

Лехан В.М., Гриценко Л.О.

Обґрунтування моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги

Дніпровський державний медичний університет,
м. Дніпро, Україна

Lekhan V.M., Hrytsenko L.O.

Substantiation of the integrated system of primary health care model

Dnipro State Medical University,
Dnipro, Ukraine

v.n.lexan@gmail.com, gritsenkol61@gmail.com

Вступ

Здоров'я займає лідируючі позиції у системі життєвих цінностей населення. За роки незалежності (1990-2019 рр.), незважаючи на реформування системи охорони здоров'я, насамперед первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), та реалізацію низки програм з попередження негативного впливу факторів ризику (куріння, вживання алкоголю тощо), динаміка здоров'я населення України, за даними Інституту по вимірюванню показників здоров'я та оцінки стану здоров'я штату Вашингтон [1], практично не зазнала позитивних змін. Такий тренд не можна пояснити старінням населення, оскільки порівнювалися стандартизовані за віком показники смертності та глобального тягаря хвороб, вимірюваного у втратах здорових років життя з поправкою на інвалідність. Позитивні зміни виявлені лише для показника очікуваної тривалості життя, що зумовлено сприятливим трендом малокової смертності в Україні.

Однією з причин відсутності прогресу в здоров'ї населення є фрагментарність поставки медичних послуг, яка виникає, коли відбувається розрив між різними постачальниками медичних послуг або між етапами медичної допомоги, що надається одним постачальником. Фрагментація є прихованою проблемою, однак саме вона лежить в основі більш очевидних кризових явищ в охороні здоров'я [2]: спричиняє зниження якості та зростання нерівності медичного обслуговування, провокує збільшення госпіталізацій та звернень за екстреною допомогою і загалом призводить до більш високих витрат на охорону здоров'я [3; 4].

Як спосіб подолання фрагментації ВООЗ пропонує формування інтегрованих систем, які дозволяють надавати комплексну та безперервну, а не епізодичну медичну допомогу і засновані на стійких відносинах між пацієнтом і постачальником послуг, а не на допомозі в окремих випадках захворювання [5].

Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) ключовим елементом своєї стратегії вважає роботу над інтегрованою допомогою, яка має бути реалізована горизонтально, коли лікарі загальної

практики – сімейної медицини (ЗПСМ) перебувають в центрі уваги як лідери, і вертикально серед різних рівнів охорони здоров'я [6].

В Україні питання розробки інтегрованих систем ПМСД практично не розглядалися.

Метою дослідження є обґрунтування, розробка та оцінка потенційної ефективності моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги.

Об'єкт і методи дослідження

Дослідження проводилося в 2019–2023 рр. у три етапи. На першому етапі проведено аналіз дезінтегрованості ПМСД; на другому – розроблено модель інтегрованої системи ПМСД; на третьому – проведено потенційну оцінку ефективності моделі. Для вивчення фрагментарності системи ПМСД було піддано узагальненню матеріали виконаного Світовим банком каскадного аналізу медичної допомоги хворим з окремими захворюваннями (артеріальна гіпертензія та діабет) [7; 8]; за допомогою Української асоціації сімейної медицини (УАСМ) вивчено думку 100 керівників закладів ПМСД стосовно їхніх відносин з Власником закладів (органами місцевого самоврядування – ОМС) та Замовником медичних послуг (Національною службою здоров'я – НСЗУ). Ефективність моделі, виміряна у масштабах запобіжних госпіталізацій для захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню, оцінювалася експертно. Експертами виступали 67 лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСЛ) та організаторів первинної медичної допомоги з високим (>0,8) рівнем компетентності.

У роботі використано комплекс методів, таких як: аналітичний, соціологічний, концептуального моделювання, соціологічний, експертних оцінок. Вибіркові дослідження проведено на репрезентативних та достатніх за обсягом сукупностях.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту SPSS та Excel-10. Для оцінки результатів дослідження використовувалися методи описової та аналітичної статистики. Для відносних величин розраховувалися 95,0% довірчі

інтервали (95% ДІ) за відкоригованим методом Вальда. Для виявлення характеристик, що впливають на відносини закладів ПМСД з Власником, застосовувався метод факторного аналізу; із Замовником – метод кластерного аналізу. Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймалося на рівні $p < 0,05$.

