



Doi: <https://doi.org/10.15407/dse2018.01.114>

УДК 61.058.8:001.76 «46»

JEL CLASSIFICATION: I15, H51

О.П. КОРНІЙЧУК

канд. екон. наук, старш. наук. співроб.

Інститут демографії та соціальних досліджень

ім. М.В. Птухи НАН України

01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 60

E-mail: idss-ukraine@ukr.net

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У КОНТЕКСТІ ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Мета роботи – визначення інноваційних підходів до організації роботи сімейної медицини. Ключовим орієнтиром трансформації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) є профілактика захворювань і поліпшення здоров'я населення. На основі статистичних відомостей управління охорони здоров'я м. Горішні Плавні розраховано показники соціально-економічної ефективності діяльності приватних сімейних і лікарів центру ПМСД (терапевтів, педіатрів, комунальних сімейних лікарів) та системи охорони здоров'я міста. У ході їх порівняльного аналізу встановлено, що на ділянках обслуговування приватних сімейних лікарів протягом семи років смертність зменшена на 17 %, у т.ч. у працездатному віці – на 33 %; госпіталізація – на 60 %; виклики екстреної та невідкладної допомоги на 65 %, зріс індекс здоров'я дітей першого року життя на 16 %. Це досягнуто на основі застосування нових підходів у виборі та підготовці сімейних лікарів, які досягли належної взаємної довіри з пацієнтами. Завдяки цьому збільшено на 10 % кількість населення, яке отримує послуги приватних сімейних лікарів.

Помітно скорочені неформальні платежі домогосподарств за медичні послуги. Витрати місцевого бюджету на оплату послуг приватних сімейних лікарів на 40 % менші за комунальні. Це пов'язано із відсутністю надлишкових витрат на утримання поліклінічної інфраструктури.

Доведено актуальність системного впровадження урядом, місцевим самоврядуванням та підрозділами охорони здоров'я пріоритетного розвитку сімейної медицини. Обґрунтовано рекомендації з упровадження інноваційних підходів розвитку сімейної медицини, насамперед в об'єднаних територіальних громадах.

Ключові слова: інноваційні підходи, організація сімейної медицини, покращення здоров'я населення, соціально-економічна ефективність.

А.П. Корнійчук

канд. екон. наук, старш. науч. сотр.

Институт демографии и социальных исследований

им. М.В. Птухи НАН Украины

01032, г. Киев, бул. Т. Шевченка, 60

E-mail: idss-ukraine@ukr.net

© КОРНІЙЧУК О.П., 2018

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В КОНТЕКСТЕ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Цель работы — определение инновационных подходов к организации семейной медицины. Ключевой ориентир трансформации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) — улучшение здоровья населения. На основе статистических сведений управления здравоохранения г. Горишни Плавни рассчитаны показатели социально-экономической эффективности деятельности частных семейных и врачей центра ПМСП (терапевтов, педиатров) и системы здравоохранения города. В ходе их сравнительного анализа установлено, что на участках обслуживания частных семейных врачей в течение семи лет смертность снижена на 17 %, в т. ч. в трудоспособном возрасте — на 33 %; госпитализация — на 60 %; вызовы экстренной и неотложной помощи на 65 %, вырос индекс здоровья детей первого года жизни на 16 %. Это достигнуто на основе применения новых подходов в подборе и подготовке семейных врачей, которые достигли надлежащего уровня взаимного доверия с пациентами. Благодаря этому увеличено на 10 % количество населения, получающего услуги частных семейных врачей.

Заметно сокращены неформальные платежи домохозяйств при получении медицинских услуг. Расходы местного бюджета на оплату услуг частных семейных врачей на 40 % меньше, чем коммунальных. Это связано с отсутствием избыточных расходов на содержание поликлинической инфраструктуры.

Доказана актуальность системного внедрения правительством, местным самоуправлением и подразделениями здравоохранения приоритетного развития семейной медицины. Обоснованы рекомендации по внедрению инновационных подходов развития семейной медицины, прежде всего в объединенных территориальных общинах.

Ключевые слова: инновационные подходы, организация семейной медицины, увеличение продолжительности жизни, социально-экономическая эффективность.

O.P. Korniychuk

PhD (Economics), Senior Researcher
Ptoukha Institute for Demography and Social Studies
of the National Academy of Sciences of Ukraine
01032, Kyiv, blvd Taras Shevchenko, 60
E-mail: idss-ukraine@ukr.net

INNOVATIVE APPROACHES TO ORGANIZATION OF THE FAMILY MEDICINE IN THE CONTEXT OF POPULATION LIFE EXTENSION

The purpose of this paper is to determine the innovative approaches to organization of the work of family medicine. The key target of transformation of the primary health care (PHC) is to prevent diseases and improve the health of citizens. Based on the statistics of the Healthcare Department of Horyshni Plavni, the indicators of social and economic efficiency have been estimated for the work of private doctors and doctors of the Center of Primary Medical and Social Assistance (therapists, pediatricians and municipal family doctors, as well as the whole municipal system of healthcare). As a result of comparative analysis, it was revealed that death rates have declined by 17 % at the service districts of private family doctors during seven years, including by 33 % among persons of the working age; while the rates of hospitalization have declined by 60 %, calls for emergency care — by 65 %. There also was an increase in the health index of children in the first year of life by 16 %. This progress has been achieved through the use of new approaches to selection and training of family doctors who succeeded in developing a proper mutual trust with patients. This allowed for an increase by 10% of the number of people who provide services to private family doctors.

