

Н. А. Фойгт,
к. е. н., докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
НАДУ при Президентіві України

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ДЕМОГРАФІЧНОГО СТАРІННЯ

Стаття присвячена визначенню пов'язаного зі старінням населення навантаження множинною хронічною патологією як основної проблеми функціонування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини в Україні. Здійснений аналіз існуючої нормативної бази реформування первинної ланки охорони здоров'я та виділенні її проблемні аспекти у контексті адаптації первинної медико-санітарної допомоги, що реформується, до умов демографічного старіння. Обґрунтовані концептуальні засади реорганізації первинної медичної допомоги з урахуванням збільшення обсягу пов'язаної з демографічним старінням хронічної поліморбідності.

In the article the loading by the ageing-related chronic polymorbidity is defined as the challenge to ongoing reform of Primary Care in Ukraine. The analysis of current normative basis of Primary Care reformation is conducted and its problems in the context of adaptation of Primary Care in terms of the demographic aging are defined. Conceptual principles of reorganization of Primary Care considering the increase of volume of the aging-related chronic polymorbidity are formulated.

Ключові слова: реформа охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, демографічне старіння, менеджмент хронічних хвороб.

Key words: Health Care reform, Primary Care, population aging, management of chronic illnesses.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Сучасні демографічні зміни ставлять первинну медичну допомогу перед низкою викликів, найважливішим з яких є зростання поширеності хронічних захворювань, передусім серед населення похилого віку. В умовах економічного розвитку і пов'язаного з ним підвищення добробуту дедалі більша кількість людей доживає до віку розвитку множинної хронічної патології, а сучасні медичні технології дозволяють вижити дедалі більшій кількості хворих на важкі хронічні хвороби. Таким чином, детерміноване старінням населення зростання поширеності хронічних захворювань визначає дедалі більшу частину навантаження первинної медичної допомоги. Ефективне лікування множинної хронічної патології, що притаманна людям похилого віку, вимагає мультидисциплінарного підходу з залученням команди медичних фахівців для комплексного вирішення потреб пацієнтів. Закладення цих проблем та напрямів їх вирішення у процес реформування первинної медичної до-

помоги, що наразі триває в Україні, є необхідною передумовою подолання негативних наслідків демографічного старіння для вітчизняної охорони здоров'я та соціального розвитку в цілому.

АНАЛІЗ ПОПЕРЕДНІХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Процес реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики та сімейної медицини в Україні триває з середини 80-х років минулого століття, коли були здійснені перші експерименти з запровадження надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини у Львові, Дрогобичі, Дніпродзержинську та ін. [1; 2]. Нормативно-правове обґрунтування реформи первинної медико-санітарної допомоги було започатковане Постановою Кабміну України "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" [3] та низкою наказів МОЗ [4; 5], і наразі регулюється ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я [6],

у якій первинна лікувально-профілактична допомога визначається як така, що подається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики. У січні 2010 р. було затверджено Загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року [7], яка передбачає забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Розробці теоретико-методологічних підходів до реформування охорони здоров'я галузі загалом і її первинної ланки зокрема в Україні присвячено чимало досліджень вітчизняних авторів, серед яких слід відзначити роботи В.М. Рудого [1], А.Джафарової [8], Є.Є. Лапишевої [9], І.В. Рожкової [10] тощо.

Невирішені раніше частини загальної проблеми. Здійснений аналіз нормативного забезпечення реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні та існуючих наукових розробок з даної тематики показав, що, незважаючи на численні публікації щодо реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні, надто мало уваги приділяється врахуванню умов функціонування цієї ланки охорони здоров'я на найближчу демографічну перспективу.

Мета статті — визначення пов'язаного зі старінням населення навантаження множинною хронічною патологією як основної проблеми функціонування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини в Україні; аналіз існуючої нормативної бази реформування первинної ланки охорони здоров'я та виділення її проблемних аспектів у контексті адаптації первинної медико-санітарної допомоги, що реформується, до умов демографічного старіння; обґрунтування концептуальних засад реорганізації первинної медичної допомоги з урахуванням збільшення обсягу пов'язаної з демографічним старінням хронічної поліморбідності.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

