

# Роль сімейного лікаря в системі охорони здоров'я Польщі

*М.І. Кінаш, О.Р. Боярчук, Н.Б. Галіяш*

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У статті наведені основні завдання, можливості практичної діяльності і фінансування сімейного лікаря. Висвітлені моделі сімейної медицини, зазначені роль і місце сімейного лікаря в системі охорони здоров'я Польщі. Розглянуті основні позитивні та негативні сторони сімейної медицини.

**Ключові слова:** сімейний лікар, сімейна медицина, первинна медична допомога.

Сімейна медицина – це галузь медицини, що надає медичну допомогу всім членам сім'ї, які перебувають під наглядом сімейного лікаря (СЛ), забезпечує їх комплексним медичним обслуговуванням. Це найбільш доступна форма медичної допомоги населенню. Сімейна медицина є однією з найбільш ефективних стратегій підвищення результативності системи охорони здоров'я в цілому, а також справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних асигнувань в галузі медицини. Вона спрямована на вирішення проблем збереження і зміцнення здоров'я всього населення. Такий підхід підтримала Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), яка в головному стратегічному документі «Здоров'я для всіх у XXI столітті» визначила розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) на принципах сімейної медицини одним із головних завдань для європейських країн [1, 5].

Початком сімейної медицини в Польщі вважають 23 червня 1992 року, коли була заснована Колегія сімейних лікарів. Сімейна медицина (СМ) в Польщі народилася з прагнення лікарів до самостійної, незалежної професійної діяльності, а також з бажання пацієнтів мати лікаря-порадника, на котрого вони можуть розраховувати не тільки у виняткових ситуаціях зі здоров'ям, але і в щоденних проблемах; лікаря, який забезпечує постійну, безперервну, інтегровану медичну допомогу громаді чи сім'ї, для якого однаковими пацієнтами є як окрема людина, так і спільнота людей [1].

**Мета дослідження:** вивчити особливості практичної діяльності сімейного лікаря, дослідити роль і місце сімейної медицини в охороні здоров'я Польщі.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети було вивчено та проаналізовано правові документи, які регулюють роботу СЛ у Польщі, досвід навчання та роботи СЛ на базі Вроцлавського медичного університету імені П'ястів Шльонських.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 2002 році Європейський відділ світової організації сімейних лікарів (WONCA Europk), повноправним членом якої з 1996 року є Колегія сімейних лікарів в Польщі, аналізуючи роботу СЛ, визначив 6 ключових завдань, які повинен виконувати кожен СЛ в Європі, та 3 спеціальні умови, що забезпечують їх реалізацію у повсякденній практиці. Цими принципами послуговується СЛ у Польщі [1, 5].

Основними ключовими завданнями СЛ є:

1. Надання первинної медичної допомоги: СЛ здатен самостійно приймати рішення і вживати необхідні заходи

відповідно до об'єму проблем зі здоров'ям хворого; координувати діяльність інших членів колективу СЛ та лікарів-спеціалістів, оптимально використовувати ресурси системи охорони здоров'я, надавати підопічним відповідні медичні та медико-профілактичні послуги, а також консультувати пацієнтів з питань профілактики та охорони здоров'я.

2. Надання медичної допомоги пацієнту: СЛ здатен критично і реально оцінювати медичні проблеми пацієнта в контексті його очікувань, тривоги, цінностей, переконань, індивідуальних особливостей, а також здатен створювати довготривалі партнерські відносини з пацієнтом, що ведуть до співпраці заради здоров'я останнього.

3. Вирішення специфічних нестандартних проблем: СЛ здатен самостійно оцінювати епідеміологічну та медико-санітарну ситуацію в даній місцевості, уміє складати та реалізовувати діагностично-терапевтичний план щодо конкретного пацієнта, правильно підбирати медичні процедури для кожного хворого, беручи до уваги оцінку ризику розвитку побічних реакцій, а також вміє раціонально використовувати свій робочий час, долаючи в собі невпевненість при прийнятті того чи іншого рішення.

4. Комплексний підхід до пацієнта: СЛ здатен приймати рішення щодо різних проблем зі здоров'ям підопічних, однаково як до гострих, так і до хронічних захворювань, зміцнювати здоров'я пацієнтів за допомогою пропаганди здорового способу життя та профілактики захворювань, а також вміє координувати в єдине ціле дії в сфері лікування, реабілітації і/або паліативної допомоги хворим.

5. Орієнтація сімейного лікаря на місцеву громаду: СЛ здатен визначати пріоритетні медико-санітарні, оздоровчі потреби місцевої громади та вміє їх реалізовувати в умовах наданих ресурсів фінансування і наявних соціальних обставин, а також при цьому використовувати принципи адміністративних дій співпраці з іншими установами.

