

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

В.О. СІРИК, к.мед.н.

/Національний медичний університет імені О.О. Богомольця/

Доцільність переходу від дільнично-територіального надання медичної допомоги до сімейної медицини. Принципи сімейного обслуговування населення

Резюме

У статті відображені сучасні уявлення про первинну медико-соціальну допомогу та її недоліки. Доведена доцільність переходу від дільнично-територіального надання медичної допомоги до сімейної медицини.

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

Головна мета системи охорони здоров'я у всьому світі – це безпечна, ефективна, своєчасна та адекватна медична допомога населенню. Для досягнення цієї мети необхідне посилення первинної медичної допомоги – ланки першого контакту більшості пацієнтів з системою охорони здоров'я. Значна частина населення отримує достатню медичну допомогу на первинному етапі, тому виживає у більшості випадків захворювань. Сімейна медицина – це ключова дисципліна первинної медичної допомоги. У багатьох країнах світу сімейні лікарі – це єдині лікарі, які безпосередньо контактують з громадськістю. Головна мета впровадження 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. Здоров'я населення – це багатогранна категорія, яка відображає ступінь розвитку суспільства, є основою якості життя і одночасно похідною від соціального, культурного, економічного, політичного і природного середовища. У міжнародній декларації охорони здоров'я, програмі ВООЗ «Здоров'я-21» проголошується, що «поліпшення здоров'я і благополуччя людей – кінцева мета соціального і економічного розвитку». На сьогоднішній день Україна переживає відповідальний період розвитку, ресурси країни гранично виснажені, тому особливої актуальності набувають рішення, направлені на поліпшення ситуації в країні, особливе збереження здоров'я. Проблеми реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню турбують усю медичну громадськість. І не дивно:

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, умови перебування хворих у стаціонарах і поліклініках тощо. Впродовж багатьох років ситуація складалася таким чином, що ні поліклініки, ні стаціонари не зупиняли зростання захворюваності, збільшувалося число інвалідів. Але ефективність охорони здоров'я залежить не тільки і не стільки від матеріальних витрат на галузь, скільки від організації лікувального процесу, якості підготовки фахівців. Адже в ідеалі захворюванню простіше, та й дешевше запобігти, ніж лікувати. Тому стало об'єктивною необхідністю перенесення центру тяжіння охорони здоров'я на поліклініку, безпосередню роботу з хворим і його сім'єю. Встановлено, що 90% всіх пацієнтів у різних країнах світу починають і закінчують лікування на рівні лікаря загальної практики. У світі із всієї кількості лікарів відсоток лікарів загальної поліклініки (сімейних лікарів) складає від 54% у Франції до 15% в Іспанії. У США з 653 тис. лікарів 39,2% припадає на сімейних, а всі інші є лікарями-фахівцями; на одного лікаря загальної практики припадає від 850 (Австралія) і 975 (Іспанія) до 2430 жителів (Швеція). Кількість годин роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) за тиждень коливається від 25 у Франції до 57 годин в Японії. За кількістю консультацій за одну годину прийому найактивніше працюють лікарі загальної поліклініки в Японії – 5,7, а найменше – у Швеції – 2,4. Медична (амбулаторна) карта – основний документ у роботі сімейного лікаря – в різних країнах різна, проте її функціями, невід'ємно пов'язаними з основними принципами сімейної медицини, є:

- демонстрація якості роботи лікаря;
- юридична звітність.

Питання про необхідність і важливість розвитку сімейної медицини давно вже не є дискусійним у світі. Дослідження в галузі сімейної медицини проводять у Нідерландах, Австралії, США, Канаді, Великобританії та інших країнах. Функціонують школи та інститути з проведення медичних MD/PhD програм із сімейної медицини, епідеміології, етики, медичної інформатики. Дослідницька програма спрямована на визначення віддалених результатів захворювань, ефективності діагностичних і терапевтичних втручань, якості надання медичної допомоги, на пропаганду здорового способу життя і зміцнення міжнародних зв'язків лікарів первинної допомоги.