За різними джерелами, від 45 до 55% осіб у віці 65 років і старше страждають на 5 і більше хронічних станів та хвороб. Ефективне управління хронічними станами вимагає поєднання зусиль медичних фахівців з низки дисциплін для комплексного вирішення потреб літніх пацієнтів. Це становить проблему для організації первинної медико-соціальної допомоги населенню похилого віку, яка традиційно є епізодичною, заснованою на окремих зустрічах з низкою медичних фахівців вузького профілю. Такий епізодичний, фрагментований підхід призводить до поганої комунікації між спеціалістами, що поряд з непослідовністю у підходах і складністю взаємодії є причиною помилок та дублювання. Все це підсилюється низькою здатністю літнього пацієнта ефективно управляти станом свого здоров'я та існуючою хронічною патологією як через складність і множинність самої патології, так і через постійний рух пацієнта від одного спеціаліста до іншого.

Існуюча в Україні система охорони здоров'я людей

похилого віку виявилась неадекватною новим демографічним та соціально-економічним умовам функціонування і не враховує усіх медико-соціальних чинників формування здоров'я цієї категорії населення. Як наслідок, в останні роки набуло сталого характеру зростання поширеності захворювань, інвалідності населення похилого віку, суттєво скоротилась частка літніх людей, які оцінюють своє здоров'я як добре. У той же час первинна медико-санітарна допомога людям похилого віку традиційно забезпечується багатоланковою розпорошеною терапевтичною службою, до якої входять дільничний терапевт, лікар з невідкладної допомоги і профільні спеціалісти. При цьому порушуються принципи безперервності і наступності лікувально-профілактичних заходів. Крім того, не вирішуються проблеми медико-соціальної та психологічної допомоги, що зумовлює зростання медичних потреб на тлі скорочення можливостей системи охорони здоров'я. Вказане свідчить про необхідність істотних організаційних змін у забезпеченні первинної медико-санітарної допомоги населенню похилого віку.

Наразі актуальним є впровадження системи інтегрального, цілісного і особистісного підходу до літньої людини у контексті сім'ї та громади з максимальним досягненням доступності, якості медичної допомоги і ефективності щодо витрат на її надання, що передбачено Основами законодавства України про охорону здоров'я. При цьому удосконалення первинної медико-санітарної допомоги у контексті демографічного старіння повинно базуватись на науково обґрунтованих інноваційних моделях та принципово оновлених схемах організації і управління. Проте до цього часу проекти переходу на засади сімейної медицини, що пропонуються для впровадження, не супроводжуються відповідним науковим обґрунтуванням і не адаптовані до особливостей функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах демографічного старіння.

Досвід удосконалення охорони здоров'я багатьох країн свідчить, що впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики, а потім і сімейної медицини, не повинно супроводжуватись різким зламом існуючої системи медичної допомоги населенню похилого віку, а органічно поєднуватись з нею. Адже з поступовим переходом до надання допомоги на первинному рівні одним фахівцем загальної практики можуть виникнути проблеми з забезпеченням необхідної комплексності медичного обслуговування населення похилого віку з характерною для цього контингенту поліморбідністю.

Основними пов'язаними з демографічним старінням чинниками підвищеного тиску на систему первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики або сімейної медицини можуть стати: 1) підвищення потреби у медичному обслуговуванні з боку літніх пацієнтів з множинною хронічною патологією, що призведе до збільшення людино-годин, необхідних для задоволення цих потреб; 2) складність управління хронічними станами літніх пацієнтів як у зв'язку із віком, так і з специфікою комплексу хронічної патології, що вимагає мультидисциплінарного підходу, а отже можливості оперативного залучення команди фахівців та більш глибокої універсалізації професійної підготовки



Рис. 1. Модель менеджменту хронічних хвороб Вагнера та ін. [11]

лікарів загальної практики; 3) незбалансованість професійного і сімейного життя для фахівців сімейної медицини, більшість з яких становлять жінки, а отже, перспективна плінність кадрів і нестабільність кадрового забезпечення; 4) необізнаність літніх пацієнтів у питаннях самопомоги та самоведенні хронічних станів, включаючи некомпетентність у питаннях ефективного використання доступної медичної допомоги, що врешті призводить до формалізації зв'язків між сімейним лікарем та домогосподарствами та знижує ефективність їх взаємодії.

Все це разом може стати причиною обмеження доступності первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики або сімейної медицини для домогосподарств у разі виникнення потреби у медичній допомозі. У свою чергу, невирішеність проблем якості та доступності первинної медико-санітарної допомоги через пов'язане зі старінням населення перевантаження цієї ланки охорони здоров'я може негативно відбитись на функціонуванні вторинної і третинної ланок.

