мг препарату з наступною інфузією 0,75 мг/кг протягом 30 хвилин (не більше 50 мг) та 0,5 мг/кг до 35 мг дози, яка залишилась (загальна доза 100 мг) протягом наступних 60 хвилин на фоні паралельної інфузії гепарину, яка не закінчується і після введення.

Схема болюсного введення тканинного активатора плазміногену (тенектеплази): препарат призначається внутрішньовенно болюсно протягом 10 секунд.

Гепаринотерапія

Нефракціонований гепарин внутрішньовенний болюс 60 ОД/кг. маси тіла (максимальна доза 4000 ОД) з наступною в/в інфузією в дозі 12 ОД/кг/годину (максимальна доза 1000 ОД/годину) протягом 24-48 годин. Контроль АЧТЧ обов'язковий через 3, 6, 12, та 24 години (АЧТЧ = 50-70 сек. або в 2,0-2,5 рази вище початкового). Проведення гепаринотерапії протягом 48 годин.

Еноксапарин для пацієнтів молодше 75 років з рівнем креатиніну $\leq 2,5$ мг/мл або 221 ммоль/л (чоловіки) та ≤ 2 мг/мл або 177 ммоль/л (жінки); в/в болюс 30 мг з наступним через 15 хвилин підшкірним введенням дози 1 мг/кг маси тіла хворого кожні 12 годин аж до виписки його з відділення (максимум 8 днів). Доза перших двох підшкірних введень еноксапарину не повинна перевищувати 100 мг.

Для пацієнтів старших за 75 років та з проявами хронічної ниркової недостатності в/в болюсне введення не проводиться. Терапія еноксапарином починається з підшкірного введення дози 0,75 мг/кг маси тіла, максимальна доза для двох перших введень складає 75 мг. При кліренсі креатиніну менше 30 мл/хв. у відповідності з віком пацієнта періодичність підшкірних введень складає 24 години.

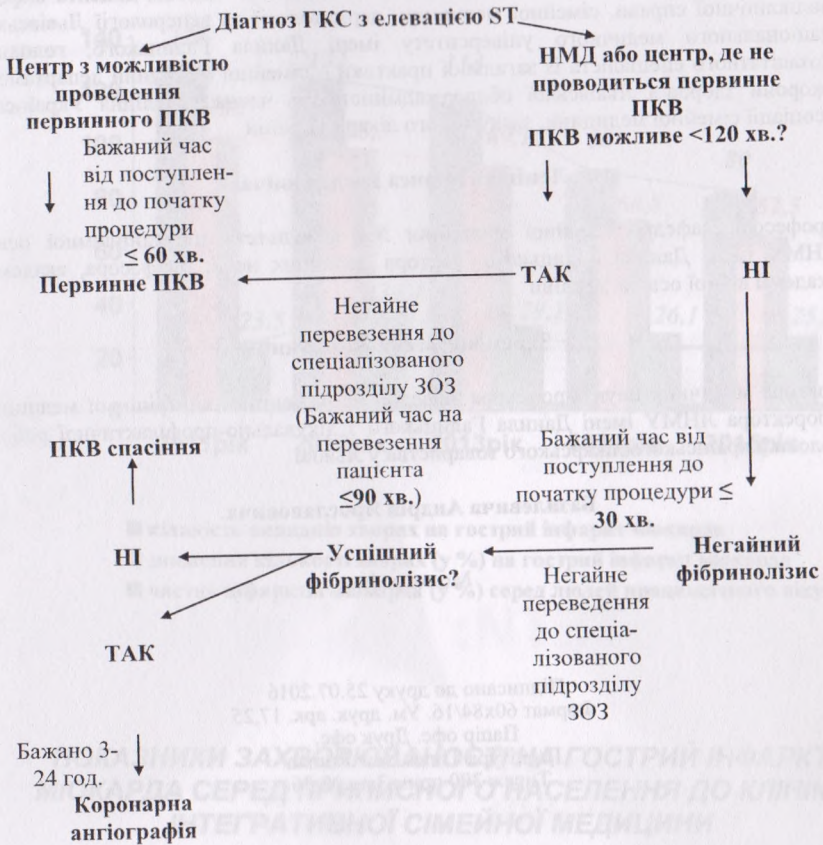
Фондапаринукс 2,5 мг в/в болюсно з наступним підшкірним введенням в дозі 2,5 мг 1 раз на добу протягом від 2 до 8 днів (або до виписки). Препарат не може бути введений, якщо у пацієнта рівень ШКФ < 30 мл/хв, креатиніну ≤ 3 мг/мл або 365 ммоль/л.