Informal households' payments for medical services have been noticeably reduced. The local budget's expenditures on payments for service of private family doctors are 40 % lower than payments for municipal doctors, as there are no excessive costs of maintaining polyclinic infrastructure.

The purposefulness actuality of the systematic and priority development of the family medicine is grounded for the government, local self-government and health care units. The recommendations for implementation of innovative approaches in developing the family medicine are substantiated, in particular in the united territorial communities.

Keywords: innovative approaches, organization of the family medicine, life extension, socio-economic efficiency.

Постановка проблеми та актуальність теми. Практика успішного реформування системи охорони здоров'я передових країн зазвичай базувалась на пріоритетному впровадженні розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини.

Україна займає передостаннє місце в Європі за показником середньої тривалості життя. Її система охорони здоров'я – дорога, погано структурована й неефективна. У науковій літературі частіше аналізуються проблеми, ніж даються поради щодо проведення реформ, а це свідчить про загальний брак розуміння того, що є ефективним у системі охорони здоров'я [1, с. 241].

В Україні існує потреба у створенні механізму надання медичної допомоги, який би гармонізував протилежності – індивідуалізацію і спеціалізацію. Загальновизнано, що це завдання найкраще спроможний вирішити сімейний лікар. Новизна дослідження полягає у використанні комбінованої системи показників, у т. ч. запропонованих нами – коефіцієнтів охоплення та надання медичної допомоги для порівняльного аналізу позитивного впливу діяльності приватних сімейних лікарів на поліпшення здоров'я населення.

Ураховуючи прийняття в жовтні 2017 року двох законів стосовно реформування охорони здоров'я, дослідження покликане сприяти керівникам громад у створенні нової інфраструктури ПМСД на засадах сімейної медицини.

Аналіз останніх досліджень. Загальновизнаним підходом до аналізу впливу інституції сімейної медицини на поліпшення здоров'я населення є використання порівняльного аналізу діяльності зазначеної категорії лікарів, з рештою лікарів ПМСД та системи охорони здоров'я в цілому. Оцінка ефективності діяльності сімейних лікарів та системи охорони здоров'я здійснили вітчизняні дослідники: Н.І. Гойда (N.I. Goyda) [2], А.І. Сердюк (A.I. Serdyuk) [3], Л.Ф. Матюха (L.F. Matyukha), Г.О. Слабкий (G.O. Slabkyu) [4], В.М. Лехан (V.M. Lechan) [5], К.О. Надутий (K.O. Nadutyj) [6], І.Г. Солоненко (I.G. Solonenko) [7], Н.О. Рингач (N.O. Rynkach) [8], І.О. Курило (I.O. Kurylo) [9–10], Н.М. Левчук (N.M. Levchuk) [11]. Грунтовний аналіз виконано закордонними науковцями [12–14]. Значна частка авторів доводить переваги результатів діяльності сімейних лікарів у порівнянні з іншими лікарями ПМСД.

Метою дослідження є обґрунтування інноваційних підходів до організації сімейної медицини.

Новизною дослідження є удосконалення методичних підходів до оцінки соціально-економічної ефективності системи охорони здоров'я, які, на відміну від наявних, передбачають застосування коефіцієнтів охоплення і надання медичної допомоги.

Методи і матеріали. Інформаційну базу дослідження склала статистична інформація управління охорони здоров'я м. Горішні Плавні Полтавської області щодо результатів діяльності приватних і комунальних сімейних лікарів, а також системи охорони здоров'я міста в цілому за 2004–2010 рр. Приватна практика сімейної медицини була призупинена у 2012 р. у зв'язку із неприйняттям Кабінетом Міністрів України рішень, які б дозволили здійснювати закупівлю цих послуг.

У поліклініці-центрі ПМСД, створеній понад 13 років тому, у місті працювало шість комунальних сімейних лікарів, шість дільничних терапевтів, чотири дільничні педіатри та вісім педіатрів дошкільних і шкільних закладів.

Крім цього, як окремі юридичні особи працювали дев'ять приватних сімейних лікарів (5 % від загальної кількості), які надавали первинну медико-санітарну допомогу 36 % мешканців міста. Таким чином, звернення громадян по послуги ПМСД в місті задовольняли приватні сімейні лікарі та лікарі центру ПМСД.

Таблиця 1. Вікова структура населення м. Горішні Плавні, яке зверталось за отриманням послуг ПМСД у 2006 та 2010 рр.*

Населення, яке звернулось для отримання послуг ПМСД	Вікова структура середньорічної чисельності населення, %	2006	2010
До приватних сімейних лікарів (2006 – 14 129 особа, 2010 – 15 045 осіб)	працездатних	64,9	65,6
	дітей	17,3	14,7
	пенсіонерів	17,8	19,7
До лікарів поліклініки-центру ПМСД (терапевти, педіатри) (2006 – 25 081 особи, 2010 – 22 908 осіб)	працездатних	67,0	61,8
	дітей	21,4	19,1
	пенсіонерів	11,6	19,1
Усього*	працездатних	66,0	63,7
	дітей	19,6	16,8
	пенсіонерів	14,4	19,5

Примітка. Складено на основі даних про середньорічну чисельність населення. * МСЧ «Полтавський ГЗК», міська лікарня, стоматполіклініка не відносяться до закладів, що надають ПМСД.