6. Цілісний підхід до пацієнта: відповідно до даного завдання СЛ повинен використовувати знання біопсихосоціальної моделі медичної практики і вміння приймати конкретні рішення щодо надання медичної допомоги з дотриманням принципів у душі розуміння і толерантності до системи цінностей, переконань і очікувань пацієнта.

Умовами реалізації завдань сімейного лікаря служать: 1) професійний контекст (професійні дані СЛ); 2) моральні якості (особисте ставлення СЛ до своїх обов'язків); 3) наукові докази, які складають основу практики СЛ.

*Професійний контекст* – це перш за все знання системи умов функціонування практики СЛ. Особливе значення має визначення функції СЛ в системі охорони здоров'я разом з її юридичним регулюванням (правовими законами), організаційними та фінансовими відносинами. Ці відносини принципово впливають на можливість СЛ повною мірою використовувати засоби системи охорони здоров'я для максимального надання медичної допомоги та забезпечення безпеки пацієнту, при цьому ефективно і раціонально використовуючи фінансові ресурси. Наступним, надзвичайно важливим моментом є знання СЛ особливостей, пов'язаних із са-

мою практичною діяльністю, її організацією, колективом, фінансовими ресурсами та місцевою спільнотою. Знайомство та вміння ефективно співпрацювати зі структурами спеціалізованої, стаціонарної та швидкої (невідкладної) допомоги, ортопедичного і фармацевтичного забезпечення, соціальної допомоги мають важливе значення в практиці СЛ. Також необхідно знати про громаду даної місцевості з присутніми їй іманентними рисами як соціальними, культурними, релігійними, так і економічними.

*Особисте ставлення* СЛ до своїх обов'язків перш за все залежить від системи принципів і морально-етичних норм, які сповідує конкретна людина. Усвідомлення власних морально-етичних принципів і можливостей та обмежень, які з них випливають, становить базу, необхідну для побудови відповідних відносин з пацієнтами та членами колективу. Це ставить роботу, яку виконує СЛ, в контекст широко зрозумілих людських цінностей, а також дозволяє попередити професійне вигорання та утримувати високі професійні стандарти на довготривалому перспективу. Духовні цінності дозволяють узгоджувати роботу СЛ з іншими сферами життя, такими, як сім'я, хобі, політична, соціальна чи інша діяльність.

*Наукові докази*, наскільки це можливо, повинні лежати в основі всіх прийнятих рішень СЛ. Однак в багатьох випадках їхня недостатність повинна бути замінена найкращим власним досвідом чи досвідом колег. Знаходження відповідного балансу між досвідом та науковими доказами є надзвичайно важливою навичкою СЛ. Здатність критично аналізувати публікації та проводити пошук потрібної медичної інформації – необхідна якість для кожного СЛ. Належне вміння систематизувати джерела – від достовірних даних через мета-аналіз до результатів оригінальних досліджень – становить основу ефективного використання медичної інформації в процесі прийняття рішення як щодо окремого пацієнта, так і для довготривалого покращення якості медичної допомоги пацієнтам [1,5].

На основі кадрового складу колективу СЛ в Польщі розрізняють наступні моделі сімейної медицини: 1) сімейний лікар, який працює самостійно; 2) сімейний лікар та сімейна медична сестра; 3) сімейний лікар і колектив медичного персоналу (педіатр, медична сестра, акушерка, реєстратор, менеджер практики, секретарка, інформатик) [2, 4].

СМ – це важлива ланка первинної медичної допомоги (РОЗ), яка дозволяє в раціональний спосіб розпоряджатися фінансовими ресурсами, що виділені на охорону здоров'я, обмежуючи перш за все витрати на спеціалізовані дорогі-вартісні процедури.

СЛ у межах польської системи Народного Фонду Здоров'я (НФЗ) може надавати як безплатні, так і платні медичні послуги. СЛ у польській системі загального медичного страхування (НФЗ) надає безплатно послуги, які внесені до так званого списку гарантованих послуг ПМД. Зокрема, до списку гарантованих медичних послуг входять дії лікаря, пов'язані з: обстеженням та консультацією пацієнта; діагностикою та лікуванням; направленням на спеціалізоване, стаціонарне, санаторно-курортне лікування, довготривалий догляд (в будинках соціальної допомоги); охороною здоров'я дітей та молоді; рішенням та висновком про стан здоров'я пацієнта; обов'язковою профілактичною вакцинацією; доглядом за інвалідами; пропагандою здоров'я та профілактикою хвороб; професійними діями сімейної медсестри; професійними діями сімейної акушерки [2–4].

ПМД як частина системи охорони здоров'я забезпечує здоровим та хворим людям медичні послуги за місцем проживання чи навчання і виховання, в амбулаторних умовах або, за необхідності, вдома. СЛ в межах НФЗ самостійно діагностує і лікує хвороби, які згідно з сучасними медичними знаннями можна діагностувати за допомогою лікаряського

обстеження і додаткових обстежень, що є в переліку гарантованих обстежень ПМД.