Первинну медико-соціальну допомогу населенню надають амбулаторно-поліклінічні заклади. Амбулаторно-поліклінічна сітка працює за принципом вітчизняної Охорони здоров'я.

Принципи

1. Загальна доступність первинної медико-соціальної допомоги.
2. Єдність лікувальних та профілактичних заходів.
3. Принцип дільничності.
4. Диспансерний метод роботи.

Номенклатура амбулаторно-поліклінічних заходів

1. Територіальна міська поліклініка для дорослого населення.
2. Амбулаторія.
3. Здоров'я пункт.

Крім того, за амбулаторно-поліклінічним принципом працюють заклади охорони материнства та дитинства (дитяча поліклініка, жіноча консультація, заклади медичного обслуговування працівників промислових підприємств – медико-санітарна частина, здоров'я пункт на території підприємства), спеціалізовані поліклініки, де знаходяться діагностичні центри, поліклінічні відділення диспансерів.

Дільничність – це обслуговування будь-якої групи населення єдиним лікарем-дільничним.

Дільниці поділяють на

1. Територіальні.
2. Цехові.
3. Дільниці лікаря загальної практики.
4. Сімейні.
5. Гінекологічні.
6. Педіатричні.
7. Сільські.

Розміри різних дільниць

1. Розмір територіальної дільниці – 1700 дорослого населення. Демографічне поняття дорослого населення визначає це населення у віці від 18 років і старше.
2. Цехова дільниця нараховує 1600 працюючих в єдиній цеховій приналежності.
3. Дільниця лікаря загальної практики нараховує 1500 чоловік, які обслуговуються за контрактом.
4. Дільниця сімейного лікаря нараховує 1200 чоловік, які обслуговуються за контрактом.
5. Сільська дільниця нараховує від 5 до 8 тис. населення, дітей та дорослих будь-якого віку. Радіус обслуговування – до 10 км (радіус обслуговування – це відстань від сільсько-го здоров'я пункту до найвіддаленішого помешкання).
6. Акушерсько-гінекологічна дільниця нараховує 3800 жінок у віці від 18 років.
7. Педіатрична – 800 дітей (від 0 до 17 років).

Задачі, які вирішують амбулаторно-поліклінічні заклади (згідно з положенням про міські поліклініки)

1. Надання кваліфікованої і спеціалізованої допомоги населенню, обслуговування в поліклініці і вдома.

2. Проведення серед населення комплексу профілактичних заходів, які направлені на зниження інвалідизації, захворюваності та смертності.
3. Організація та проведення диспансеризації хворих та декретованих верств населення.
4. Санітарно-гігієнічна освіта, пропаганда здорового способу життя.

Діяльність всієї амбулаторно-поліклінічної сітки можна розглянути на прикладі міської територіальної поліклініки. **Поліклініка** – багатопрофільний, спеціалізований, навчально-профілактичний заклад, завданнями якого є надання медичної допомоги вдома та на амбулаторному прийомі, а також виконання комплексу профілактичних заходів.

Амбулаторія відрізняється від поліклініки рівнем спеціалізації і об'ємом допомоги, що надається, тут проводиться прийом з невеликої кількості спеціальностей (терапія, хірургія, педіатрія). Працює в сільській місцевості.

За номенклатурою поліклініки поділяються наступним чином.

За профілем:

1. Загальні (територіальні).
2. Дитячі.
3. Стоматологічні.
4. Фізіотерапевтичні.
5. Курортні.
6. Консультативно-діагностичні (спеціалізовані).

За територіальною ознакою:

1. Міські.
2. Сільські.

З організаційною ознакою:

1. Об'єднані
2. Самостійні

Основні розділи роботи поліклініки:

1. Лікувально-діагностичний.
2. Профілактичний.
3. Організаційно-методичний.
4. Організаційно-масовий.

