

Ю.А. Романюк

Головний військово-медичний
клінічний центр «ГВКГ»

СІМЕЙНИЙ ЛІКАР ВЕЛИКИХ МІСТ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Резюме

В статті проведено аналіз нормативно-правової бази дальшого розвитку первинної медичної допомоги в Україні, проблеми і перспективи розвитку сімейної медицини в умовах мегаполіса на основі проведеного медико-соціологічного опитування лікарів загальної практики-сімейної медицини Головного військово-медичного клінічного центру.

Ключеві слова

Первинна медична допомога, вторинна медична допомога, сімейний лікар, мегаполіс, Збройні Сили України.

Розвиток інституту сімейного лікаря та зміцнення ролі первинної медичної допомоги (ПМД) є загальнодержавною стратегією подальшого реформування системи охорони здоров'я в Україні та у світі, що визначено багатьма нормативно-правовими документами [1-15]. Однак на III з'їзді сімейних лікарів (м. Дніпропетровськ, 2011 р.) було вперше офіційно визнано, що розвиток ПМД впродовж останніх 20 років в Україні мав декларований характер (Хобзей М.К., 2011р.) [17]. Деякі автори (Г.С. Черешнюк, 2011 р.) висловили думку, що розвиток ПМД має йти різними шляхами для сімейних лікарів мегаполісів чи великих міст (чисельність населення понад 100 тис.) та сімейних лікарів сільської місцевості [17]. Ці питання є актуальними і для медичної служби Збройних сил України, яка у своєму штаті має лікарів загальної практики-сімейної медицини (ЗП-СМ), що працюють як у військово-медичних клінічних центрах (розташовані переважно у великих містах), так і у військовій ланці (віддалені військові частини можуть бути порівняні до сільської місцевості, оскільки мають у складі 1-2 лікарів загальної практики – сімейної медицини на 1000-2500 особового складу).

Водночас у певних регіонах та деяких лікувально-профілактичних закладах України розвиток сімейної медицини мав позитивний досвід, хоча і йшов різними організаційними шляхами [18-19]. Зокрема, у Клініці амбулаторної допомоги (КАД) Головного військово-медичного клінічного центру ГВМКЦ «ГВКГ» (м. Київ), більшість сімейних лікарів (45%) оволоділи іншими спеціалізаціями та фактично надавали як первинну, так і вторинну медичну допомогу, працюючи за частковим бригадним принципом [18]. Хоча цей шлях реоргані-

зації є абсолютно протилежним до загальної стратегії держави, однак він довів свою ефективність та, на нашу думку, міг би стати оптимальним для амбулаторно-поліклінічних закладів великих міст.

На сьогодні нормативно-правовими документами визначено, що рівні надання медичної допомоги (первинний, вторинний, третинний) мають бути чітко розмежовані та структурно реорганізовані шляхом створення центрів первинної медичної допомоги (ЦПМД) та госпітальних округів [1-2, 8-9, 12-15].

Нововведена законодавча база не може обходити заклади охорони здоров'я інших відомств, хоча б на тій основі, що з 2009 року форми статистичної звітності, що подаються до Держкомстату України, є загальними для всіх лікувально-профілактичних закладів, незалежно від відомчої підпорядкованості. А тому наукове обґрунтування подальшого розвитку ПМД у Збройних Силах України, як у військово-медичних клінічних центрах, так і у військовій ланці, є надзвичайно актуальним.

Мета дослідження: на основі проведеного медико-соціологічного опитування лікарів загальної практики-сімейної медицини встановити проблеми та перспективи подальшого розвитку інституту сімейної медицини в амбулаторно-поліклінічних закладах Міністерства оборони України.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували нормативно-правові документи, вітчизняні та закордонні публікації щодо розвитку ПМД, результати власних наукових досліджень та проведене медико-соціологічне опитування лікарів КАД (n=34) та лікарів ЗП-СМ (ЛЗП-СМ) військових частин Ки-

ївського гарнізону (n=32). Методами дослідження обрано бібліографічний, аналітичний, медико-статистичний, соціологічний.

Перехід до надання ПМД населенню на засадах СМ у КАД ГВМКЦ «ГВКГ» вимагав спеціального навчання лікарів та медичних сестер. Якщо військові лікарі мали спеціальність «лікар загальної практики або загальновійськової», враховуючи особливості підготовки військово-медичних кадрів, то перекваліфікація цивільних дільничних лікарів-терапевтів на лікарів загальної практики-сімейної медицини почалася з виходом наказу Міністерства охорони здоров'я України № 72 від 23.02.2001р. «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» та завершилась у 2004 р. На початку своєї діяльності ЛЗП-СМ працювали за моделлю індивідуальної практики (до 2002 р.), але в складі відділень загальнолікарської медичної допомоги.