Робота має позитивний відгук комісії з біоетики щодо використаних методів дослідження (протокол № 6 засідання комісії біомедичної етики Дніпровського державного медичного університету від 15.02.2023).

Результати дослідження та їх обговорення

Проведене дослідження свідчить, що первинна медична допомога в Україні має дискретний характер і концентрується переважно на лікуванні окремих епізодів захворювань, що особливо проявляється у разі надання допомоги хворим з хронічним перебігом. Під час аналізу процесу надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію та діабет виявлена переривчастість процесів на всьому ланцюжку медичної допомоги. Найбільшої глибини розриви в наданні медичної допомоги реєструвалися під час переходів від лікування до моніторингу стану хворих та досягнення контрольованого перебігу захворювання: з числа хворих на артеріальну гіпертензію та діабет, які отримували лікування, 68,4-35,0% (95% ДІ 68,25-68,55 та 95% ДІ 34,8-35,2) відповідно не піддавалися моніторингу стану здоров'я; контрольованості захворювань не досягали 81,6% (95% ДІ 81,22-81,96) та 84,0% (95% ДІ 83,71-84,29) хворих із зазначеними захворюваннями.

Виявлено також низку недоліків взаємодії закладів первинної допомоги з інституціями, від яких залежить ефективність їхнього функціонування – Замовником медичних послуг та Власниками закладів ПМСД. Якщо загальна оцінка керівниками закладів ПМСД відносин з обома інституціями виглядає як невисока, але прийнятна (позитивно їх оцінили 72% (95% ДІ 63,2- 80,8) та 68% (95% ДІ 58,9-77,1 відповідно), то окремі ключові характеристики взаємин були оцінені негативно або вкрай негативно.

Стосовно Замовника: збалансованість відносин між Замовником та надавачем послуг і цілеспрямованість політики у формуванні програми медичних гарантій позитивно оцінили по 28% (95% ДІ 19,2-36,8) опитаних; дієвість економічних стимулів програми медичних гарантій – 15% (95% ДІ 8-22); обґрунтованість тарифу (капітаційної ставки) для фінансування послуг – 2% (95% ДІ -0,7-2,7).

До проблемних зон у відносинах закладів ПМСД з Власниками (органами місцевого самоврядування – ОМС) керівники віднесли: розуміння пріоритетності для громади розвитку охорони здоров'я – схвально оцінили 40% (95% ДІ 30,4-49,6); розуміння власником внеску ПМСД у процвітання громади – 18% (95% ДІ 10,5-25,5); реагування ОМС на потреби закладу – 26% (95% ДІ 17,4-34,6); компетентність представників ОМС

у питаннях організації медичного обслуговування – 25% (95% ДІ 16,5-33,5).

Виходячи з вищезазначених результатів досліджень, для підвищення координованості та якості ПМСД нами з використанням методу концептуального моделювання розроблена модель інтегрованої системи ПМСД (рис. 1). Центральне місце в моделі посідає блок із забезпечення безперервності (континууму) медичної допомоги хворим – завдання, яке ВООЗ відносить до глобальних пріоритетів для забезпечення якості та результативності медичної допомоги та переорієнтації медичних послуг на потреби людей [9]. Континуум медичних послуг як послідовність / наступність дій на всіх етапах надання допомоги забезпечується поєднанням горизонтальної (підтримки пов'язаності етапів первинної допомоги – скринінгу/діагностики, лікування, моніторингу, досягнення цільових індикаторів лікування – з мінімізацією втрат хворих на кожному з етапів, за винятком об'єктивних обставин, наприклад територіального переміщення хворого, що набуває особливого значення у разі їх відтермінованості в часі, насамперед у разі хронічного перебігу захворювань) та вертикальної – двостороннього зв'язку між первинним та вторинним рівнями допомоги – інтеграції (рис. 2). Інструментами інтеграції виступають наскрізні клінічні настанови / протоколи та механізми відстеження проходження пацієнтами етапів медичної допомоги.