Аналіз існуючої нормативної бази реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні дає підстави стверджувати, що на перших етапах контекст реформи цієї ланки охорони здоров'я не забезпечує її адаптацію до умов старіння населення. Зокрема, у жодному законодавчому акті щодо впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики або сімейної медицини населення похилого віку не виділяється як контингент з особливими потребами щодо здоров'я. Рекомендації з розрахунків нормативів навантаження не містять жодних вказівок щодо віко-детермінованого обсягу потреб у медичному обслуговуванні. Не проводиться диференціація між медичною допомогою, що надається літньому населенню у межах первинної ланки системи охорони здоров'я, та медичним обслуговуванням у мережі територіальних центрів соціальної допомоги. Не передбачається створення дієвої системи профілактичної освіти населення, зокрема щодо самопомоги та самоведення хронічних станів, включаючи підвищення його компетентності у

питаннях ефективного використання доступної медичної допомоги. Не планується формування територіальних клінічних інформаційних систем, які б забезпечували ефективну комунікацію між фахівцями мультидисциплінарної команди та послідовність у лікуванні комплексної хронічної патології у межах первинної медико-санітарної допомоги. Не врахована необхідність нормативного механізму взаємодії формальної медичної служби з системою неформальної підтримки літніх хворих на рівні громади і сім'ї.

У відомій моделі лікування хронічних хвороб Вагнера [11], прийнятій ВООЗ у якості рамкової для інновацій у сфері менеджменту хронічних станів та хвороб [12], функціональний і клінічний результат отримується від взаємодії чотирьох ключових акторів: (1) громади з її ресурсами та політичними пріоритетами; (2) системи охорони здоров'я, яка організаційно забезпечує підтримку самопомоги та самоведення хронічних станів, планування і реалізацію надання медичних послуг та формування клінічної інформаційної системи з підтримкою прийняття клінічних рішень; (3) спеціально підготовленої мультидисциплінарної команди, яка продуктивно взаємодіє з (4) інформованим і готовим до співпраці пацієнтом (рис. 1).

Виходячи з цієї моделі, концептуальні засади реорганізації первинної медичної допомоги у контексті пов'язаного з демографічним старінням навантаження цієї ланки охорони здоров'я хронічною поліморбідністю, включають широке коло специфічних нормативно-правових та організаційно-функціональних аспектів (рис. 2).

Процес реформування охорони здоров'я в Україні передбачає передусім реорганізацію системи надання первинної медичної допомоги, реструктуризацію її фінансування та перерозподіл відповідальності. Пов'язане з демографічним старінням зростання потреби у лікуванні хронічних хвороб вимагає забезпечення на рівні первинної медичної допомоги максимальної інтеграції та координації діяльності усіх провайдерів у процесі планування, розробки і впровадження охороноздоровчих програм (наприклад, через загальні стандарти і інструкції, а також спільні механізми планування та оцінки наданих послуг), а також у наданні медичних послуг інших рівнів, які забезпечують профілактику і лікування хронічних хвороб (таких, наприклад, як санітарна просвіта або створення груп підтримки). Цей процес може бути полегшений ширшим представленням провайдерів первинної медичної допомоги у органах управління, їх участю у громадській власності та розширенням сфери діяльності. Інтеграція закладів первинної ланки охорони здоров'я (як державно фінансованих, так і приватних) створює передумови для спільної організації надання найбільш споживаних медичних послуг, а також створення ефективної мультидисциплінарної команди з надання первинної медико-санітарної допомоги у профілактиці та лікуванні хронічних хвороб.

Мультидисциплінарна команда за Вагнером є колективом медичних фахівців різних спеціальностей, які пов'язані між собою наданням медичного обслуговування певній групі пацієнтів на довгостроковій основі. Такий колектив формується і функціонує на засадах традиційного менеджменту: ефективного лідерства, спільних цілей і відповідальності, чіткого визначення ролей, кооперації і комплементарності. Ефективне функціонування такого колективу забезпечується як поглибленням кваліфікації його членів у власній спеціальності, так і засвоєнням певних навичок з інших медичних спеціальностей. Такі команди забезпечують найбільш ефективний менеджмент хронічних станів за умов поліморбідності літніх пацієнтів та здійснення профілактики загострення хронічних хвороб через попереджувальні втручання (переважно у зміні поведінки хворого).