Джерело: складено автором на основі інформації, наданої у листі УОЗ м. Горішні Плавні №01-18/1293 від 13.12.2016.

Приватні сімейні лікарі та лікарі поліклініки-центру ПМСД міста обслуговують населення зі схожою статевовіковою структурою (табл. 1). Автор не виключає можливості певного впливу незначних відмінностей у віковій структурі населення, яке обслуговується приватними сімейними лікарями та лікарями центру ПМСД.

Більша кількість відвідувань дітей до лікарів поліклініки-центру ПМСД пояснюється інерцією звернень до педіатрів.

Ми виходили із оцінок фахівців, що під час аналізування значень смертності для сукупності 12 750 осіб похибка визначення показника становить близько 10 %. У разі оцінки стану госпіталізації населення, коефіцієнтів охоплення населення послугами ПМСД та надання цих послуг, викликів екстреної та невідкладної допомоги, звернень населення за отриманням ПМСД до приватних сімейних лікарів (15 045 осіб) та лікарів поліклініки (22 908 осіб) протягом року похибка вірогідно становить 12 %. Середньорічна чисельність населення міста у 2010 р. становила 54 439 осіб [15].

Для порівняльного аналізу медичної та демографічної статистики контрольну групу становила частка населення, яке обслуговують лікарі поліклініки – центру ПМСД, а основну – приватні сімейні лікарі.

До неконтрольованих аспектів впливу на валідність дослідження треба віднести обслуговування близько 14 % населення на кожній дільниці безпосередньо за місцем роботи на гірничозбагачувальному комбінаті, організаційні та поведінкові фактори у зв'язку зі зверненнями до міської лікарні та відсутність звернень близько 30 % населення протягом року за отриманням ПМСД у 2010 р.

Для розрахунків використані наявні показники – коефіцієнти смертності, у т. ч. у працездатному віці, госпіталізації, викликів екстреної та невідкладної медичної допомоги, індекс здоров'я дітей першого року життя) та запропоновані нами – коефіцієнти охоплення та надання медичної допомоги.

Соціальна ефективність системи охорони здоров'я, насамперед ПМСД, визначена нами як доступність для всіх соціальних верств населення послуг сімейного

лікаря, у тому числі з центру ПМСД у територіальному, часовому та вартісному аспектах. *Доступність* характеризується максимально можливим рівнем охоплення населення, яке добровільно обрало отримання медичних послуг від сімейного лікаря. Цей показник оцінено:

- *коефіцієнтом охоплення населення:*

$$K_p = (N_{vp} / S_m) \times 1000, \quad (1)$$

де K – коефіцієнт охоплення населення послугами ПМСД; N_{vp} – кількість населення, що звернулось для отримання послуг ПМСД; S_m – середньорічна кількість населення. Він, на відміну від стандартного показника, оцінює середньорічну кількість осіб, які звернулись за отриманням послуг протягом року, а не число звернень;

- *індексом здоров'я дітей першого року життя:*

$$I = (N_{ch} / S_m) \times 1000, \quad (2)$$

де I – індекс здоров'я дітей, N_{ch} – кількість дітей першого року життя, які не хворіли; S_m – середньорічна чисельність дітей першого року життя;

Економічна ефективність системи охорони здоров'я – це стан раціональності використання центром ПМСД чи приватним сімейним лікарем фінансових ресурсів і матеріально-технічної бази для надання якісної медичної допомоги пацієнту. Вона визначена:

- *коефіцієнтом надання медичної допомоги:*

$$K = (N_p / S_m) \times 1000, \quad (3)$$

де K – коефіцієнт надання послуг, N_p – кількість осіб, що звернулись для отримання ПМСД; S_m – середньорічна чисельність населення, що перебувало на обліку в ПМСД). Він принципово вирізняється від коефіцієнта охоплення, оскільки розкриває ефективність дій лікаря ПМСД у разі першого та наступного звернень пацієнта по допомогу із того кола осіб, які протягом року перебували на обліку у ПМСД (підписали з лікарем декларацію);

- *коефіцієнтом госпіталізації:*

$$G = N / S, \quad (4)$$

де G – загальний рівень госпіталізації; N – кількість госпіталізованих; S – середньорічна кількість населення. Він характеризує ефективність роботи лікарів ПМСД. Чим нижчий рівень послуг, тим вищий рівень госпіталізації.

- *коефіцієнтом викликів екстреної та невідкладної медичної допомоги:*

$$A = NA / s, \quad (5)$$

де A – коефіцієнт викликів швидкої допомоги; NA – кількість викликів швидкої допомоги, S – середньорічна кількість населення. Критерієм успішності роботи лікаря ПМСД є низька питома вага викликів екстреної та невідкладної медичної допомоги.

Підсумковими показниками стану доступності і якості системи охорони здоров'я є:

- коефіцієнт загальної смертності:

$$m = (M / S) \times 100, \quad (6)$$

де M – кількість померлих за рік; S – середньорічна чисельність населення;

- коефіцієнт смертності населення у працездатному віці:

$$mx = (Mx / Sx) \times 1000, \quad (7)$$

де Mx – кількість померлих за рік у працездатному віці; Sx – середньорічна чисельність працездатного населення).

На основі розрахунків побудовані лінійні графіки зазначених показників та для порівняльного аналізу застосовано метод взаємозв'язків.