Подальшим кроком підвищення кваліфікації сімейних лікарів стала їх паралельна підготовка за іншими спеціальностями (кардіологія, пульмонологія, неврологія, оториноларингологія та ін.) та групова практика в складі відділень. На початковому етапі реформування спеціалізовану медичну допомогу в клініці надавали лікарі-спеціалісти клінік госпіталю, які працювали за графіком. З отриманням спеціалізації ЛЗП-СМ з інших спеціальностей потреба в консультаціях лікарів-спеціалістів значно скоротилась, переважно за рахунок лікарів-спеціалістів терапевтичного профілю (кардіолог, пульмонолог, ендокринолог) та менше за рахунок лікарів-спеціалістів хірургічного профілю (оториноларинголог, офтальмолог). Слід зазначити, що за 14-річний період близько 82% ЛЗП-СМ оволоділи суміжними спеціальностями. Таким чином, питома вага ЛЗП-СМ у структурі лікарів КАД, що надавали медичну допомогу первинного та вторинного рівня, збільшилась із 36,2% до 74,5%.

Динаміку окремих показників діяльності КАД у період з 1996 р. по 2010 р. наведено в табл.1.

Як видно з табл. 1, за вказаний період збільшилась частота звернень пацієнтів безпосередньо до лікарів загальної практики з 36,2% – у 1998 р. до 74,5% – у 2010 р., тобто в 2,1 рази; зросла чисельність одиниць захворювань діагностованих ЛЗП-СМ у 1,7 рази (з 48,2 до 86,3); збільшилась чисельність пролікованих хворих у денних стаціо-

нарах та стаціонарах вдома у 2,9 рази.

Упродовж 1996-2012 рр. укомплектованість КАД ГВМКЦ «ГВКГ» лікарями складає 88-100%. Однак проблемним питанням залишається плинність кадрового потенціалу (декретна відпустка, працевлаштування в інші лікувально-профілактичні заклади, переважно приватної власності). Водночас укомплектованість лікарями загальної практики-сімейної медицини військової ланки Київського гарнізону складає 66±12,4%.

Тому нами було проведено медико-соціологічне опитування лікарів загальної практики, щодо подальшого розвитку інституту сімейної медицини в КАД та в амбулаторно-поліклінічних закладах Міністерства оборони зокрема. Питання анкети включали дані щодо лікаря (вік, стаж роботи, кваліфікаційна категорія) та власне питання, відповіді на які висвітлено в табл. 2.

Як видно з табл.2, ЛЗП-СМ, які працюють у КАД, більш задоволені ($p \leq 0,05$) своєю професією на відміну від ЛЗП-СМ, які працюють у військовій ланці, що пов'язано, на наш погляд, не лише з кращим матеріально-технічним оснащенням КАД, але й можливістю мати «вузьку» спеціалізацію, що надає впевненості в подальшій лікарській діяльності.

На запитання «На Вашу думку, сімейний лікар може оволодіти та працювати як сімейний лікар та лікар-спеціаліст з певної спеціалізації одночасно?» ми отримали такі дані. У цілому 100 % ЛЗП-СМ вважали, що ТАК. Однак певна частка (32%) ЛЗП-СМ вважали, що можуть за певних умов: за умови забезпеченості матеріально-технічною базою, проходження спеціалізації на високому рівні, збільшення часу прийому амбулаторного хворого. Як бачимо, усі умови носять організаційний характер та не залежать від мотивації лікарів. Ми запропонували фахівцям визначитись, який має бути час амбулаторного прийому пацієнта. На сьогодні нормативний показник складає 12 хвилин. Лікарі вважали, що час має складати 19,3±6,3 хвилини, зі збільшенням часу відповідно на первинний огляд до 25-30 хвилин.

Далі нами було запропоновано визначитись, скількома ж спеціалізаціями може оволодіти ЛЗП-СМ. Переважна частка лікарів (58%) вважали, що можна оволодіти 1-2 «вузькими спеціалізаціями», 30% вважали, що можна оволодіти 3 спеціалізаці-

Таблиця 1. Динаміка окремих показників діяльності КАД у період з 1996 р. по 2010 р.