Хворі на тривалі хронічні стани потребують спеціальних знань та навичок для управління власним станом та ефективною взаємодії з закладами охорони здоров'я на доказовій основі щодо їх лікування. Це має бути забезпечено шляхом створення мережі санітарної освіти всього населення та окремих цільових груп, інтегрованої у діяльність осередків надання первинної медичної допомоги і оцінюваної як невід'ємна складова цієї діяльності.

Доступна, безпечна і повна клінічна інформація, спільне використання та обмін якою як між професіоналами первинної охорони здоров'я, так і між первинною охороною здоров'я та закладами вищих рівнів охорони здоров'я забезпечує:

- поліпшення безпеки і якості лікування, що надається під час медичного обслуговування, та покращення результатів лікування через підтримку клінічних рішень і розширення комунікації між медичними професіоналами;

- поліпшення індивідуального лікування пацієнта через постійне вдосконалення діагностичної точності та адекватності лікування;

- розширення доступу пацієнта до ефективною охорони здоров'я через руйнування часових, просторових, організаційних та функціональних бар'єрів;

- поглиблення комунікації з медичними професіоналами і санітарної освіти пацієнтів та їх піклувальників, а також забезпечення свідомої участі пацієнта в ухваленні рішень стосовно його лікування;

- ідентифікацію особистих освітніх потреб медичних фахівців у професійному і міжпрофесійному розвитку, інформаційну підтримку наукових досліджень та розробки і впровадження місцевої, регіональної та національної політики у сфері охорони здоров'я.

Електронні інформаційні системи є основою забезпечення ефективності охорони здоров'я 21-го століття. Хоча майже всі лікарі загальної практики користуються комп'ютерами у своїй клінічній діяльності, відсутність впорядкованої у правовому і методичному відношенні



Рис. 2. Концептуальна схема реорганізації первинної медичної допомоги з урахуванням збільшення обсягу пов'язаної з демографічним старінням хронічної поліморбідності

клінічної інформаційної системи робить їх незброєними за необхідності прийняття відповідних до правових та методичних вимог клінічних рішень. Приватним практикуючим фахівцям необхідні безпечні стандарти лікування "відповідно меті", засновані на офіційній інформації. Усім практикуючим фахівцям потрібне доступне джерело нормативно і клінічно безпечних порад і вказівок. Врешті, усі — і пацієнти, і лікарі — заслуговують на доступ до вірогідної охороноздоровчої інформації. Така інформація має бути придатною для використання при розробці інструкцій та методичних рекомендацій, клінічного аудиту і контролю ефективності діяльності лікувально-профілактичних закладів різних рівнів. Необхідними передумовами ефективності електронних інформаційних систем є їх структурна та функціональна сумісність та швидкість і необмеженість доступу. Безпечність і оперативність обміну інформацією між первинною та іншими ланками системи охорони здоров'я є пріоритетом.

Використання офіційної інформації для підтримки прийняття клінічних рішень на усіх рівнях медичної допомоги є важливою передумовою гарантування послідовності цієї допомоги та її спрямованості на досягнення позитивних результатів лікування. Це є основою забезпечення узгодженості медичного обслуговування пацієнтів на первинному рівні надання медичної допомоги з таким обслуговуванням у загальних та спеціалізованих стаціонарах. Прийняття рішень має також підтримуватись персоналізованою загальною та клінічною інформацією про пацієнта, яка є зіставною з інтегрованою електронною інформаційною системою і може використовуватись при визначенні обсягу і специфіки потрібної медичної допомоги.

При тому, що органи місцевого самоврядування, неурядові і громадські організації дуже активно залучаються до забезпечення медичного обслуговування літніх хворих, зв'язок їх діяльності у цьому напрямі з

діяльністю закладів формальної системи охорони здоров'я залишається дуже слабким. У той же час співпраця з неформальним сектором потенційно дуже корисна у забезпеченні послуг з профілактики та лікування хронічних хвороб, які відповідають потребам конкретних громад та специфічних груп населення (як от населення похилого віку). Правова та організаційна формалізація цієї співпраці краще за все досягається на первинному рівні надання медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

В умовах демографічного старіння ефективність і доступність первинної медико-санітарної допомоги можуть бути забезпечені лише комплексним і системним підходом до реформування цієї галузі у контексті подолання пов'язаного зі старінням навантаження даної ланки охорони здоров'я хронічною поліморбідністю. Такий підхід передбачає, зокрема, реорганізацію системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах мультидисциплінарності та взаємодоповнюваності діяльності окремих закладів ПМСД, їх тісної взаємодії з медичними сервісами, існуючими у громаді, забезпечення функціонування єдиної клінічної інформаційної системи та постійного необмеженого доступу до неї кожного закладу ПМСД для забезпечення прийняття нормативно, методично і клінічно узгоджених рішень, а також створення ефективної системи освіти населення щодо самопомоги та само ведення хронічних станів.