Результати. Аналіз засвідчує, що система охорони здоров'я зазвичай розвивається у двох напрямках – або копіюванням попереднього досвіду, або інноваційним.

Поступ у розвитку сфери охорони здоров'я «горизонтальним або екстенсивним шляхом на базі копіювання наявної моделі» означає підготовку і використання терапевтів та педіатрів у мережі наявних поліклінік.

«Вертикальний, або інтенсивний, який передбачає створення нового і вимагає діяти так, як ніколи перед тим» [16, с. 13] (рис. 1).

Інтенсивний поступ передбачає впровадження нових технологій. Для системи охорони здоров'я це «новий і кращий спосіб щось зробити» [16, с. 13]. Поширення старих способів організації охорони здоров'я призвело до фактичного спустошення сфери охорони здоров'я України та надмірних витрат домогосподарств на отримання послуг. У зв'язку з цим актуальним є об'єднання невеликої групи людей – голови територіальної громади, управлінців в сфері охорони здоров'я, сімейних лікарів для надання інноваційних послуг первинної медико-санітарної допомоги.

Інноваційний механізм діяльності стартапу сімейної медицини найкраще впроваджений у м. Горішні Плавні Полтавської області.

Сутність новаторських підходів керівництва громади полягає у створенні нового управлінського механізму надання медичних послуг. Це стосується забезпечення сімейних лікарів приміщеннями і житлом у місцях компактного проживання пацієнтів,



Рис. 1. Вертикальний та горизонтальний розвиток у сфері охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі [16, с. 13].

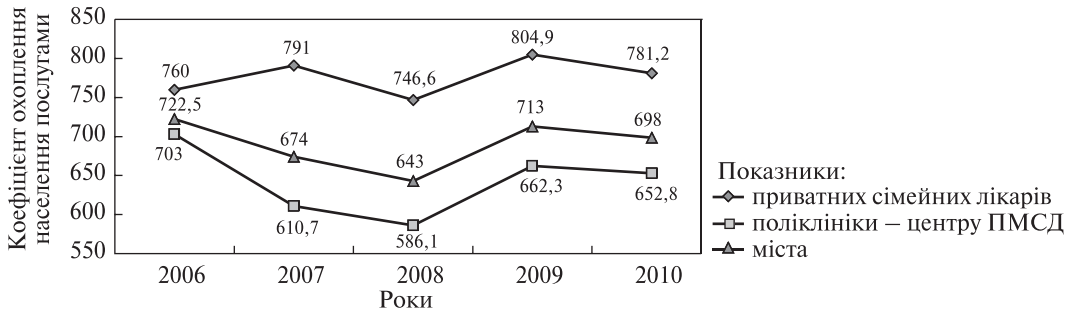


Рис. 2. Показники охоплення населення ПМСД

Джерело: складено автором на основі інформації, наданої у листі УОЗ м. Горішні Плавні №01-18/1293 від 13.12.2016.

засобами зв'язку, транспортом та обладнанням кабінетів медичними інструментами. Управління охорони здоров'я міста опікується вибором із найкращих терапевтів сімейних лікарів, їх підготовкою та атестацією, контролем їхньої діяльності із використанням сучасної електронної системи охорони здоров'я та відповідного програмного забезпечення. Сімейні лікарі вмотивовані до надання якісних медичних послуг не за кількістю звернень, а за кількістю одужань пацієнтів. За лікарську помилку вони, на підставі дефектних актів, несуть відповідальність.

Відносини між зазначеними учасниками базуються на правових засадах. Вони передбачають відповідні юридичні рішення депутатів територіальної громади щодо створення і мотивування досконалої сімейної медицини та її інфраструктурного забезпечення. Крім цього передбачено укладання угод між розпорядником бюджетних коштів і сімейним лікарем, а також між сімейним лікарем та пацієнтом.

Розрахунки коефіцієнта охоплення послугами ПМСД указують на частку населення, яке користувалось послугами протягом року. Його зростання вказує на позитивні тенденції. За останні п'ять років у місті цей показник зменшився практично на 4 %. Близько 20 % населення, яке належить до сфери обслуговування приватних сімейних лікарів, та 30 % – поліклініки, протягом року не звертались за отриманням медичної допомоги (рис. 2).

При цьому контингент населення, яке обслуговує поліклініка, збільшився на 18 %, а у приватних сімейних лікарів залишився на незмінному рівні. Однією з причин цього є відсутність належної законодавчої та урядової підтримки розвитку інституцій приватного сімейного лікаря і створення для нього рівноправних умов праці з комунальними сімейними лікарями.

Протягом п'яти років має місце тенденція зменшення кількості звернень населення для отримання послуг. Для лікарів поліклініки цей показник зменшився з 835,8 до 790,6. Показник приватних сімейних лікарів зріс із 840,2 до 950,0.

Індекс здоров'я дітей першого року життя, яких обслуговують лікарі поліклініки – центру ПМСД, порівняно з 2004 роком погіршився більш ніж у півтора рази – з 316,9 до 170,4. Для приватних сімейних лікарів за цей же період зазначений показник покращився на 30 % (рис. 3).

Показники надання ПМСД населенню приватними сімейними лікарями у порівнянні з лікарями поліклініки перевищували 7 % у 2010 р. та 3,5 % у 2006 р. (рис. 4).