**Тимчасова карта пацієнта, якому була проведена реперфузійна процедура
(ТЛТ / ПКВ)**

| № | Назва параметрів | Спосіб внесення даних | |
|-----|--|--|-----------|
| 1.1 | Паспортні дані пацієнта (ПІБ, вік, стать) | | |
| 1.2 | Фактори ризику: | | |
| | куріння | так | ні |
| | цукровий діабет | так | ні |
| | гіпертонічна хвороба (стадії I, II, III) | вибрати | |
| | Сімейний анамнез ІХС | так | ні |
| | гіперхолестеринемія | так | ні |
| | Анамнез ІМ/ПКВ/АКШ | так | ні |
| | Анамнез серцевої недостатності | так | ні |
| | ризик кровотечі (виразкова хвороба, ниркова недостатність, рак та ін.) | так | ні |
| 1.3 | Первинні дані процедури реваскуляризації: | | |
| | вид процедури | ПКВ | ТЛТ |
| | вид ПКВ | перв. | після ТЛТ |
| | догоспітальний фібринолізіс | так | ні |
| | переведення з іншої клініки | так | ні |
| | Час від початку симптомів ГКС до госпіталізації | г | хв |
| | Час від госпіталізації до початку процедури | г | хв |
| | Вага / зріст / АД сист-діаст / ЧСС | _____ кг / _____ см / _____ - _____ мм рт.ст. / _____ уд. на хв. | |
| | ступінь СН по Кілліпу (вибрати потрібне) | I / II / III / IV | |
| | локалізація ураження | задня | передня |
| | ритм синусовий | так | ні |
| | зупинка кровообігу | так | ні |
| 2.1 | Результати ПКВ: | | |
| | судинний доступ (феморальний, радіальний) | вибрати | |
| | локалізація, ступінь і довжина звуження (оклюзії) | вибрати | |
| | кровотік по ТІМІ (0, I, II, III) | вибрати | |
| | довжина та діаметр стента (внести) | | |
| 2.2 | Результати фібринолізу: | | |
| | препарат (стрептокіназа, альтеплаза, тенектеплаза) | вибрати | |
| | тривалість фібринолітичної терапії | _____ хв | |
| | ефективність | так | ні |
| 2.3 | Ускладнення процедури (перелік): | | |

| | | |
|-----|--|----------------|
| 2.4 | Медикаментозна (специфічна) терапія: | |
| | <i>до проведення процедури</i> (АСК, тиклопідин, клопідогрель, тікагрелор, бівалірудин, блокатори ГПР II/IIIа, гепарин, низькомолекулярний гепарин) | вибрати |
| | <i>під час проведення процедури</i> (АСК, тиклопідин, клопідогрель, тікагрелор, бівалірудин, блокатори ГПР II/IIIа, гепарин, низькомолекулярний гепарин) | вибрати |
| | <i>навантажувальні дози</i> (АСК, клопідогрель, тікагрелор) | Вибрати |
| | <i>супутня терапія</i> (бета-блокатори, інгібітори АПФ/БРА, статини, нітрати, антиаритміки, діуретики, антагоністи альдостерону, БПП). | вибрати |
| 3.1 | Госпітальний період: | |
| | <i>ускладнення госпіт. періоду</i> (рецидив ГІМ, ПІС, гостре ушкодження нирок, кровотеча, інсульт, ШТ/ФШ, АВ-блокади, ФП, тимчасова ЕКС) | вибрати |
| | <i>статус пацієнта перед випискою</i> (живий, помер, додому, реабілітація, переведення в іншу клініку) | вибрати |

