

УДК 616.12 - 008.331.3 - .036.18 -.092 : (611.3 – 018.73 : 577.17)

В.О. СІРИК

/Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ/

Доцільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи надання медичної допомоги та переходу до практики сімейного обслуговування населення

Резюме

У статті відображені сучасні уявлення про первинну медико-соціальну допомогу, доведена доцільність переходу від дільнично-територіального надання медичної допомоги до сімейної медицини.

Ключові слова: первинна медико-соціальна допомога, сімейна медицина, лікар загальної практики

Здоров'я населення – це багатогранна категорія, яка відображає ступінь розвитку суспільства, є основою якості життя. У міжнародній декларації охорони здоров'я, програмі ВООЗ «Здоров'я-21» проголошується, що «поліпшення здоров'я й благополуччя людей – мета соціального і економічного розвитку».

Мета роботи системи охорони здоров'я (ОЗ) у всьому світі – безпечна, ефективна, своєчасна й адекватна медична допомога населенню. Для її досягнення необхідне посилення первинної медичної допомоги – ланки першого контакту більшості пацієнтів із системою охорони здоров'я (ОЗ).

У сучасних умовах значна частина населення України продовжує отримувати медичну допомогу на первинному етапі за принципом дільничності в амбулаторно-поліклінічних закладах, які, згідно з положенням про міські поліклініки, виконують такі задачі:

- Надання кваліфікованої і спеціалізованої допомоги населенню, обслуговування в поліклініці та вдома.
- Проведення комплексу профілактичних заходів серед населення, які направлені на зниження інвалідизації, захворюваності та смертності.
- Організація та проведення диспансеризації хворих та декретованих верств населення.
- Санітарно-гігієнічна просвіта, пропаганда здорового способу життя.

Проблеми реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню турбують усю медичну громадськість. І не дивно, адже на догоспітальному етапі починають і закінчують лікування майже 80% пацієнтів, саме тут зосереджена значна частина медичних кадрів. Коли ми із задоволенням стверджували, що за числом лікарів і кількістю ліжок на 10 тисяч населення наша медицина перевищує показники провідних країн світу. При цьому мало звертали увагу на якість надання медичної допомоги. Адже в ідеалі захворюванню простіше, та і дешевше запобігти, ніж його лікувати. Тому об'єктивною необхідністю стало перенесення центру тяжіння охорони здоров'я на поліклініку, безпосередню роботу з хворим і його сім'єю.

Сімейна медицина – це ключова ланка первинної медичної допомоги. Головна мета сімейної медицини – поліпшення якості надання медичної допомоги пацієнтам на первинних етапах. Якість

– це комплексне поняття, яке вміщує посилення бази знань у сфері первинної допомоги, розробку чітких спеціальних алгоритмів діагностики і надання своєчасної адекватної медичної допомоги.

Іншою відмінною рисою сімейної медицини, що має величезне значення, є безліч аспектів, які вона охоплює. Такі немедичні аспекти як культурологічний, професійний, економічний, деонтологічний, соціальний, впливають на діагностичний і терапевтичний підходи, а також на кінцевий результат лікування.

У різних країнах світу кількість лікарів загальної практики (сімейних лікарів) складає від 54% у Франції до 15% в Іспанії. У США з 653 тис. лікарів 39,2% є сімейними, а всі інші – лікарями-фахівцями; на одного лікаря загальної практики припадає від 850 (Австралія) і 975 (Іспанія) до 2430 (Швеція) жителів. Кількість годин роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) за тиждень коливається від 25 у Франції до 57 в Японії. За кількістю консультацій за одну годину прийому найактивніше лікарі загальної поліклініки працюють у Японії – 5,7, а найменше у Швеції – 2,4 консультації.

Світова практика сформулювала три моделі діяльності лікаря загальної практики:

- індивідуальна практика (лікар і середній медичний персонал);
- групова практика (декілька лікарів загальної практики об'єднані в групу, що дозволяє заощадити засоби, організувати взаємозаміну, ввести деяку спеціалізацію медичної практики);
- центри здоров'я (скандинавська модель) – це амбулаторія загальної практики, іноді із стаціонаром для людей похилого віку.

Сімейний лікар – лікар специфічної кваліфікації. Він повинен добре знати і володіти навиками лікування найпоширеніших захворювань з різних розділів медицини: наприклад, гіпертензію і стенокардію (кардіологія), цукровий діабет (ендокринологія), радикулоневралгію (неврологія), варикозне захворювання вен і фурункульоз (хірургія).

