

Література

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10) Geneva: World Health Organization. - 2004.
 2. Maslach C. Measuring Burnout / C. Maslach, M.P. Leiter, W.B. Schaufeli WB. // The Oxford handbook of organizational well-being. Oxford (UK): Oxford University Press. - 2008. - P. 86-108.
 3. Kovacs M. Emotion work and burnout: Cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary / M. Kovacs, E. Kovacs, K. Hegedus / Croat. Med. J. - 2010. - # 51(5) - P. 432-442. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2969138/> - Титул з екрана.
 4. IsHak WW. Burnout During Residency Training: A Literature Review / WW. IsHak, S. Lederer, C. Mandili, R. Nikraves, L. Seligman,

M. Vasa, D. Ogunyemi, CA. Bernstein // J. Grad. Med. Educ. - 2009. - 1 (2) - P. 236-242. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931238/> - Титул з екрана.
 5. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоедукативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Психіатрія. - 2010. - №1. - С. 34 - 39.
 6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. - Самара. - 2002. - С. 161-169.
 7. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. - 2011. - Т. 18, № 2. - С. 5-8.

Одержано 24.09.2012 року.

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

ДОЦІЛЬНІСТЬ РЕФОРМУВАННЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПЕРЕХОДУ ДО ПРАКТИКИ СІМЕЙНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

Сірик В.О.

Національний медичний університет імені академіка О.О. Богомольця

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РЕФОРМИРОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ПЕРЕХОДА К ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Сирьк В.О.

Национальный медицинский университет имени академика О.О. Богомольця

FEASIBILITY OF REFORMING OF OUT-PATIENT HEALTH CARE SYSTEM AND TRANSITION TO THE PRACTICE OF FAMILY SERVICE

Siryk V.O.

National Medical University Named after Academician O.O. Bohomolets

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.*

Резюме. В статье отображены современные представления о первичной медико-социальной помощи. Доказана необходимость перехода к семейной медицине.

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

Summary. In the review the modern representations about the primary medical help, well-proven expedience of transition from district-territorial grant of Medicare to family medicine are explained.

Key words : *primary medical help, family medicine, general practitioner.*

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

Ціль 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 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:

1. Надання кваліфікованої і спеціалізованої допомоги

населенню, обслуговування в поліклініці і вдома.

2. Проведення комплексу профілактичних заходів серед населення, які направлені на зниження інвалідизації, захворюваності та смертності.

3. Організація та проведення диспансеризації хворих та декретованих верств населення.

4. Санітарно-гігієнічна просвіта, пропаганда здорового образу життя.

Проблеми реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню турбують всю медичну громадськість. І не дивно, адже на догоспітальному етапі починають і закінчують лікування майже 80% пацієнтів, саме тут зосереджена значна частина медичних кадрів. Колись ми із задоволенням стверджували, що за кількістю лікарів і 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 хвороби простіше, та і

дешевше попередити, чим лікувати. Тому стало об'єктивною необхідністю 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 охоплених нею аспектів. Такі немедичні аспекти, як культурологічний, професійний, економічний, деонтологічний, соціальний, впливають на діагностичний і терапевтичний підходи, а також кінцевий результат лікування.

У різних країнах світу серед всіх лікарів кількість лікарів загальної поліклініки (сімейних лікарів) складає від 54% у Франції до 15% в Іспанії. У США з 653 тис. лікарів 39,2% доводиться на сімейних, а всі інші є лікарями-фахівцями; на одного лікаря загальної практики доводиться від 850 (Австралія) і 975 (Іспанія) жителів до 2430 (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 лікарі загальної поліклініки працюють в Японії — 5,7, а найменше в 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 групи, що дозволяє заощадити засоби, організувати взаємозаміну між собою, ввести деяку спеціалізацію медичної практики);
- центри здоров'я (скандинавська модель) — це амбулаторія загальної практики, іноді із стаціонаром для людей літнього віку.

Сімейний лікар — лікар специфічної кваліфікації. Він повинен добре знати і уміти лікувати найпоширеніші захворювання з різних розділів медицини. Наприклад, гіпертензію і стенокардію (кардіологія), цукровий діабет (ендокринологія), радикуліт (неврологія), варикозну хворобу 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 в 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 і т. д.), медичний працівник надає послуги на почасовій основі (повний або неповний робочий день) за фіксовану плату, 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 залежить від кількості прикріплених до лікаря пацієнтів (оплата за душу населення). В 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 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 за цим 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 передбачати 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 розповсюдження 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 самої системи сімейних лікарів. Необхідним є затвердження нових підходів, коли центральною ланкою стає сімейний лікар. Витрати на підготовку сімейних лікарів потрібно розглядати як довгострокові інвестиції, а безперервне підвищення кваліфікації має займати ліву частку діяльності лікаря.

3. Необхідно, у разі можливості, замінити початковий етап надання стаціонарної допомоги на стаціонарзамінні технології лікування.

4. Одним з основних напрямків діяльності лікарів загальної поліклініки має стати принцип збереження «здоров'я здорових» з уведенням диспансеризації сімей — сімейна диспансеризація

5. Уводити найоптимальніший метод оплати праці сімейному лікарю, залежно від кількості прикріплених до нього пацієнтів (оплата на душу населення), а для цього необхідно:

- ввести систему обов'язкового медичного страхування;
- для кожного лікаря загальної практики в сільській місцевості дозволити використовувати особистий транспорт з компенсацією затрат на паливо і зв'язок.

- зберегти поліклініку з традиційним набором фахівців в місті на перехідний період; сімейний лікар може взяти на себе деякі функції фахівців тільки тоді, коли переконає пацієнтів в 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 і на додипломному етапі;

- спростити ведення сімейним лікарем облікової-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 із 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», в медичних університетах відкриті кафедри і факультети сімейної медицини, які проводять підготовку і підвищення кваліфікації сімейних лікарів, в тому числі й дистан-

ційно. Але і, 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, 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.

Література

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

Одержано 08.10.2012 року.