Доведено, що досягти безперервності неможливо без прихильності хворих до терапії або комплаєнтності [10], рівень якої в Україні при різних захворюваннях оцінюється як низький. Наприклад, у пацієнтів, що страждають на артеріальну гіпертензію, прихильність до терапії не перевищувала 38,9% [11]. Існують переконливі докази, що поліпшення комплаєнтності потребує комплексного підходу [12].

З огляду на наведене, тісно пов'язаним з континуумом компонентом моделі є сформований на основі узагальнення різних підходів пакет заходів, спрямованих на поліпшення прихильності до виконання лікарських призначень, до якого входять: навчання медичного персоналу та пацієнтів; моніторинг стану пацієнтів; організаційно-технологічна, економічна та психологічна підтримка комплаєнтності (рис. 3).

Фундаментальною основою для безперервності надання медичних послуг є належна доступність ПМСД, яка в моделі забезпечується блоком «Зміцнення структури ПМСД» з такими компонентами, як: відновлення після воєнного конфлікту та подальший розвиток мережі точок доступу до ПМСД, дооснащення медичним устаткуванням та доукомплектування лікарським та сестринським персоналом.

Підтримку і розвиток центральних і місцевих державних інституцій, відповідальних за політику, планування та функції управління сектором охорони здоров'я, ВООЗ вважає одним із пріоритетів для України [13]. Тому важливими складниками моделі є заходи, спрямовані на оптимізацію взаємодії закладів ПМСД з Власниками (ОМС) та Замовником медичних послуг