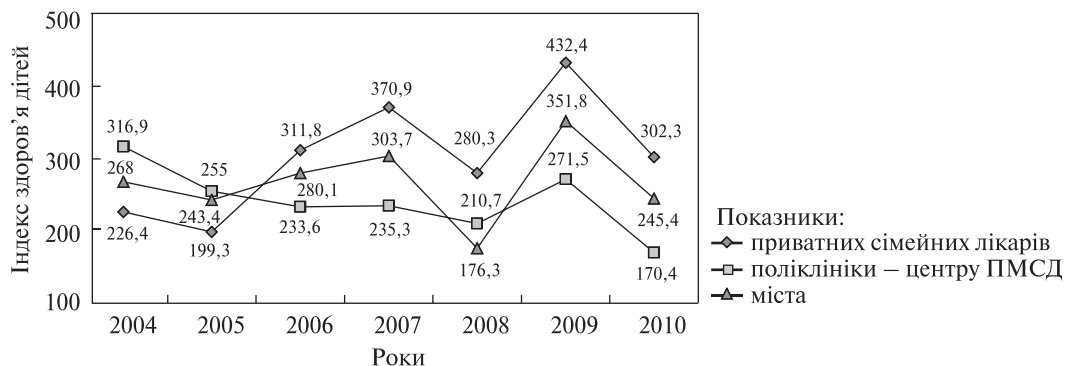


Рис. 3. Показники здоров'я дітей першого року життя

Джерело: складено автором на основі інформації, наданої у листі УОЗ м. Горішні Плавні №01-18/1293 від 13.12.2016.

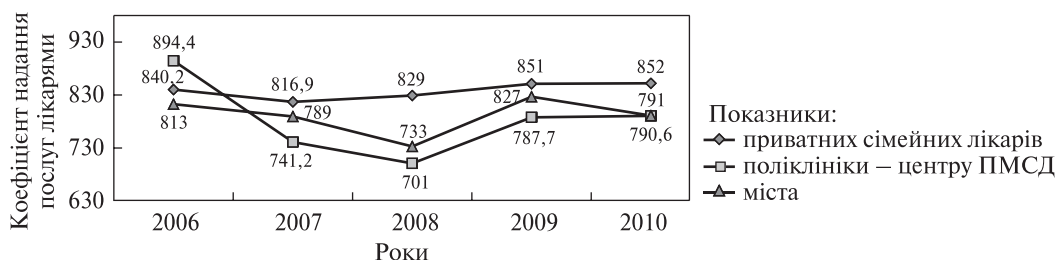


Рис. 4. Показники надання ПМСД населенню

Джерело: складено автором на основі інформації, наданої у листі УОЗ м. Горішні Плавні №01-18/1293 від 13.12.2016.

Коефіцієнт госпіталізації населення, яке обслуговують приватні сімейні лікарі, зменшився на 18 % (з 31,8 до 26,3), а поліклініки – на 11 % (з 42,6 до 37,8). Лікарі лікарні госпіталізують понад 33 % від загальної кількості осіб, що проходили лікування протягом року (рис. 5).

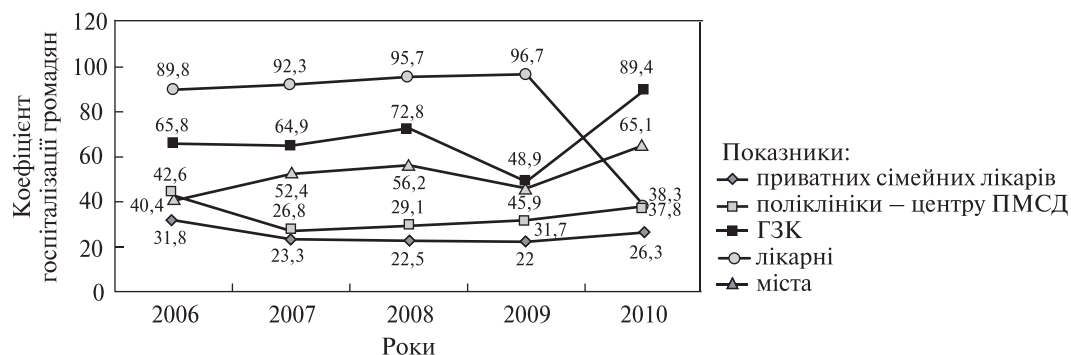


Рис. 5. Показники госпіталізації населення

Джерело: складено автором на основі інформації, наданої у листі УОЗ м. Горішні Плавні №01-18/1293 від 13.12.2016.

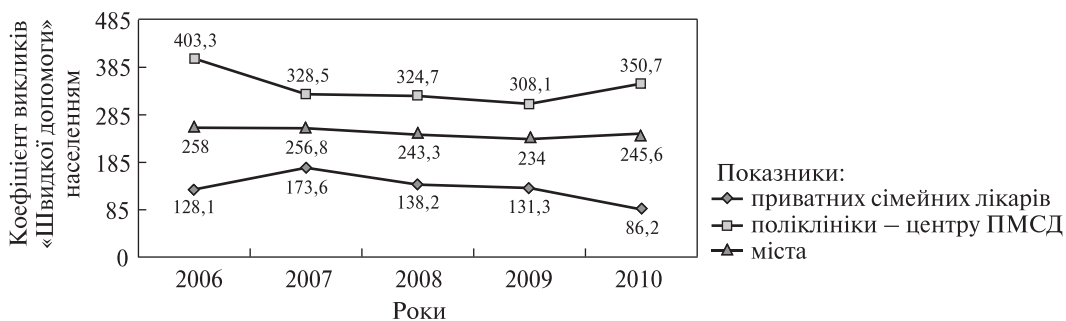


Рис. 6. Показники викликів екстреної та невідкладної медичної допомоги

Джерело: складено автором на основі інформації, наданої у листі УОЗ м. Горішні Плавні №01-18/1293 від 13.12.2016.