Показники	Роки		
	1996	2003	2010
Питома вага частоти звертань пацієнтів безпосередньо до лікарів ЗП-СМ, % ($P \pm mp$)	36,2±1,3	72,7±2,4	74,5±3,1
Число захворювань, діагностованих лікарями ЗП-СМ, ($\chi \pm \sigma$)	48,2±4,9	74,1±7,9	86,3±9,4
Чисельність амбулаторних відвідувань лікарів ЗП-СМ впродовж року ($\chi \pm \sigma$)	2,9±0,8	4,5±1,1	5,6±1,2
Кількість пролікованих хворих у денних стаціонарах та стаціонарах вдома, абс.	443	1006	1315
Госпіталізована захворюваність (число госпіталізованих на 1000 осіб прикріпленого контингенту), %	315,4	262,4	220,3

Таблиця 2. Порівняльний аналіз відповідей сімейних лікарів, які працюють у КАД та у військовій ланці

№ з/п	Питання	ЛЗП-СМ КАД (n=32), абс. (%)	ЛЗП-СМ в/ч (n=32), абс.(%)
1.	Чи задоволені Ви своєю професією ЛЗП-СМ ?		
	Так	7 (21,8)	3 (9,4)
	Більше ТАК, ніж НІ	19 (59,4)	8 (25,0)
	НІ	0 (0)	10 (31,2)
	Задоволений, тому що маю додаткову «вузьку» спеціалізацію, що надає впевненості в завтрашньому дні.	6 (18,7)	3 (9,4)
2.	Ні, хочу отримати «вузьку» спеціалізацію і працювати виключно «вузьким» спеціалістом.	0 (0)	8 (25,0)
	На Вашу думку, сімейний лікар може оволодіти та працювати як сімейний лікар та лікар-спеціаліст з певної спеціалізації одночасно?		
	ТАК	32 (100)	32 (100)
	НІ	0	0
	За умови	11 (34,4)	14 (43,7)

ями, та 12% вважали, що можна оволодіти і 4 спеціалізаціями. Достовірної різниці між віком, категорією та бажанням працювати за іншими спеціалізаціями ми не знайшли, що свідчить про те, що основним фактором є мотивація лікаря ($p < 0,05$).

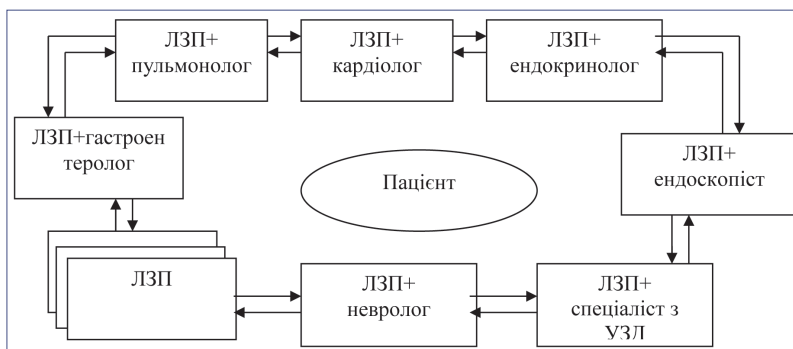
Достатньо цікавим було дізнатись, якими спеціальностями бажують оволодіти та змогли б оволодіти ЛЗП-СМ. Слід зауважити, що жоден лікар не виявив бажання оволодіти хірургічною дисципліною, що, на нашу думку, пов'язано з низькою якістю практичної підготовки сімейних лікарів із хірургічних питань у вищих медичних навчальних закладах. Водночас, на думки підтвердження й інших авторів, було з'ясовано, що сімейні лікарі

бажають оволодіти діагностичними спеціальностями, зокрема функціональною діагностикою, ультразвуковою діагностикою (табл.3)

На нашу думку, ЛЗП-СМ ЦМПД мегаполісів мають працювати за бригадним принципом (рисунок), де кожен лікар бригади має мати іншу спеціалізацію або володіти певними діагностичними методиками. Так, проведене анкетування ЛЗП КАД засвідчило, що 88% вважають, що вони готові працювати за бригадним принципом, 12% не впевнені, що це є доцільним.

У більшості країн світу сімейний лікар певний період часу проводить у стаціонарних відділеннях чи лікарнях з метою підвищення рівня знань та досвіду. Нами було запропоновано відповіді на питання «За умови, що Ви маєте чи отримали певну «вузьку» спеціалізацію, чи готові Ви впродовж 1-2-х місяців щорічно проходити стажування в однойменному стаціонарному відділенні госпіталю?». Отримано такі відповіді: «Готові» – 70%, «Не готові» – 21%, що, на нашу думку, може бути пов'язано як з низькою мотивацією певних лікарів, так і великим досвідом роботи в стаціонарних відділеннях (15±3,1% опитаних лікарів мали достатній стаж роботи в стаціонарних відділеннях).