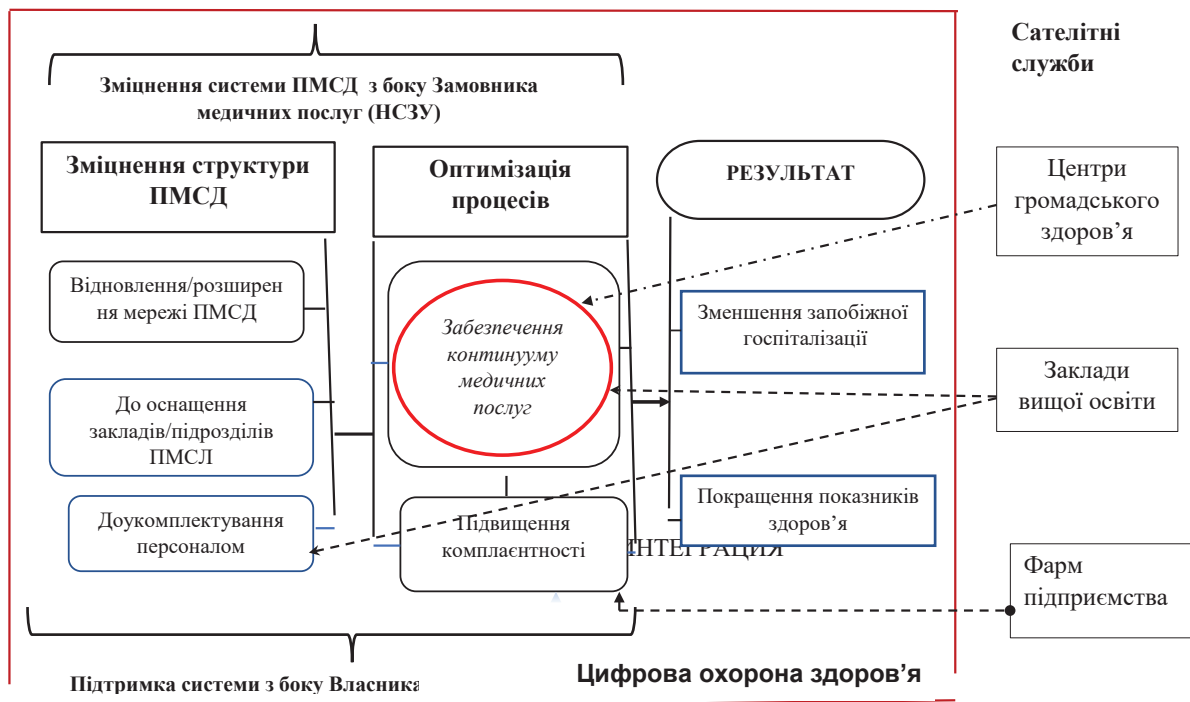


Рис. 1. Модель інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги

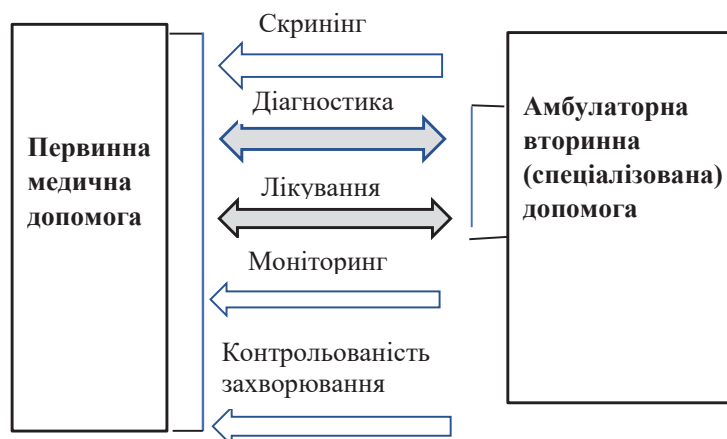


Рис. 2. Континуум медичних послуг при наданні ПМСД

(НСЗУ). За матеріалами соціологічного опитування керівників закладів ПМСД виявлено 3 фактори, на яких необхідно зосередитися для покращення взаємодії закладів ПМСД з Власником, та 2 кластери, які необхідно розвивати для оптимізації відносин закладів ПМСД із Замовником.

До факторів, що забезпечують колаборацію ПМСД з Власником, названу в моделі «Зміцнення системи ПМСД з боку Власника закладів ПМСД», належать: 1) «Усвідомлення власником значення ПМСД для громади», внесок якого становить 41% і описується 5-ма змінними – уважним ставленням ОМС до закладу ПМСД, адекватним реагуванням ОМС на потреби закладу, компетентністю представників ОМС у питаннях організації медичного обслуговування, розумінням

Власником внеску ПМСД у процвітання громади та пріоритетністю для громади розвитку охорони здоров'я; 2) «Залученість керівництва закладів ПМСД до ОМС» внесок якого становить 12 % і описується 2-ма змінними: участь керівника у сесіях ОМС та залучення керівників ПМСД до підготовки проектів рішень ОМС з питань охорони здоров'я; 3) «Фінансова підтримка власником розвитку ПМСД», внесок якого становить 9%, включає одну змінну – фінансування з місцевих бюджетів витрат на розвиток закладу та поліпшення якості медичного обслуговування.

Поліпшення відносин між закладами ПМСД та Замовником (НСЗУ), сформульоване в моделі як «Зміцнення системи ПМСД з боку Замовника медичних послуг», потребує розвитку кластерів, які



Рис. 3. Пакет заходів для підвищення комплаєнтності хворих

отримали умовні назви «економічного» та «політичного». Перший «економічний» об'єднує 3 характеристики: обґрунтованість тарифу для фінансування послуг (x_4) та фінансову забезпеченість введення нових вимог до надавачів (x_5), між якими найменша евклідова відстань, до яких приєднується дієвість економічних стимулів програми медичних гарантій (x_8); другий «політичний» кластер включає дві характеристики: забезпечення цілеспрямованості політики при формуванні програми медичних гарантій (x_6) та її результативності (x_7) (рис. 4).

Підтримують інтеграцію ПМСД допоміжні (сателітні) стосовно моделі служби: 1) центр громадського здоров'я, який забезпечує інформування щодо поширеності захворювань та провокуючих їх факторів ризику, 2) заклади вищої освіти, відповідальні за набуття медичним персоналом комунікативних компетентностей та підготовку персоналу ПМСД для навчання пацієнтів, у т. ч. у профільованих школах здоров'я; 3) фармпідприємства, які можуть розвивати випуск та застосування медикаментів в «інтелектуальній» упаковці з вмонтованими чіпами.

Невід'ємним складником сучасної моделі інтегрованої системи ПМСД є цифрова охорона здоров'я (Digital Health), яка передбачає широке використання цифрових технологій для цілей охорони здоров'я та цілей, пов'язаних з охороною здоров'я, в різних умовах, як усередині, так і за межами закладів охорони здоров'я. За оцінками ВООЗ, цифрова охорона здоров'я сприяє ефективному перетворенню системи медичного обслуговування та розширенню його доступності [14] і включає електронну охорону

здоров'я, мобільну охорону здоров'я та телемедицину (рис. 5).