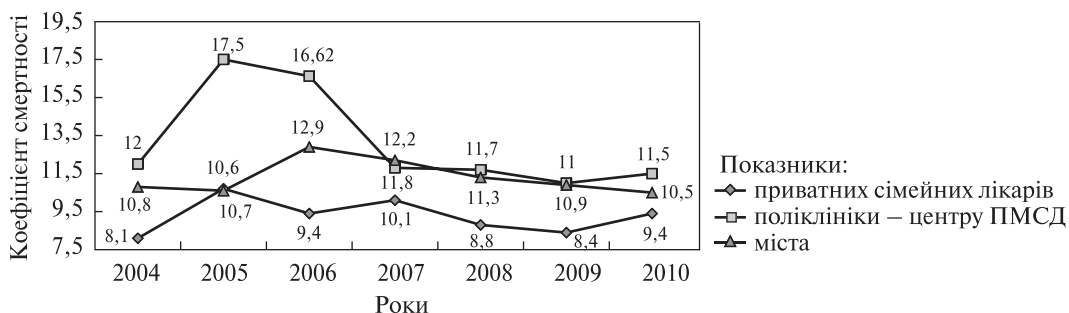


Рис. 7. Показники загальної смертності населення

Джерело: складено автором на основі інформації, наданої у листі УОЗ м. Горішні Плавні №01-18/1293 від 13.12.2016.

Коефіцієнт викликів екстреної та невідкладної медичної допомоги протягом обраного періоду серед населення, яке обслуговують приватні сімейні лікарі, зменшився більш ніж на 33 %, а серед пацієнтів, яких обслуговують лікарі поліклініки – центру ПМСД – на 11 % (рис. 6). У місті в цілому зменшення складає 4,8 %.

До підсумкового показника соціальної ефективності стану системи охорони здоров'я введено значення коефіцієнта загальної смертності населення (рис. 7). Він на 17 % менший на дільницях приватних сімейних лікарів у порівнянні з аналогічними показниками для населення, яке обслуговує поліклініка – центр ПМСД та система ПМСД міста в цілому. Так, протягом шести років ці значення фактично становлять 9 та 11 (рис. 7).

Коливання коефіцієнта смертності серед населення, обслуговуваного приватними сімейними лікарями в протягом зазначеного періоду становило 8,1 – 10,7, у лікарів поліклініки – центру ПМСД – від 11 до 17,5; за місто – від 10,5 до 12,9. Такі співвідношення властиві і показникам смертності населення у працездатному віці. Коефіцієнт смертності у приватних сімейних лікарів має значення від 2,8 до 3,6, а у лікарів поліклініки – від 3,5 до 6,7; за місто – від 3,4 до 5,4 (рис. 8).

За підсумками 2010 року подушні витрати бюджету міста в розрахунку на одного мешканця протягом року для приватних лікарів становили 50 грн, а для лікарів

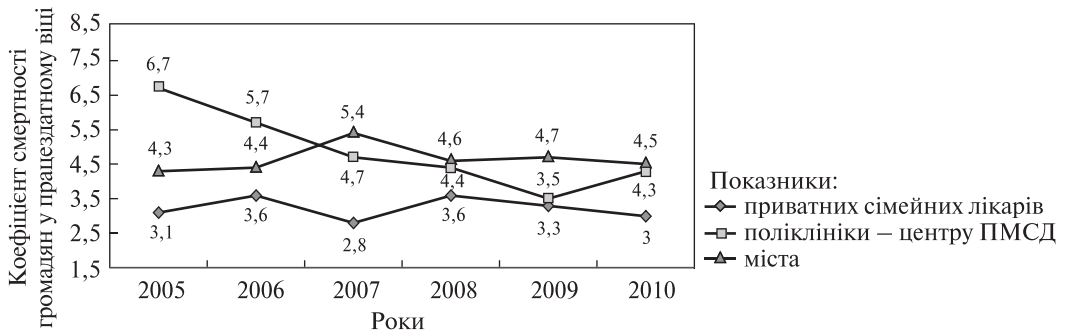


Рис. 8. Показники смертності населення у працездатному віці

Джерело: складено автором на основі інформації, наданої у листі УОЗ м. Горішні Плавні №01-18/1293 від 13.12.2016.

поліклініки – центру ПМСД – 70 грн. Таким чином, показники бюджетних витрат міста для приватних сімейних лікарів були на 40 % меншими, ніж для лікарів поліклініки.

В цілому витрати на утримання дев'яти приватних сімейних лікарів 2010 р. склали 963 тис. грн (дев'ять сімейних лікарів × 2140 осіб × 50 грн), а шести комунальних сімейних лікарів – 756 тис. грн (шість комунальних сімейних лікарів × 1800 осіб × 70 грн). Загалом витрати на 15 сімейних лікарів, які охоплюють послугами всю громаду міста, дорівнюють 1 млн 719 тис. грн, або 4,8 % від загального бюджету на систему охорони здоров'я і 18 % витрат на первинну медико-санітарну допомогу.