Рисунок. Бригадний принцип роботи ЛЗП-СМ у мегаполісі



Таблиця 3. Спеціальності, якими б бажали оволодіти сімейні лікарі (n=64)

Спеціальність	абс., (%)	Спеціальність	абс., (%)
Кардіологія	9 (14,0)	Психіатрія	2 (3,1)
Пульмонологія	3 (4,7)	Дерматологія	3 (4,7)
Нефрологія	5 (7,8)	Гінекологія	-
Гастроентерологія	5 (7,8)	Ендокринологія	5 (7,8)
Гематологія	1 (1,6)	Оториноларингологія	1 (1,6)
Ревматологія	3 (4,7)	Імунологія	3 (4,7)
Неврологія	11 (17,2)	Алергологія	2 (3,1)
Функціональна діагностика	12 (18,7)	Хірургічні дисципліни. Якщо Так, позначте якою _____	1 (1,6) (ЛОР)
Ендоскопія	3 (4,7)	Інші (геріатрія тощо)	-
УЗ-діагностика	11 (17,2)		

Висновки

1. Структурна реорганізація сфери охорони здоров'я зі створенням Центрів первинної медичної допомоги в цивільній системі охорони

здоров'я потребує наукового обґрунтування організаційно-штатної структури амбулаторно-поліклінічної служби Збройних Сил України в умовах її реформування.

2. Попередній досвід реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в Клініці амбулаторної допомоги (де лікарі частково працюють за бригадним принципом, мають суміжні спеціалізації) довів свою ефективність та може бути рекомендованим для розвитку ЦПМД мегаполісів, однак він є суперечливим відповідно до нововведеної нормативно-правової бази цивільної системи охорони здоров'я.

3. Проведене медико-соціологічне опитування лікарів загальної практики-сімейної медицини підтвердило, що ЛЗП-СМ, які працюють у КАД, більш

задоволені ($p \leq 0,05$) своєю професією на відміну від ЛЗП-СМ, які працюють у військовій ланці, що пов'язано, на наш погляд, не лише з кращим матеріально-технічним оснащенням КАД, але й можливістю мати «вузьку» спеціалізацію, що надає впевненості в подальшій лікарській діяльності.

4. Основними спеціалізаціями, якими бажають оволодіти ЛЗП-СМ, є: кардіологія (14,0%), гастроентеологія (7,8%), неврологія (17,2%), функціональна діагностика (18,7%), ультразвукова діагностика (17,2%), ендокринологія (7,8%), що і підтверджує той факт, що сімейний лікар має не лише лікувати, але й діагностувати захворювання, які найбільш часто зустрічаються серед населення. У військовій системі охорони здоров'я багатofункціональність лікаря має бути визначальною в його діяльності.

Список використаної літератури

1. Закон України № 3611-17 від 07.07.2011 р. «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 713 від 13.09.2012 р. «Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу» Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
3. Постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 72 від 23.02.2001 р. «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
5. Указ Президента України № 1694/2005 від 06.12.2005 р. «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
6. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 421 від 24.07.2006 р. «Концепція Державної програми розвитку первинної медико-соціальної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
7. Постанова Кабінету Міністрів України № 815 від 13.06.2007 р. «Про затвердження національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
8. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентно спроможна економіка, ефективна держава». - Реформа медичного обслуговування. - С. 21-24.
9. Концепція загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» затверджений Кабінетом Міністрів України 31.10.2011 року №1164-р. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №131 від 23.02.2012 р. «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №132 від 23.02.2012 р. «Про затвердження Примірного таблиця оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
12. Наказ МОЗ України №735 від 30.08.2010 «Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
13. Закон України № 3612-VI від 07.07.2011р. «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 557 від 01.09.2011р. «Примірне положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 646 від 05.10.2011р. «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві № 3612-VI від 07.07.2011р.». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 645 від 05.10.2011р. «Примірні штатні нормативи центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві». Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> - назва з екрану.
17. Програма III з'їзду сімейних лікарів України (19-21 жовтня 2011р.) м. Дніпропетровськ. Режим доступу: <http://healthy-society.com.ua/> - назва з екрану.
18. Голик Л.А. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Збройних Силах України (на прикладі Клініки амбулаторної допомоги ГВМКЦ «ГВКГ») // Л.А. Голик, Т.А. Бібік, Ю.А. Романюк // Сімейна медицина. - 2011. - № 3. - С. 7-11.
19. Досвід навчання лікарів-інтернів на базі навчально-практичних центрів ПМСД / М.В. Гребеник, С.Е. Шостак, Н.І. Ярема [та ін.] // Сімейна медицина. - 2011. - № 3, (специвипуск) - С. 54.

THE FAMILY DOCTORS IN BIG CITIES: PROBLEMS AND FUTURE DEVELOPMENT

Yu. Romaniuk

Summary

This article analyzes the legal framework for further development of primary health care in Ukraine, problems and prospects of development of family medicine in a metropolis on the basis of medical and sociological survey of general practitioners-family medicine of Main Military Medical Clinical Centre.

Key words: primary care, secondary health care, family doctor, metropolis, the Armed Forces of Ukraine.