У рамках моделі електронна охорона здоров'я передбачає перехід на електронні медичні картки (ЕМК) з низкою додатків: електронний рецепт, електронне направлення лікаря ЗПСМ в лабораторію / на консультацію до спеціаліста; зворотні електронні дані про результати обстеження, консультації; персоналізовані програми профілактичних заходів з урахуванням факторів ризику. ЕМК також будуть слугувати матеріалом для формування звітності медичних закладів про стан здоров'я, поширені фактори ризику серед прикріпленого населення та обміну такими даними з Центрами контролю та профілактики хвороб, що дозволить створити базу для прийняття доказових рішень щодо зміцнення системи охорони здоров'я загалом і системи ПМСД зокрема. Як свідчать матеріали досліджень J.J. Duval зі співавторами [15], електронна охорона здоров'я створює умови для зменшення фрагментації, оскільки полегшує обмін інформацією, однак без системних рішень не здатна забезпечити цілісне уявлення про траєкторії надання допомоги.

Мобільна охорона здоров'я дозволить підтримувати зв'язок лікаря ЗПСМ і пацієнта в режимі реального часу шляхом розсилки смс-повідомлень без участі одержувача і використовується для відправки нагадувань про візит до лікаря, навчальних матеріалів, порад спеціалістів та інформації для пацієнтів із різними захворюваннями про виконання поставлених цілей щодо здоров'я.

Розширити можливості медичної допомоги хворим дозволить запровадження окремого

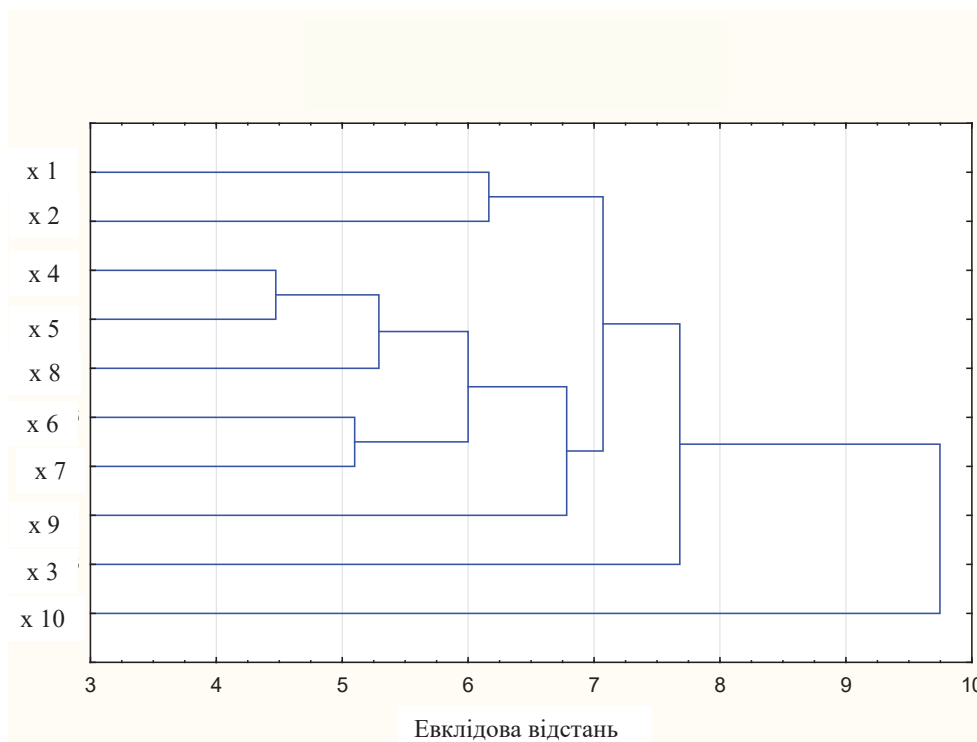


Рис. 4. Кластерний аналіз (дендрограма) для характеристик діяльності Замовника послуг