У цьому сенсі завданнями реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні є:

— нормативне забезпечення фінансування первинної ланки охорони здоров'я з урахуванням частки населення похилого віку та потреб закладів ПМСД у подоланні навантаження хронічною множинною захворюваністю;

— нормативне та організаційно-функціональне забезпечення доступу пацієнтів та їх піклувальників до мультидисциплінарної профілактики і лікування хронічних хвороб на первинному рівні медико-санітарної допомоги;

— організаційно-функціональне та регуляторне забезпечення розширення кадрового потенціалу первинної медичної допомоги за рахунок підвищення кваліфікації існуючих та підготовки нових медичних фахівців з взаємодоповнюючими навичками для роботи в команді, впровадження нових медичних спеціальностей, як-от асистент лікаря загальної практики або сімейного лікаря тощо;

— нормативне та організаційно-функціональне забезпечення інтеграції діяльності закладів ПМСД з системою медичних послуг, що надаються у громаді;

— нормативне та фінансове забезпечення створення і функціонування постійного оновлюваних національної та регіональних клінічних інформаційних систем, призначених для прийняття нормативно, методично і клінічно узгоджених рішень на первинному рівні надання медико-санітарної допомоги;

— нормативне та організаційно-функціональне забезпечення моніторингу ключового набору показників результативності, що стосуються функцій і досяжних результатів у лікуванні хронічних хвороб у первинній ланці охорони здоров'я.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Важливими аспектами функціонування первинної медико-санітарної допомоги в умовах демографічного старіння, що залишаються невивченими, є визначення кількісних і якісних показників поточного та майбутнього навантаження системи ПМСД, пов'язаною зі старінням населення комплексною хронічною захворюваністю, а також пошук шляхів підвищення ефективності діяльності закладів ПМСД у подоланні такої захворюваності.

Література:

1. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформ системи охорони здоров'я в Україні / В.М. Рудий. — К.: Сфера, 2005. — 271 с.

2. Матеріали першого з'їзду сімейних лікарів, м. Львів, 7—9 листопада 2001 р. / М-во охорони здоров'я. — К.: МОЗ України, 2001. — 244 с.

3. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 20 червня 2000 р. / Кабінет Міністрів України. — Режим доступу: http://medguru.ua/documents/view_item/428/pro_kompleksni_zahodi_shodo_vprovadzhenja_simeinoi_medycini_v_sistemu_ohoroni_zdorovja

4. Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Електронний ресурс: Наказ М-ва охорони здоров'я України від 11 верес. 2000 р. № 214/МОЗ України. — Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>

5. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини. Електронний ресурс: Наказ М-ва охорони здоров'я України від 11 верес. 2000 р. № 214/МОЗ України. — Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>

6. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № від р. / Верховна Рада України // Відом. Верховної Ради України. — 1993. — № 4. — Ст. 19.

7. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: Закон України № 1841-IV від 22 січня 2010 р. / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2010. — № 13. — Ст. 126.

8. Джафарова Д. Економічні механізми державного регулювання при впровадженні сімейної медицини / Д. Джафарова // Актуальні проблеми державного управління. — О., 2003. — Вип. 4 (16). — С. 308—316.

9. Латишев Є.Є. Формування системи сімейної медицини в Україні: моногр. / Є.Є. Латишев. — К.: Сфера, 2005. — 176 с.

10. Рожкова І.В. Децентралізація управління охороною здоров'я на місцевому рівні: моногр. / І.В. Рожкова, І.М. Солоненко. — К.: Фенікс, 2008. — 160 с.

11. Wagner E. Organizing care for patients with chronic illness / E. Wagner, B. Austin, M. Von Korff // Millbank Q. — 1996. — № 74. — P. 511—544.

12. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action / World Health Organization. — Geneva: World Health Organization, 2002. — Global report.

Стаття надійшла до редакції 09.08.2011 р.