Лікувально-діагностичний розділ: встановлення діагнозу, призначення лікування, направлення на консультацію, направлення на дослідження, направлення на санаторно-курортне лікування, дієтарчування, також експертна робота – експертиза стійкої та тимчасової втрати працездатності.

Профілактичне направлення роботи включає три частини:

1. Диспансеризація хворих.
2. Санітарно-протиепідемічні заходи.
3. Щеплення.

Організаційно-методична робота вміщує звіт та звітність. Звітні форми: №25 – статистичний талон, індивідуальна карта амбулаторного пацієнта, лист уточнених діагнозів; №30 – контрольна карта диспансерного спостереження.

Організаційно-масовий розділ – робота з санітарно-гігієнічного виховання і навчання, пропаганда здорового способу життя.

Світова практика сформувала три моделі діяльності лікаря загальної практики:

- індивідуальна практика (лікар і середній медичний персонал);
- групова практика (декілька лікарів загальної практики, об'єднані у групи, 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.

В Україні ще у 20-х роках ХХ століття у системі первинної медико-санітарної допомоги головною дійовою особою був дільничний лікар. Пізніше на перший план вийшли «вузькі» фахівці. І, як результат, замість дільничного лікаря в первинній ланці з'явилися дільничний терапевт та інші фахівці, які сьогодні виконують роботу, доступну практично будь-якому лікарю з відповідною підготовкою.

Невірно думати, що сімейний лікар є генієм медицини. Такого немає в жодній з країн світу. Сімейний лікар – це не висококваліфікований фахівець, як це розрекламували з необережності, а лікар специфічної кваліфікації.

Він повинен добре діагностувати і лікувати тільки найпоширеніші захворювання: гіпертензію і стенокардію, цукровий діабет, радикуліт, варикозну хворобу вен і фурункульоз, стежити за перебігом вагітності тощо.

Ще однією серйозною проблемою, яка потребує розв'язання, є проблема оплати праці сімейних лікарів. У всьому 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 договорі між джерелом фінансування і медичним працівником. Джерело фінансування виплачує заробітну плату і інші види оплат (пенсія, медичне страхування тощо), медичний працівник надає послуги на почасовій основі (повний або неповний робочий день) за фіксовану плату, причому оплата праці не залежить від кількості наданих послуг.
2. Метод оплати окремих видів послуг (гонорар за послуги). Згідно з цим методом, 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 щороку виплачує певну суму за кожну людину або сім'ю (угорський варіант). Плата надходить певному медичному працівникові, який несе відповідальність за надання медичних послуг. Списки пацієнтів, прикріплених до певних лікарів, затверджуються джерелом фінансування. Вартість медичного обслуговування одного пацієнта за таким методом оплати праці визначається як відношення вартості послуг, що надаються медичним працівником, до кількості населення, прикріпленого до нього.

Найоптимальнішою для України могла б стати оплата праці сімейних лікарів залежно від кількості прикріплених до них пацієнтів (плата за душу населення). Цей 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 у бюджеті. Відзначається тенденція до сприяння більш ефективному медичному обслуговуванню пацієнтів, тому що і лікар, і пацієнт зацікавлені у своїх стосунках. Метод дозволяє забезпечити оплату праці медичних працівників залежно від результатів і якості надання медичних послуг.

Підсумовуючи вищезазначене ми сформулювали і запропонували заходи, які могли б прискорити перехід до більшого поширення сімейної медицини в Україні:

1. Забезпечити повсюдний перехід до організації медичної допомоги населенню за принципом лікаря загальної практики.
2. Негайно розробити концепцію інтелектуалізації самої системи сімейних лікарів. Необхідне затвердження нової ідеології, центральною ланкою якої є уявлення про сімейного лікаря, як індивідуума в передових медичних технологіях. Витрати на підготовку сімейних лікарів потрібно розглядати як довгострокові інвестиції, а безперервне навчання повинно бути частиною процесу праці сімейного лікаря і є не менш важливим, ніж практичний досвід.
3. Розробити і втілити стаціонарозамінні технології лікування. Необхідно замінити первинність лікарняної системи надання допомоги на амбулаторно-поліклінічні принципи охорони здоров'я. Не можна миритися з тим, що ліжко/день обходиться платникам податків у десятки і сотні тисяч гривень, з яких більше 70% витрачаються на готельні і комунальні послуги. Необхідна система донозологічного моніторингу рівня здоров'я – з утворенням необхідної структури для сімейних лікарів. Розуміння всього цього має стати основою для зміцнення охорони здоров'я як одного з найважливіших показників.
4. Одним із основних принципів діяльності лікарів загальної поліклініки повинен стати принцип збереження «здоров'я здорових» із введенням диспансеризації сімей – сімейної диспансеризації.
5. Негайно вводити оплату праці сімейного лікаря залежно від кількості прикріплених до нього пацієнтів (оплата на душу населення), а для цього необхідно:
 - ввести систему обов'язкового медичного страхування;
 - кожному лікарю загальної практики у сільській місцевості дозволити використовувати особистий транспорт з компенсацією пального і забезпечити його засобами пейджерного, мобільного або стільникового зв'язку;
 - 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 вибирати буде пацієнт;
 - докорінно змінити систему навчання сімейних лікарів в інтернатурі з введенням самостійної практики в окремих районах і ввести комплексний цикл нічних чергувань. Докорінно змінити програму підготовки для педіатрів і терапевтів. Підготовку сімейних лікарів проводити не тільки на післядипломному, але й на додипломному етапах. Такий підхід забезпечить краще освоєння практичних навичок, уміння надавати допомогу при невідкладних станах;
 - спростити ведення сімейним лікарем обліково-звітної документації. Доцільно зберегти єдиний документ – електронну медичну карту амбулаторного хворого;

Доцільно раціонально використовувати міжнародний досвід розвитку сімейної медицини для подальшого розвитку охорони здоров'я в Україні.

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,

а також займаються дослідницькою діяльністю. Але на сьогодні, незважаючи на пріоритетний напрям розвитку системи охорони здоров'я, науково-дослідні інститути та центри, які проводили б дослідження безпосередньо з питань сімейної медицини, не створені. Не існує в Україні і такої наукової спеціальності, відсутня аспірантура з сімейної медицини, що обмежує можливість подальшого кар'єрного росту сімейних лікарів, знижує мотивацію до вибору цієї професії та авторитет спеціальності в цілому.

Висновки

1. Відкриття наукової спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина» в Україні є вкрай необхідним!
2. Проведення досліджень у сімейній медицині сприятиме підвищенню значення і академічного статусу цієї професії, приведе до стандартизації термінології, діагностичних і терапевтичних процедур у сімейній практиці, підвищить популярність професії серед студентів медичних спеціальностей.
3. Розвиток сімейної медицини сприятиме збільшенню можливостей інтелектуального і кар'єрного росту, зміцнить міжнародні зв'язки, допоможе знизити витрати системи охорони здоров'я і забезпечить зміцнення соціальних та етичних норм суспільства.

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 // Український медичний часопис. – 2007. – № 6 (62), Т. XI – XII. – С. 56–57.

Резюме

Целесообразность перехода от участково-территориального предоставления медицинской помощи к семейной медицине. Принципы семейного обслуживания населения

В.О. Сирик

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца

В статье отражены современные представления о первичной медико-социальной помощи и ее недостатки. Доказана целесообразность перехода от участково-территориального оказания медицинской помощи к семейной медицине.

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

Summary

The feasibility of the transition from the precinct and territorial health care delivery to the family medicine. The principles of family services

V.O. Siryk

O.O. Bohomolets National Medical University

In the review the modern representations about the primary medical care and its failings are explained. Expedience of the transition from the precinct and territorial health care delivery to the family medicine is well-proven.

Key words: primary medical care, district, district doctor, family medicine, general practitioner

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.