Позначення: x_1 – збалансованість відносин між Замовником та надавачем послуг, x_2 – порядок формування Замовником вимог до постачальників, x_3 – реагування Замовника на зміни потреб у послугах, x_4 – обґрунтованість тарифу (капітаційної ставки) для фінансування послуг, x_5 – фінансова забезпеченість введення нових вимог до надавачів, x_6 – цілеспрямованість політики при формуванні програми медичних гарантій, x_7 – ефективність програми медичних гарантій, x_8 – дієвість економічних стимулів програми медичних гарантій, x_9 – узгодженість намірів і дій, що потребують інвестицій, між Замовником та надавачем послуг, x_{10} – характеристика електронної системи охорони здоров'я



Рис. 5. Цифрова охорона здоров'я

телемедичного сервісу, за допомогою якого надаються дистанційні консультації насамперед для маломобільних пацієнтів та для хворих з віддалених районів, що позитивно впливає на доступність різноманітних медичних послуг.

Результативність моделі оцінювалася експертно за показником потенційно запобіжних госпіталізації для групи захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню (ЗПАЛ). Загальний рівень потенційної запобіжності госпіталізації дорослого населення

від ЗПАЛ, визначений для популяції, в Україні становить за оцінками лікарів ЗПСЛ – 28,2 % (95 % ДІ 18,1 – 39,5), за оцінками експертів – 32,9 % (95 % ДІ 21,3 – 40,0), що може дозволити уникнути 284-340 тис. випадків госпіталізацій на рік [16].

Перспективи подальших досліджень полягають в апробації моделі інтегрованої системи ПМСД в організаційному експерименті з оцінкою її реальної ефективності щодо масштабів запобігання госпіталізаціям, звернень за екстреною допомогою та динаміки показників здоров'я населення, в тому числі глобального тягаря хвороб.

Висновки

Дослідженням встановлено, що первинна медико-санітарна допомога в Україні характеризується високим рівнем фрагментації, дефектами зав'язків з різними інституціями, від яких залежить функціонування ПМСД. Обґрунтована модель інтегрованої системи ПМСД, запровадження якої може потенційно зменшити рівень госпіталізацій населення та в перспективі позитивно вплинути на динаміку здоров'я населення України

Література

1. IHME | GHDx [Інтернет]. Global Burden of Disease Study (GBD) Burden of Proof and Risk-Outcome Scores; [цитовано 5 серп. 2023]. Доступно на: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-risk-outcome-scores>
2. Essenburgh [Інтернет]. Fragmentation of care: its causes and what we can do about it; [цитовано 5 серп. 2023]. Доступно на: <https://www.essenburgh.com/en/blog/fragmented-care-the-causes-and-what-we-can-do-about-it/>.
3. Joo JY. Fragmented care and chronic illness patient outcomes: A systematic review. Nurs Open [Інтернет]. 9 січ. 2023 [цитовано 10 серп. 2023]. <https://doi.org/10.1002/nop2.1607>
4. Stange KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. Ann Fam Med [Інтернет]. 1 берез. 2009 [цитовано 1 серп. 2023];7(2):100-3. <https://doi.org/10.1370/afm.971>
5. World Health Organization [Інтернет]. Integrating health services Technical series on primary health care; 2018. Доступно на: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>
6. WONCA [Інтернет]. Europe Future Plan 2019-2022; 15 жовт. 2019. Доступно на: <https://www.woncaeurope.org/news/view/wonca-europe-future-plan-2019-2022>
7. World Bank [Інтернет]. Hypertension Care in Ukraine: Breakpoints and Implications for Action; 2019. Доступно на: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31155>
8. World Bank [Інтернет]. Type-2 Diabetes Care in Ukraine: Breakpoints and Implications for Action; 2019. Доступно на: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31157>
9. World Health Organization [Інтернет]. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services; 2018. Доступно на: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf>
10. Novozhylova IA. The problem of compliance in tuberculosis patients. Ukr Pulmonol J [Інтернет]. 2019 [цитовано 3 жовт. 2023];106(4):67-72. <https://doi.org/10.31215/2306-4927-2019-106-4-67-72>
11. Пасечко НВ, Радецька ЛВ, Ярема НІ, Боб АО, Смачило ІВ, Хоміцька АІ. Комплаєнс до лікування хворих з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця в амбулаторних умовах. Здобутки клініч. і експерим. медицини [Інтернет]. 25 квіт. 2019 [цитовано 3 серп. 2023];(1):112-6. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2019.v0.i1.10059>
12. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev [Інтернет]. 20 лист. 2014 [цитовано 3 жовт. 2023]. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000011.pub4>
13. World Bank Group Office of Health, USAID/Ukraine [Інтернет]. Priorities for health system recovery in Ukraine: joint discussion paper. WHO Country Office in Ukraine; 28 груд. 2022. Доступно на: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper>
14. World Health Organization [Інтернет]. Digital health: transforming and extending the delivery of health services; 9 верес. 2020. Доступно на: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/09-09-2020-digital-health-transforming-and-extending-the-delivery-of-health-services>
15. Duval Jensen J, Ledderer L, Kolbæk R, Beedholm K. Fragmented care trajectories in municipal healthcare: Local sense-making of digital documentation. DIGIT HEALTH [Інтернет]. Січ. 2023 [цитовано 3 серп. 2023];9:205520762311805. <https://doi.org/10.1177/20552076231180521>
16. Lekhan VN, Kriachkova LV, Doroshenko OO, Gritsenko LO. Estimates of potentially preventable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Ukraine. Medicni Perspekt [Інтернет]. 28 груд. 2020 [цитовано 3 жовт. 2023];25(4):189-98. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221711>