Результати дослідження можуть бути використані під час розробки політики реформування системи охорони здоров'я, насамперед громад малих і середніх міст, які становлять 91 % від загальної кількості міст і в яких проживає 44 % населення України [17, с. 51–55].

Висновки.

1. Для впровадження інноваційних підходів необхідна нова якість менеджменту в системі охорони здоров'я на базовому, районному, регіональному та центральному рівнях. В умовах адміністративно-територіальної реформи та реформи органів місцевого самоврядування надзвичайно актуальним є успішне застосування досвіду м. Горішні Плавні зі створення сучасної сімейної медицини у громадах міст та сіл. Нижчі показники смертності у працездатному віці на 33 % та виклики екстреної та невідкладної медичної допомоги на 65 % на дільницях обслуговування приватних сімейних лікарів у порівнянні з лікарями поліклініки – центру ПМСД пояснюються кращою якістю і доступністю надання медичних послуг.

2. Створення успішного кластеру висококваліфікованої сімейної медицини потребує чітких дій керівника територіальної громади по координації всіх зацікавлених служб у створенні сучасної інфраструктури, дотриманні новітніх методик підбору, підготовки, акредитації та контролю за діяльністю сімейних лікарів і сімейних медсестер.

3. Україна потребує законодавчого впровадження пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини, створення за європейськими стандартами Асоціації сімейних лікарів, які мають здійснювати їх атестацію та акредитацію. Наслідком цього стане зменшення втрат домогосподарств та бюджету у зв'язку з передчасною смертністю та інвалідизацією населення.

4. З метою підвищення дисциплінованості пацієнтів у своєчасному виборі сімейного лікаря шляхом укладання відповідної декларації з ним для проходження насамперед профілактичних і діагностичних обстежень, зменшення хаосу в процесі звернень доцільне запровадження досвіду Франції щодо зростання на 20 % особистих витрат пацієнта у випадку звернень не до власного сімейного лікаря.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аслунд А. Україна. Що пішло не так і як це виправити / А. Аслунд. – К. : Києво-Могилянська академія, 2015. – 295 с.
2. Гойда Н.Г. Сімейна медицина – фундамент реформ у сфері охорони здоров'я України / Гойда Н.Г. // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря. – 2013. – № 7. – С. 16.
3. Сердюк А.І., Шинкарьова І.М. Ефективність організаційної моделі первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню: досвід комплексної оцінки / А.І. Сердюк, І. М. Шинкарьова // Міжнародний журнал по медицині. – 2006. – № 1. – С. 133–135.
4. Оцінка ефективності організації надання первинної медико-санітарної допомоги : метод. рекомендації / Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, Г.О. Слабкий [та ін.]. – К., 2011. – 48 с.
5. Лехан В. Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги / Лехан В. // Головний лікар. – 2002. – № 1 (9). – С. 33–41.
6. Надута Г.М. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей ПМСД: поліклінічної (традиційної) і ПМСД, що надається приватними лікарями загальної медичної практики (на прикладі м. Горішні Плавніа Полтавської області) / Г.М. Надута, К.О. Надутий, Л.І. Жаліло // Головний лікар. – 2004 – № 4 – С. 43–45.
7. Солоненко І.М. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні / І.М. Солоненко. – К., 2007. – 211 с.
8. Рингач Н.О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Н.О. Рингач / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2010. – 36 с.
9. Курило І.О. Старіння населення в Україні у дзеркалі соціально-демографічної політики / І. О. Курило // Демографія та соціальна економіка. – 2012. – № 2. – С. 23–32. – doi: <https://doi.org/10.15407/dse2012.02.023>
10. Курило І.О. Здоров'я і тривалість життя літнього населення в Україні: тенденції та деякі їх фактори / І.О. Курило // Демографія та соціальна економіка. – 2013. – № 2. – С. 102–114. – doi: <https://doi.org/10.15407/dse2013.02.102>
11. Левчук Н.М. Асоціальні явища в Україні у демографічному вимірі: монографія / Н.М. Левчук; відпов. ред. В.С. Стешенко; Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, – Київ, 2011. – 492 с.
12. Атун Р. Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? / Р. Атун // Главный врач. – 2009. – № 11. – С. 58–67.
13. Shea S. Predisposing factors for severe uncontrolled hypertension / Shea S., Misra D, Ehrlich M., Field L., Francis C. // New England Journal of Medicine. – 1992. – 327. – P. 776–781.
14. Disease control priorities in Developing Countries. Jamison D.T. et al. (eds). Oxford Medical Publication, 1993, 1352 p.
15. Саріогло В.Г. Методологічні підходи до визначення набору граничних значень для розрахунку демографічних показників населення / В.Г. Саріогло // Статистика України. – 2011. – № 3. – С. 3.
16. Тіль П. Від нуля до одиниці. – К.: Наш Формат, 2015. – 232 с.
17. Доценко А.І. Основні напрями соціально-економічного розвитку малих монофункціональних міст України / А.І. Доценко // Український географічний журнал. – 2011. – № 1. – С. 51–55.

