

Доцільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи надання медичної допомоги та переходу до практики сімейного обслуговування населення

В.О. Сірик

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

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.

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

Мета 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 завдання:

1. Надання кваліфікованої і спеціалізованої допомоги населенню, обслуговування у поліклініці і вдома.
2. Проведення комплексу профілактичних заходів серед населення, які спрямовані на зниження інвалідизації, захворюваності та смертності.
3. Організація та проведення диспансеризації хворих та декретованих верств населення.
4. Санітарно-гігієнічна просвіта, пропаганда здорового способу життя.

Проблеми реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню турбують усю 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 тис. населення наша медицина перевищує показники провідних країн світу. При цьому мало звертали увагу на якість надання медичної допомоги. Адже в ідеалі хвороби простіше, та й дешевше, попередити, ніж лікувати. Тому об'єктивною необхідністю стало перенесення основного акценту в роботі системи охорони здоров'я на поліклініку, на 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 містить роз-

ширення бази знань у сфері первинної допомоги, розроблення 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 усіх лікарів кількість 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 лікарів, а всі інші є лікарями-фахівцями; на одного лікаря загальної практики припадає від 850 (Австралія) і 975 (Іспанія) жителів до 2430 (Швеція). Кількість годин роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) за тиждень коливається від 25 год у Франції до 57 год у Японії. За кількістю консультацій за одну годину прийому найактивніше лікарі загальної поліклініки працюють у Японії – 5,7, а найменше – у 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, ввести певну спеціалізацію у медичну практику);
- центри здоров'я (скандинавська модель) – це амбулаторія загальної практики, іноді зі 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. Фіксовану заробітну плату використовують в Україні, а також в Росії, Норвегії й 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 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, затверджує джерело 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 цілу низку 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 поширення 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 розроблення 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 становити ліву частку діяльності лікаря.

3. Необхідно, за 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. Увести найоптимальніший метод оплати праці сімейному лікареві залежно від кількості прикріплених до нього пацієнтів (оплата на душу населення), а для цього необхідно:

- увести систему обов'язкового медичного страхування;
- кожному лікарю загальної практики у сільській місцевості дозволити використовувати особистий транспорт з компенсацією витрат на паливе і зв'язок;
- 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 вибір буде за пацієнтом;
- радикально змінити систему навчання сімейних лікарів в інтернатурі з уведенням 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 обліково-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, Великій Британії 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», у медичних університетах відкриті кафедри і факультети сімейної медицини, які здійснюють підготовку і підвищують кваліфікації сімейних лікарів, у тому числі й дистанційно. Але 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.

Висновки

1. Лікар загальної практики відповідно до кваліфікаційних вимог, що пред'являються до цієї спеціальності Міністерством охорони здоров'я України, самостійно забезпечує 86,8% об'єму амбулаторних медичних послуг, гарантованого державою і визначеного Програмою державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги.

2. Медичний ефект первинної медико-санітарної допомоги, що надають лікарі загальної практики, у порівнянні з поліклініками характеризується меншою кількістю загострень хронічних захворювань, меншою частотою викликів швидкої допомоги, нижчим рівнем госпітальної захворюваності зі зниженням вартості одного випадку госпіталізації, що дозволяє економити кошти госпітального фонду і знизувати витрати на швидку допомогу.

3. Організація роботи за принципом загальної лікарської практики дозволяє медичній установі отримувати вищий дохід з розрахунку на відвідування у порівнянні з поліклінічною, а значить, мати можливість використовувати більше грошей безпосередньо на надання медичної допомоги у вигляді витрат на медикаменти, м'який інвентар і витратні матеріали, що сприяє підвищенню рівня медичних послуг.

Перспектива подальших досліджень. Розроблення і впровадження моделі надання медичної допомоги та забезпечення маршруту пацієнта сімейним лікарем при різних найпоширеніших клінічних станах та захворюваннях.

Целесообразность реформирования амбулаторно-поликлинической системы предоставления медицинской помощи и перехода к практике семейного обслуживания населения
В.О. Сирик

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.

Feasibility of reforming out-patient system and transition to the practice of family service
V.O. Sirik

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.

Сведения об авторе

Сирик Виктория Олеговна – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Т.Г. Шевченко, 13; тел.: (044) 434-36-80

СПИСОК 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., 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., Семашко Н.А. – основоположник профилактического направления в отечественном здравоохранении // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2007. – 1. – С. 3–10.
4. Склярів Є.Я., Мартинюк І.О., Лемішко Б.Б. та ін. Поліклінічна справа і сімейний лікар. – Київ, 2003.
5. Семейная медицина / За ред. проф. В.Б. Гоцинського, Є.М. Стародуба. – Тернопіль: ТДМУ. – 2005.
6. Організаційні основи сімейної медицини. – Т. 1 / За ред. проф. О.М. Гиріної та чл.-кор. В.Ф. Москаленка, 2007.

Статья поступила в редакцию 16.06.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ЧРЕЗМЕРНАЯ ЗАЩИТА МЛАДЕНЦЕВ ОТ БАКТЕРИЙ ВРЕДНА ДЛЯ ИХ ИММУНИТЕТА

Ученые из Королевского колледжа акушеров (Великобритания) рекомендуют новоиспеченным родителям пользоваться для мытья новорожденных обычным мылом и водой, а не антибактериальными гелями и салфетками. Об этом пишет The Telegraph.

Ряд исследований показал, что если слишком усердно защищать детей от бактерий, то вероятность развития уже во взрослом возрасте аллергий, астмы и других аутоиммунных заболеваний значительно увеличивается. Кроме того, согласно новому исследованию, первые две недели жизни - это решающее "окно развития", когда контакт с

бактериями младенцу просто необходим для развития иммунной системы и правильной ее работы.

Конечно, родителям следует внимательно следить за гигиеной малыша, однако делать это нужно с умом и использовать мыло и воду, а не разрекламированные антибактериальные средства, мешающие развиваться природному иммунитету ребенка.

Более ранние исследования с участием детей из одной семьи показали, что если старшие росли на ферме или рано попадали в детский сад, а младшие оказывались в более стерильных условиях,

то у первых реже появлялись аллергии, чем у вторых.

Напомним, что ранее специалисты из Центра аллергии и астмы Университета штата Виргиния (США) выяснили, что, в случае если у ребенка нет выраженной аллергии на кошек, присутствие в доме кошки способствует развитию иммунной реакции, которая препятствует развитию астмы. В организме ребенка вырабатываются антитела, которые защищают его от "кошачьих" аллергенов, а вместе с тем и от астмы.

С. Лахути
Источник:

<http://www.vokrugsveta.ru/>