References

1. IHME | GHDx [Internet]. Global Burden of Disease Study (GBD) Burden of Proof and Risk-Outcome Scores | GHDx; [cited 2023 Aug. 5]. Available from: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-risk-outcome-scores>
2. Fragmentation of care: its causes and what we can do about it [Internet]. Available from: <https://www.essenburgh.com/en/blog/fragmented-care-the-causes-and-what-we-can-do-about-it/>.
3. Joo JY. Fragmented care and chronic illness patient outcomes: A systematic review. Nurs Open [Internet]. 2023 January 9 [cited 2023 Aug. 10]. <https://doi.org/10.1002/nop2.1607>
4. Stange KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. Ann Fam Med [Internet]. 2009 March 1 [cited 2023 Aug 1];7(2):100-3. <https://doi.org/10.1370/afm.971>

5. World Health Organization [Internet]. Integrating health services Technical series on primary health care; 2018. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>
6. WONCA [Інтернет]. Europe Future Plan 2019-2022; 2019 October 15. Available from: <https://www.woncaeurope.org/news/view/wonca-europe-future-plan-2019-2022>
7. World Bank [Internet]. Hypertension Care in Ukraine: Breakpoints and Implications for Action; 2019. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31155>
8. World Bank [Internet]. Type-2 Diabetes Care in Ukraine: Breakpoints and Implications for Action; 2019. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31157>
9. World Health Organization [Internet]. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf>
10. Novozhylova IA. The problem of compliance in tuberculosis patients. Ukr Pulmonol J [Інтернет]. 2019 [cited 2023 October 3]; 106(4):67-72. <https://doi.org/10.31215/2306-4927-2019-106-4-67-72>
11. Pasyechko NV, Radetska LV, Yarema NI, Bob AO, Smatchylo IV, Homitska AI. Komplaiensi do likuvannia khvorykh z arteri-alnoiu hipertenziieiu ta ishemichnoiu khvoroboioiu sertsia v ambulatornykh umovakh. Zdobutky klin. i ekspsym. medytsyny [Інтернет]. 2019 kvit. 25 [tsytovano 2023 serp. 3];(1):112-6. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2019.v0.i1.10059> [In Ukrainian].
12. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. November 20 2014 [cited 2023 Oct. 3]. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000011.pub4>
13. World Bank Group Office of Health, USAID/Ukraine [Internet]. Priorities for health system recovery in Ukraine: joint discussion paper. WHO Country Office in Ukraine; 2022 December 28. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper>
14. World Health Organization [Internet]. Digital health: transforming and extending the delivery of health services; 2020 September 9. Available from: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/09-09-2020-digital-health-transforming-and-extending-the-delivery-of-health-services>
15. Duval Jensen J, Ledderer L, Kolbæk R, Beedholm K. Fragmented care trajectories in municipal healthcare: Local sense-making of digital documentation. DIGIT HEALTH [Інтернет]. Січ. 2023 [cited 2023 Aug 3];9:205520762311805. <https://doi.org/10.1177/20552076231180521>
16. Lekhan VN, Kriachkova LV, Doroshenko OO, Gritsenko LO. Estimates of potentially preventable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Ukraine. Medycni Perspekt (Medical Perspect [Internet]. 2020 December 28 [cited 2023 Oct. 3]; 25(4):189-98. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221711>