У надзвичайних ситуаціях та при раптових і гострих захворюваннях, а також в тих випадках, коли вимагає того тяжкий стан підопічного, консультація СЛ повинна бути надана в день звернення, при хронічних захворюваннях – в термін, який узгоджений з пацієнтом. Реєстрацію пацієнтів можна здійснювати як особисто, так і по телефону чи через третю особу.

У межах послуг НФЗ платно лікар може надавати тільки деякі послуги, що не внесені в список гарантованих послуг, це : а) довідка про санітарно-епідеміологічне оточення; б) довідка про стан здоров'я для вирішення питання про пенсію; в) висновок дітям та молоді щодо занять спортом, які не мають висновку про приналежність до категорії професійних спортсменів; г) довідка для вступу до вищих навчальних закладів; д) довідка про можливість проходження тестів для придатності роботи в поліції [2–5].

СЛ направляє пацієнта до лікаря спеціалізованої амбулаторної допомоги (САД) чи до лікарні в наступних випадках: 1) терапевтичні і/або діагностичні можливості, доступні в ПМД, не дали позитивного ефекту; 2) клінічний стан пацієнта вимагає лікування в умовах стаціонару. Видане направлення в лікарню або в консультацію САД дійсне до тих пір, поки наявна причина в пацієнта існує. Твердження про те, що направлення дійсне тільки в даному календарному році не відповідає дійсності. Після консультації в САД чи в лікарні кожне наступне направлення до іншого спеціаліста САД чи стаціонару, що пов'язане з первинним скеруванням СЛ ПМД, видає тоді лікар САД.

СЛ при скеруванні пацієнта до лікаря САД чи до лікарні додає до направлення результати обстежень, що підтверджують попередній діагноз або додаткову інформацію про пацієнта, таку, як перелік отриманих ліків, епікриз історії хвороби, перелік хронічних захворювань тощо.

Надання медичних послуг СЛ проводить в період основної роботи з 8.00 до 18.00 годин з понеділка до п'ятниці, окрім субот, неділей та святкових днів, встановлених законом, в приміщенні проведення прийому та через візити додому, забезпечуючи безперервність надання послуг. В офісі (приміщенні) СЛ проводить всі необхідні діагностично-медичні процедури та втручання, необхідність в яких виникає в процесі лікування. Від понеділка до п'ятниці з 18.00 до 8.00 ранку наступного дня, а також у вихідні та святкові дні, СЛ надає медичну допомогу у вигляді нічної та святкової амбулаторної допомоги чи у формі нічної та святкової виїзної медичної лікарської допомоги. Надавати нічну та святкову амбулаторну або виїзну медичну допомогу можуть тільки ті СЛ, які мають укладені угоди на реалізацію цих медичних послуг з НФЗ. Інформацію про можливість здійснення таких послуг СЛ повинен надати своєму підопічному [4, 6].

У практиці СЛ повинні бути виділені дні і години для прийому здорових дітей та час для проведення щеплень – один день на тиждень після 15 год.

Практика (кабінет чи амбулаторія) СЛ повинна знаходитися недалеко від місця проживання підопічних, бути доступною для пацієнтів щодо фінансових витрат та скерувань. Підопічний СЛ завжди повинен мати інформацію про місце, об'єм та методи отримання медичної допомоги при невідкладних станах та іншій потребі в неробочий час. Безперевне надання медичної допомоги сприяє виникненню поваги між пацієнтом та СЛ, що покращує ефективність його діяльності [1–6].

Згідно з реформою охорони здоров'я у Польщі кожний застрахований пацієнт вибирає собі певного СЛ. Якщо пацієнт не вибрав СЛ, то він автоматично приписується до практикуючого СЛ в даній місцевості. Таким чином, СЛ і

пацієнт пов'язані між собою на довгі роки. Три чверті зареєстрованих пацієнтів відвідують обраного СЛ принаймні один раз на рік. Це дозволяє СЛ краще, ніж будь-якому іншому лікарю, проводити профілактику захворювань як у окремих пацієнтів, так і на рівні громади. Знаючи соціально-економічне становище своїх пацієнтів, забезпечуючи їм ПМД, СЛ має можливість впливати на стан їхнього здоров'я, на перебіг, прогноз та ефективність лікування хронічних захворювань.

Пацієнти СЛ у Польщі мають право і можливість за допомогою системи Безпеки Первинної Охорони Здоров'я анонімно на сайті обмінюватися інформацією про інциденти, які мали місце під час відвідин СЛ.