Однією з серйозних проблем є проблема оплати праці сімейних лікарів. У світі існує три форми оплати праці медичних працівників, зокрема сімейних лікарів:

1. Фіксована заробітна плата використовується в Україні, а також у Росії, Норвегії та інших скандинавських країнах. Цей метод ґрунтується на угоді між джерелом фінансування і медичним працівником. Джерело фінансування виплачує заробітну плату та інші види оплати (пенсія, медичне страхування тощо), медичний працівник надає послуги на почасовій основі (повний або неповний робочий день) за фіксованою платою, причому оплата праці не залежить від кількості та якості наданих послуг.
2. Метод оплати окремих видів послуг (гонорар за послуги). Відповідно до цього методу кожна надана медична послуга має певну вартість.
3. Оплата залежно від кількості прикріплених до лікаря пацієнтів (оплата за душу населення). У цьому випадку лікар загальної практики (сімейний лікар) бере на себе обов'язок надавати медичні послуги певній кількості окремих осіб або сімей, а джерело фінансування щорічно виплачує певну суму за кожну людину або сім'ю (угорський варіант). Оплата поступає певному медичному працівникові, який несе відповідальність за надання медичних послуг. Списки пацієнтів, прикріплених до певних лікарів, затверджуються джерелом фінансування. Вартість медичного обслуговування одного пацієнта, згідно з таким методом оплати праці, визначається як відношення вартості послуг, що надаються медичним працівником, до кількості населення, прикріпленого до нього.

Останній метод має цілий ряд переваг, порівняно з попередніми, у зв'язку з тим, що:

- можна точно вирахувати загальну суму виплат медичним працівникам і передбачити їх в бюджеті;
- він сприяє ефективнішому медичному обслуговуванню пацієнтів, тому що і лікар, і пацієнт зацікавлені у взаємостосунках;
- він дозволяє забезпечити оплату праці медичних працівників залежно від результатів і якості надання медичних послуг.

Для прискорення поширення й утвердження школи сімейної медицини в Україні були сформульовані такі завдання:

1. Забезпечити більш ефективний перехід до медичної допомоги населенню за принципом лікаря загальної практики.
2. Прискорити розробку концепції інтелектуалізації всієї системи сімейних лікарів. Необхідним є затвердження нових підходів, згідно з якими центральною ланкою стає сімейний лікар. Витрати на підготовку сімейних лікарів потрібно розглядати як довгострокові інвестиції, а безперервне підвищення кваліфікації має займати лівову частку діяльності лікаря.
3. Необхідно, за можливості, замінити початковий етап надання стаціонарної допомоги на стаціонарозамінні технології лікування.
4. Одним з основних напрямків діяльності лікарів загальної поліклініки має стати принцип збереження «здоров'я здорових» з введенням диспансеризації сімей – сімейна диспансеризація
5. Вводити найоптимальніший метод оплати праці сімейного лікаря залежно від кількості прикріплених до нього пацієнтів (оплата на душу населення), для чого необхідно:
 - ввести систему обов'язкового медичного страхування;
 - кожному лікарю загальної практики в сільській місцевості дозволити використовувати особистий транспорт з компенсацією затрат на паливо і зв'язок.
 - зберегти поліклініки з традиційним набором фахівців у місті на перехідний період; сімейний лікар може взяти на себе

деякі функції фахівців тільки тоді, коли переконає пацієнтів у своїй компетентності, тобто вибір буде за пацієнтом;

- радикально змінити систему навчання сімейних лікарів в інтернатурі з введенням самостійної практики в окремих районах і ввести комплексний цикл нічних чергувань; змінити програму перепідготовки для педіатрів і терапевтів; підготовку сімейних лікарів проводити не тільки на післядипломному, але й на додипломному етапі;
- спростити ведення сімейним лікарем обліково-звітної документації. Доцільно зберегти єдиний документ – електронну медичну карту амбулаторного хворого.

