

Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні

В.І. Ткаченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті представлений історичний нарис 50-річного розвитку сімейної медицини в світі та 25-річного впровадження сімейної медицини в Україні, наведена хронологічна динаміка змін нормативно-правової бази реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини в Україні, сучасні проблеми впровадження та шляхи їхнього вирішення.

Ключові слова: впровадження сімейної медицини, Україна, історичний нарис, нормативно-правова база.

Розвиток сімейної медицини у світі. Зародки сімейної медицини у світі фіксують з V–X ст. нашої ери, коли виникла лікарська діяльність, подібна до роботи лікаря загальної практики–сімейного лікаря (ЗПСЛ). У подальшому надання медичної допомоги в XI–XIX ст. здійснювалось переважно особистими, сімейними, приватно практикуючими лікарями. З 1864 року в Росії після введення земського самоврядування почалась діяльність земських лікарів, які є прототипом сучасного лікаря ЗПСЛ. У кінці XIX ст. та початку XX ст. в Росії та надалі у республіках Радянського Союзу відбувався процес розвитку спеціалізації в медицині, в перші десятиріччя існування Радянського Союзу було обрано шлях розвитку системи охорони здоров'я за багаторівневою системою М.О. Семашко, ідея якої – наблизити різнопрофільних спеціалістів до населення. Недоліками цієї системи стало нівелювання ролі дільничного терапевта як координатора медичної допомоги, безвідповідальність лікарів-спеціалістів за здоров'я пацієнта та населення в цілому, значні витрати системи охорони здоров'я [1–3].

У країнах світу на той час системи охорони здоров'я були побудовані за різними моделями, найбільш відомі з них – система Бевериджа, система Бісмарка, приватна система охорони здоров'я. У 60–70-х роках XX ст. у країнах світу почався перехід до моделей системи охорони здоров'я, заснованих на принципах ЗПСМ [3].

У 1972 році була створена Всесвітня асоціація сімейних лікарів WONCA, яка об'єднала 8 країн-учасників, що мали системи охорони здоров'я з пріоритетом на розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) і сімейної медицини. У 1978 році відбулась Алма-Атинська конференція, резолюцією якої стало затвердження декларації щодо визначення ролі і розвитку ПМД. Після цього ВООЗ затвердила Алма-Атинську декларацію (1979), визначила глобальну стратегію досягнення здоров'я для всіх за допомогою ПМД у світі (1981). Відтоді у більшості країн світу розпочався активний перехід систем охорони здоров'я з орієнтацією на ПМД та розвиток ЗПСМ. У 1996 році на конференції ВООЗ у Люблянці була проголошена «орієнтація на ПМД», підготовлений проект Хартії ЗПСМ, у 1998 р. прийнята Всесвітня декларація ВООЗ з охорони здоров'я населення, заснована на зміцненні і розвитку ПМД, та запроваджено Програму ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI ст.», суть якої до 2010 року забезпечити кращий доступ до ПМД населенню Європейського регіону [1, 4–9].

У більшості держав світу на первинну медико-санітарну допомогу припадає до 90% загального обсягу медичних послуг, а питома вага чисельності лікарів ЗПСМ серед лікарів

Питома вага лікарів ЗПСМ в деяких країнах (ВООЗ, 2012 рік)

Країна	Питома вага лікарів ЗПСМ, %
<i>Країни Північної Америки</i>	
США	39,2
Канада	67
<i>Європейський регіон</i>	
Португалія	51,1
Франція	50,44
Албанія	43,37
Бельгія	38,19
Туреччина	33,2
Румунія	28,6
Грузія	22,9
Італія	18,5
Молдова	18,5
Німеччина	17,2
Україна	7,3

галузі охорони здоров'я становить 30–50% [7]. У цілому у країнах Європейського Союзу співвідношення лікарів ЗПСМ до лікарів інших спеціальностей приблизно 50:50 (таблиця).

За визначенням Європейської асоціації сімейної медицини (European Wonca, 2002, 2005) «загальна практика–сімейна медицина – це академічна і наукова дисципліна з своєю власною метою, завданнями, методами дослідження, доказовою базою і клінічною діяльністю. Сімейна медицина – це окрема дисципліна, а не сукупність частин інших дисциплін, тому їй необхідна своя наукова база. Наукові дослідження – це невід'ємна частина будь-якої наукової дисципліни, і саме тому вони є також і частиною сімейної медицини» [6, 9].