Метою дослідження є обґрунтування, розробка та оцінка потенційної ефективності моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)

Матеріали та методи. Проведено аналіз безперервності ПМСД, вивчено вплив відносин між власником закладів ПМСД, замовником медичних послуг та надавачами ПМСД, розроблено модель інтеграції системи ПМСД та оцінено її потенційну ефективність. Використано такі методи: аналітичний, соціологічний, концептуального моделювання, соціологічний, експертних оцінок.

Результати. Узагальнення матеріалів каскадного аналізу свідчить про виражену фрагментарність існуючої системи ПМСД. Стосунки між надавачами ПМСД, замовниками послуг та власників закладів не забезпечують ефективності ПМСД. Обґрунтована модель інтегрованої системи ПМСД, провідне місце в якій відводиться континууму заходів, що забезпечують пов'язаність етапів медичної допомоги на рівні ПМСД та діадичного зв'язку з вторинним рівнем допомоги. Складниками моделі є також набір компонентів, що забезпечують прихильність пацієнтів до лікування, зміцнення структури ПМСД, в тому числі й через поліпшення взаємодії з власниками закладів ПМСД та замовником медичних послуг, удосконалення цифрової охорони здоров'я відповідно до потреб ПМСД, а також сукупність допоміжних служб, які служать підтримці безперервності ПМСД. Запровадження моделі може потенційно зменшити рівень запобіжних госпіталізацій дорослого населення з амбулаторно-чутливими захворюваннями на 28,2-32,9%.

Висновки. Дослідженням встановлено, що первинна медико-санітарна допомога в Україні характеризується високим рівнем фрагментації, дефектами зв'язків з різними інституціями, від яких залежить функціонування ПМСД. Обґрунтована модель інтегрованої системи ПМСД, запровадження якої може істотно зменшити рівень госпіталізацій населення та в перспективі позитивно вплинути на динаміку здоров'я населення України

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, інтеграція, потенційно запобіжні госпіталізації.

Purpose is substantiation, development and evaluation of the potential effectiveness of the model of the integrated system of primary health care (PHC).

Materials and methods. An analysis of the uninterruptedness of PHC was carried out, the influence of relations between the owner of PHC facilities, the customer of medical services and providers of PHC was studied, the model of the integrated system of PHC system was developed. Analytical, sociological, conceptual modeling, sociological, and expert assessment methods were used.

Results. Summarizing the materials of the cascade analysis shows the pronounced fragmentation of the existing PHC system. The relationship between PHC providers, service customers and facility owners does not ensure the effectiveness of PHC. A well-founded model of an integrated PHC system, the leading place in which is given to a continuum of measures ensuring the connection of stages of medical care at the level of PHC and dyadic communication with the secondary level of care. The components of the model are also included measures to improve patient adherence, strengthening the structure of PHC, optimization interaction with the owners of PHC

facilities and the customer of medical services, improving digital health, as well as a set of auxiliary services, which serve to support the integrated of primary care. The implementation of the model can potentially reduce the level of preventive hospitalizations of the adult population with ambulatory care sensitive conditions by 28.2-32.9%.

Conclusions. The research established that PHC in Ukraine is characterized by a high level of fragmentation, defects in connections with various institutions on which the functioning of PHC depends. A substantiated model of an integrated primary health care system, the introduction of which can significantly reduce the level of hospitalizations of the population and, in the long term, positively affect the dynamics of the health of the population of Ukraine

Key words: primary health care, integration, potentially preventable hospitalizations.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Лехан Валерія Микитівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету; вул. В. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044.

v.n.lexan@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-2953-3292

Гриценко Людмила Олександрівна – викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету; вул. В. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044.

gritsenkol61@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-2088-538X