Питання про необхідність і важливість розвитку сімейної медицини давно вже не є дискусійним. У Нідерландах, Австралії, США, Канаді, Великобританії та інших країнах функціонують школи та інститути з проведення медичних MD/PhD програм з сімейної медицини, епідеміології, етики, медичної інформатики. Дослідницькі програми спрямовані на визначення віддалених результатів захворювань, ефективності діагностичних і терапевтичних втручань, якості надання медичної допомоги тощо. В Україні давно існує лікарська спеціальність «Загальна практика – сімейна медицина», створена Всеукраїнська асоціація сімейної медицини, видається науково-практичний журнал «Сімейна медицина», у медичних університетах відкриті кафедри і факультети сімейної медицини, які проводять підготовку і підвищення кваліфікації сімейних лікарів, в тому числі й дистанційно. Але, незважаючи на пріоритетний напрямок розвитку системи охорони здоров'я, не створені науково-дослідні інститути та центри, які проводили б дослідження безпосередньо з питань сімейної медицини. Не існує в Україні і такої наукової спеціальності, відсутня аспірантура з сімейної медицини, що обмежує можливість подальшого кар'єрного росту сімейних лікарів і знижує мотивацію до вибору цієї професії та авторитет спеціальності в цілому.

Отже, в Україні є вкрай необхідним відкриття наукової спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина». Проведення досліджень у сімейній медицині сприятиме підвищенню значення і академічного статусу цієї професії, приведе до стандартизації термінології, діагностичних і терапевтичних процедур у сімейній практиці, популярності професії серед студентів медичних спеціальностей.

Розвиток сімейної медицини сприятиме збільшенню можливостей інтелектуального і кар'єрного росту, допоможе знизити витрати системи охорони здоров'я, забезпечить зміцнення соціальних і етичних норм у суспільстві, зміцнить міжнародні зв'язки.

Висновки

1. Лікар загальної практики, відповідно до кваліфікаційних вимог, що пред'являються до цієї спеціальності Міністерством охорони здоров'я України, самостійно забезпечує 86,8% об'єму амбулаторних медичних послуг, гарантованого державою і визначеного Програмою державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги.
2. Медичний ефект первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що надається лікарями загальної практики, порівняно з поліклініками, характеризується меншою кількістю загострень хронічних захворювань, меншою частотою викликів швидкої допомоги, нижчим рівнем госпіталізованої захворюваності зі зниженням вартості одного випадку госпіталізації, що дозволяє економити кошти госпітального фонду і знижувати витрати на швидку допомогу.
3. Організація роботи за принципом загальної лікарської

практики дозволяє медичній установі отримувати вищий дохід з розрахунку на відвідування, порівняно з поліклінічною, а значить мати можливість використовувати більше грошей безпосередньо на надання медичної допомоги у вигляді витрат на медикаменти, м'який інвентар і витратні матеріали, що сприяє підвищенню рівня медичних послуг.

Перспектива подальших досліджень

Розробка і впровадження моделі надання медичної допомоги та забезпечення маршруту пацієнта сімейним лікарем при різних найпоширеніших клінічних станах та захворюваннях.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Резюме

Целесообразность реформирования амбулаторно-поликлинической системы первичной медико-социальной помощи и перехода к практике семейного обслуживания населения

В.О. Сирик

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

В статье отображены современные представления о первичной медико-социальной помощи. Доказана необходимость перехода от участково-территориального принципа оказания медицинской помощи к семейной медицине.

Ключевые слова: первичная медико-социальная помощь, семейная медицина, врач общей практики

Список використаної літератури

1. Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р. Г. Оганова, Р. А. Хальфина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 1–17.
2. Вороненко Ю. В. Внедрение семейной медицины как научной специальности – необходимое условие развития семейной медицины в Украине / Ю. В. Вороненко, Г. И. Лысенко // Украинский медицинский часопис. – 2007. – № 6 (62) XI – XII. – С. 56–57.
3. Вялков А. И. Н. А. Семашко – основоположник профилактического направления в отечественном здравоохранении / А. И. Вялков // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2007. – № 1. – С. 3–10.
4. Поліклінічна справа і сімейний лікар / Є. Я. Склярів, І. О. Мартинюк, Б. Б. Лемішко [та ін.]. – К. :Здоров'я, 2003. – 636 с.
5. Семейная медицина / за ред. проф. В. Б. Гошинского, Е. М. Стародуба. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 810 с.
6. Організаційні основи сімейної медицини / за ред. проф. Гиріної О. М. та чл. кор. Москаленка В. Ф. – Т. 1. – 2007.

Summary

Feasibility of reforming out-patient system and transition to the practice of family service

V.O. Sirik

O.O. Bogomolets National Medical University

The article reflects current understanding of primary health and social care. The expedience of transition from district-territorial delivery of health care to family medicine is well-proven.

Key words: primary health and social care, family medicine, general practitioner