Європейською асоціацією сімейної медицини European Wonca розроблені компетенції і кваліфікаційні характеристики сімейного лікаря (за European Wonca, 2002, 2005, 2011), які представлені у вигляді дерева, що спирається на три основні корені – науку, оснащення (контекст) та безперервне навчання лікаря (відношення до спеціальності) (малюнок).

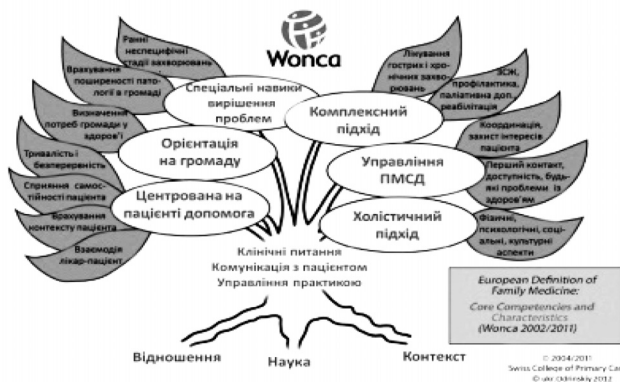
Компетенції сімейного лікаря (за European Wonca, 2002, 2005, 2011):

1. Управління первинною допомогою
2. Пацієнт-центрована допомога (орієнтована на індивідуума, його/її сім'ю, тривала безперервна допомога)
3. Вирішення специфічних проблем (як з гострими, так і хронічними проблемами здоров'я на всіх стадіях, широкий спектр скарг і хвороб, супутні захворювання)
4. Всебічний підхід (профілактика, лікування, догляд і паліативна допомога)
5. Орієнтація на суспільство (відповідальність за здоров'я суспільства)
6. Цілісний підхід (проблеми здоров'я в їхніх біомедичних, психологічних, соціальних, культуральних аспектах).

Кваліфікаційні характеристики ЗПСМ (за European Wonca, 2002, 2005, 2011):

1. Доступна для всього населення первинна медична допомога
2. Забезпечує ефективне використання ресурсів всієї системи охорони здоров'я
3. Надає індивідуальну допомогу пацієнту, але з урахуванням особливостей сімейного і соціального оточення
4. Має унікальну можливість консультування всіх членів родини незалежно від віку, досліджує стан здоров'я сім'ї у декількох поколіннях. Базується на ефективних взаємодовірчих стосунках між лікарем і родиною
5. Відповідає за послідовність та наступність медичної допомоги згідно з потребами пацієнта
6. Має власний своєрідний тип клінічного мислення та шлях прийняття рішень, який визначається статистичними та епідеміологічними показниками здоров'я і захворюваності
7. Вирішує проблеми захворювань на доклінічній, часто недиференційованій стадії
8. Вирішує проблеми як гострих, так і хронічних захворювань
9. Навчає здорового способу життя
10. Несе відповідальність за якість та ефективність наданої допомоги як перед особою, так і перед суспільством
11. Вирішує проблеми здоров'я в їхньому фізичному, психологічному, соціальному, культурологічному та екзистенціальному визначеннях
12. Взаємодія лікар–пацієнт.

Багаточисельні дослідження ефективності запровадження сімейної медицини у Європейських країнах, країнах Північної Америки та Російській Федерації продемонстрували не тільки медико-соціальну ефективність (за найбільш поширеними 14 індикаторами якості, серед яких зменшення смертності немовлят, збільшення тривалості життя в середньому до 30 років то-



Компетенції та характеристики сімейного лікаря (за European Wonca, 2002, 2005, 2011)