СЛ надає медичну допомогу пацієнтам, які задекларовані у так званому «Активному списку», який нараховує не більше 2750 підопічних, хоча в окремих випадках за згодою НФЗ деклараційний список може бути збільшений. За кожного задекларованого в «Активному списку» СЛ отримує з НФЗ так звану ставку капітаційну (податкову або податок) – 8 злотих щомісяця. Капітація – новий метод фінансування медичних послуг ПМД, наданих СЛ; вона полягає в переказі сталої суми (квоти) за кожного підопічного з НФЗ, що отримує фіксований пакет медичних послуг [1, 4].

За рахунок отриманої заробітної плати сімейний лікар повинен покрити такі видатки: 1) витрати на утримання приміщення та здійснення медичної діяльності; 2) зарплата найнятим співробітникам; 3) витрати на проведені діагностичні обстеження; 4) власна винагорода (зарплата).

Згідно з даними XIII Конгресу сімейної медицини в Польщі (2013) саме збільшення кількості СЛ, а не лікарів інших спеціальностей, позитивно впливає на зменшення смертності серед населення та в певній спільноті.

Слід відзначити позитивні та негативні сторони СМ. Позитивними сторонами СМ в Польщі є: широкий доступ по-

слуг ПМД; виділення ресурсів на ПМД з бюджету громадського платника; тривале щотижневе функціонування структур СМ в ПМД; високий відсоток виконаних обов'язкових щеплень; комп'ютеризація структур (для адміністративних цілей); якісне стандартне обладнання; висока професійність СЛ.

Негативні сторони СМ в Польщі: брак актуальних стратегічних документів, що висвітлюють розвиток ПМД; недостатність структур ПМД, підпорядкованих міністерству здоров'я; різноманітні організаційні рішення; різноманітні компетенції (спеціальності) лікаря ПМД; нестача та затримки у підготовці СЛ; обмеження компетенції СЛ ПМД через неодноразову правову регуляцію; відсутність стимулів до розширення сфери послуг в межах ПМД; обмежений доступ до додаткових обстежень; недостатність впливу та заохочень для активного використання інших відділів системи охорони здоров'я; відсутність стимулів для систематичного оцінювання та покращення якості послуг; широкий доступ до спеціалізаційних послуг без скерування СЛ; низька якість медичної документації (в основному паперова); недостатність системи регулювання, яка дозволяє консультації по телефону та електронною поштою; неефективна система обміну медичною інформацією [1, 2].

## ВИСНОВКИ

Сімейний лікар має бути різнобічно підготовлений не тільки з питань терапії, педіатрії, але й неврології, офтальмології, хірургії, психіатрії та інших розділів медицини. Він має добре орієнтуватись у сфері медичної психології, законодавстві про охорону здоров'я, соціального захисту сім'ї. Адже здоров'я людини – поняття комплексне й багатогранне; це не лише фізичне здоров'я, але й психічне, і соціальне. Сімейний лікар кваліфікаційно стоїть значно вище, ніж інші спеціалісти.

### Роль семейного врача в системе здравоохранения Польши М.И. Кинаш, О.Р. Боярчук, Н.В. Галияш

В статье приведены основные задачи, возможности практической деятельности и финансирования семейного врача. Освещены модели семейной медицины, показана роль и место семейного врача в системе здравоохранения Польши. Рассмотрены основные положительные и отрицательные стороны семейной медицины.

**Ключевые слова:** семейный врач, семейная медицина, первичная медицинская помощь.

### The role of the family doctors in the health care system in Poland M.I. Kinash, O.R. Boyarchuk, N.B. Haliyash

The article deals with the main objectives, opportunities of family doctors practice and theirs financial issues. Model of Family medicine, the role and place of the family doctor in the health care system in Poland was shown. The main positive and negative aspects of family medicine was demonstrated.

**Key words:** family doctor, family medicine, primary care.

## Сведения об авторах

**Кинаш Мария Игоревна** – Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1. E-mail: kinash.18@mail.ru

**Боярчук Оксана Романовна** – Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1. E-mail: boyarchuk\_oksana@mail.ru

**Галияш Наталья Богдановна** – Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1. E-mail: nhaliyash@yahoo.com

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Матеріали XIII Kongresu Medycyny Rodzinnej w Polsce, 2013 – С.52.
2. Матеріали сайту Вроцлавського медичного університету: <http://www.am.wroc.pl/en/>
3. Матеріали сайту Центру післядипломної підготовки медичних кадрів в Польщі: <http://www.cmkp.edu.pl/>
4. Матеріали сайту МОЗ Польщі <http://www.mz.gov.pl/>
5. Cezary Włodarczyk W. Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. – Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne «Vesalius», Krakow. – 1998. – s. 326.
6. Korzeniowski P. Gabinet Prywatny //Podstawowa Opieka Zdrowotna w procesie reform polskiego systemu opieki zdrowotnej, cz.1. – nr 10. – 2006. – S. 61–65.