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ГКС З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST ПРИ ПОСТУПЛЕННІ В СТАЦІОНАР



ЕКГ – електрокардіограма; НМД – невідкладна медична допомога; ПКВ – перкутанне (черезшкірне) коронарне втручання; ГКС з елевацією ST – гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST.

Наукове видання

КЛІНІКА ІНТЕГРАТИВНОЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

За ред. доктора наук з державного управління, кандидата медичних наук, головного лікаря комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова, доцента кафедри поліклінічної справи, сімейної медицини, дерматології та венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, головного позаштатного спеціаліста із загальної практики – сімейної медицини департаменту охорони здоров'я Львівської облдержадміністрації, члена правління Української асоціації сімейної медицини, заслуженого лікаря України

Лемішка Бориса Богдановича;

професора кафедри сімейної медицини №1 факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького, доктора медичних наук, професора, академіка академії вищої освіти України

Заремби Євгенії Хомивни і

доктора медичних наук, професора кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, проректора ЛНМУ імені Данила Галицького з лікувально-профілактичної роботи, голови Українського лікарського товариства у Львові

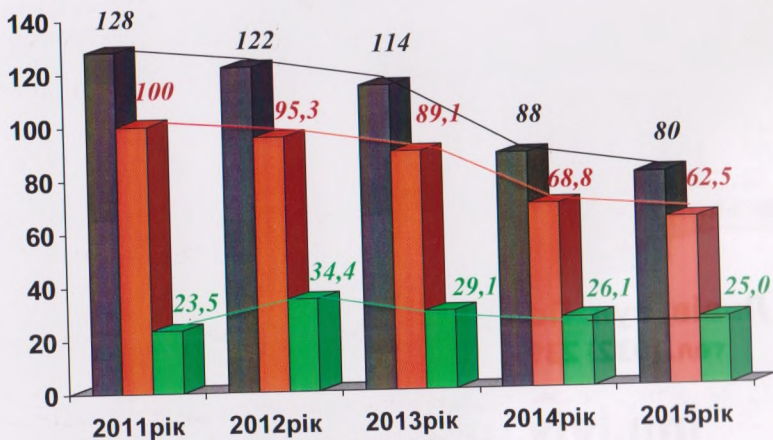
Базилевича Андрія Ярославовича.

Монографія

Підписано до друку 25.07.2016
Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 17,25
Папір офс. Друк офс.
Гарнітура Times New Roman
Тираж 300 прим.Зам. № 36.

Друк ФОП Кепешук П.М.
вул. Драгана, 19/77, м. Львів, 79049,
Свідоцтво суб"єкта видавничої справи
серія ЛВ № 60 від 30.07.2010.

особи (%)



- кількість випадків хворих на гострий інфаркт міокарда
- зниження кількості хворих (у %) на гострий інфаркт міокарда
- частка інфарктів міокарда (у %) серед людей працездатного віку

ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА СЕРЕД ПРИПИСНОГО НАСЕЛЕННЯ ДО КЛІНІКИ ІНТЕГРАТИВНОЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Вищий приватний навчальний заклад
**Львівський медичний
інститут**

Ліц. МОН України АЕ №636469
від 10.06.2015 р.



м. Львів, вул. Поліщука, 76
тел. (032) 239-37-06

lmi.lviv.ua

ФАКУЛЬТЕТИ:

- МЕДИЧНИЙ
- СТОМАТОЛОГІЧНИЙ
- ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ

(денна та заочна
форми навчання)