REFERENCES

1. Aslund, A. *Shcho pishlo ne tak i yak tse vypravty [Ukraine. What went wrong and how to fix it].* (2015). Kyiv: Vydavnychyj dim «Kyjevo-Mogylnjanska akademija» [in Ukrainian].

2. Goyda, N.G. (2013). Simeina medytsyna - fundament reform u sferi okhorony zdorov'ia Ukrainy [Family medicine is the foundation of healthcare reform in Ukraine]. *Mystetstvo likuvannia. Zhurnal suchasnoho likaria - Art of treatment. Magazine of a modern physician*, 7, 16. [in Ukrainian].
3. Serdyuk, A.I., & Shinkareva, I.M. (2006). Efektyvnist orhanizatsiinoi modeli pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy silskomu naselenniu: dosvid kompleksnoi otsinky [The effectiveness of the organizational model of primary health care for the rural population: the experience of integrated assessment]. *Mizhnarodnyi zhurnal po medytsyni - International Journal of Medicine*, 1, 133-135 [in Ukrainian].
4. Matyukha, L.F., Hoida, N.H., & Slabkyi, H.O. et al. (2011). *Otsinka efektyvnosti orhanizatsii nadання pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy: metod. rekomendatsii [Assessment of the effectiveness of the provision of primary health care: method. recommendations]*. Kyiv [in Ukrainian].
5. Lekhan, V. (2002). Novi pidkhody do orhanizatsii pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy [New approaches to the organization of primary health care]. *Glavnyi vrach - Head physician*, 1, 33-41 [in Ukrainian].
6. Naduta, G.M. (2004). Porivniannia ekonomichnoi efektyvnosti dvokh orhanizatsiinykh modelei PMSD: poliklinichnoi (tradysii) i PMSD, shcho nadaetsia pryvatnyimi likariamy zahalnoi medychnoi praktyky (na prykladi m. Horishni Plavnia Poltavskoi oblasti) [Comparison of the cost-effectiveness of two organizational models of PMD: polyclinic (traditional) and PMD, provided by private doctors of general medical practice (for example, Gorishni Plavnyi, Poltava region)]. *Holovnyi likar - Head physician*, 4, 43-45 [in Ukrainian].
7. Solonenko, I.M. (2007). *Reformuvannia systemy okhorony zdorov'ia na munitsypalnomu rivni [Reforming the health system at the municipal level]*. Kyiv. [in Ukrainian].
8. Rynghach, N.O. (2010). Derzhavne upravlinnia okhoronoiu zdorovia yak skladovoiu systemy zabezpechennia natsionalnoi bezpeky [Public health management as a component of the national security system]. *Extended abstract of Doctor's thesis*. Kyiv [in Ukrainian].
9. Kurylo, I.O. (2012). Starinnia naselennia v Ukraini u dzerkali sotsialno-demografichnoi polityky [Aging of the population in Ukraine in the mirror of socio-demographic policy] *Demohrafiia ta sotsialna ekonomika - Demography and social economy*, 2, 23-32 [in Ukrainian]. doi: <https://doi.org/10.15407/dse2012.02.023>.
10. Kurylo, I.O. (2013). Zdorov'ia i tryvalist zhyttia litnoho naselennia v Ukraini: tendentsii ta deaki yikh faktory [Health and life expectancy of the elderly in Ukraine: trends and some of their factors]. *Demohrafiia ta sotsialna ekonomika - Demography and social economy*, 2, 102-114 [in Ukrainian]. doi: <https://doi.org/10.15407/dse2013.02.102>.
11. Levchuk, N.M. (2011). *Zdorov'ia i tryvalist zhyttia litnoho naselennia v Ukraini: tendentsii ta deaki yikh faktory [Demographic dimensions of deviant behaviors in Ukraine]*. V.S. Steshenko (Ed.). Kyiv. [in Ukrainian].
12. Atun, R. (2009). Kakovy preimuschestva i nedostatki restrukturovaniya sistemyi zdavoohraneniya v tselyah ee bolshey orientatsii na sluzhbyi pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoschi? [What are the advantages and disadvantages of restructuring the health care system in order to focus its services on primary health care services?]. *Glavnyi vrach - Head physician*, 11, 58-67 [in Russian].
13. Shea, S., Misra, D., Ehrlich, M., Field, L., & Francis, C. (1992). Predisposing factors for severe uncontrolled hypertension. *New England journal of medicine*, 327, 776-781.
14. Jamison, D.T. et al. (eds). (1993). *Disease control priorities in Developing Countries*. Oxford Medical Publication.
15. Saryoglo, V.G. (2011). Metodolohichni pidkhody do vyznachennia naboru hranychnykh znachen dla rozrakhunku demografichnykh pokaznykiv naselennia [Methodological approaches to determining the set of limit values for the calculation of demographic indicators of the population]. *Statystyka Ukrainy - Statistics of Ukraine*, 3, 3 [in Ukrainian].
16. Thiel, P. (2015). *Vid nul'ja do odynici [Zero to One]*. Kyiv : Nash Format [in Ukrainian].
17. Docenko, A.I. (2011). Osnovni napriamy sotsialno-ekonomichnoho rozvytku malykh monofunktsionalnykh mist Ukrainy [Main directions of social and economic development of small monofunctional cities of Ukraine]. *Ukrainskyi heohrafichnyi zhurnal - Ukrainian Geographic Journal*, 1, 51-55 [in Ukrainian].

Стаття надійшла до редакції журналу 19.10.2017.