що), а й зменшення витрат системи охорони здоров'я та зростання економічної ефективності даної системи охорони здоров'я. За рахунок значного покращання психологічного контакту між пацієнтом та сімейним лікарем зменшується кількість необґрунтованих викликів лікарів на 30–40%, екстрених викликів та звернень по невідкладну допомогу на 50%, відвідування спеціалістів на 30%. Вважається, що сімейний лікар може вирішити до 80–90% проблем здоров'я, з якими пацієнт звертається до системи охорони здоров'я. Здійснюючи пацієнт-орієнтовану тривалу комплексну допомогу, з відповідальністю перед населенням сімейний лікар, виконуючи функції «воротаря», забезпечує покращання стану здоров'я прикріпленого населення, зменшення випадків госпіталізації з приводу неінфекційних хронічних захворювань та їхніх ускладнень, сприяє уникненню проведення необґрунтованих високо-вартісних обстежень та консультацій, що приводить до зменшення витрат системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим ВООЗ видано звіти щодо стану охорони здоров'я в світі – у 2008 році «Первинна медична допомога. Сьогодні актуальніше ніж, коли-небудь» та у 2010 році «Фінансування систем охорони здоров'я. Шлях до всеоб'ємлюючого забезпечення населення первинною медико-санітарною допомогою», в яких зазначено про позитивний досвід впровадження сімейної медицини в світі і подальші кроки, проблеми і шляхи їхнього вирішення та перспективи розвитку і впровадження сімейної медицини задля забезпечення якісної і ефективної допомоги населенню [8–11].

Історія розвитку сімейної медицини в Україні. В Україні прийнято вважати початок розвитку ЗПСМ в сучасному її розумінні з 1987–1988 років, коли було запроваджено регіональний експеримент у Львові, розроблені моделі поступового переходу терапевтів і педіатрів від дільничного до сімейного принципу обслуговування. Великий внесок у започаткування сімейної медицини в Україні та запровадження сімейної медицини на Львівщині зроблено колективом ентузіастів під керівництвом проф. Є.Х. Заремби. У 1992 році Основами законодавства України про охорону здоров'я, прийнятими Верховною Радою, визначено пріоритетний розвиток ПМД. З тих пір почала розвиватися нормативна база для широкого впровадження ПМД в Україні, продовжило впровадження сімейної медицини у м. Комсомольськ, м. Вознесенськ, Запорізькій, Хмельницькій, Харківській областях та інших регіонах. Виникла потреба у підготовці кадрів ЗПСМ, створення кафедр сімейної медицини, громадської організації та розвитку нової лікарської спеціальності – «загальна практика–сімейна медицина». Так, у 1995 році змінено назву кафедри терапії на кафедру терапії з курсом сімейної медицини у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького, створено асоціацію сімейних лікарів Львівщини [12]. У 1996 році почали створюватися кафедри сімейної медицини в медичних вишах України. Першою була створена кафедра сімейної медицини в

Національній медичній академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, яку очолює проф. Г.І. Лисенко. Сумісними зусиллями проф. Є.Х. Заремби та проф. Г.І. Лисенка у 1997 році засновано Українську асоціацію сімейної медицини, яка у 1999 році стала членом Всесвітньої асоціації сімейних лікарів WONCA та територіально увійшла до Європейського регіону. Першим президентом Української асоціації сімейної медицини став проф. Г.І. Лисенко. З тих пір основні історичні події розвитку сімейної медицини відбувались на Київщині і за його сприяння. На сьогодні проф. Г.І. Лисенка (02.07.1947 – 09.10.2013) прийнято вважати засновником сімейної медицини в Україні. За його сприяння в Україні створено перший фаховий науково-практичний журнал «Сімейна медицина» (1999 р.), головним редактором якого був проф. Г.І. Лисенко; у 2005 році створено перший в Україні факультет «Загальна практика–сімейна медицина» в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, деканом якого було обрано проф. Г.І. Лисенка. Факультет наприкінці 2009 року був реорганізований в Інститут сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, першим директором якого обрано проф. Г.І. Лисенка. За наказом МОЗ України від 07.06.2010 № 466 на Інститут покладено здійснення таких функцій: організація та впровадження якісної та ефективної системи підготовки, координація наукових досліджень у галузі сімейної медицини, участь у здійсненні науково-методичного супроводу впровадження сімейної медицини в первинну ланку охорони здоров'я України та у формуванні стратегічних напрямків її розвитку. За сприяння проф. Г.І. Лисенка в Україні була затверджена академічна спеціальність «Загальна практика–сімейна медицина» та вперше в Україні у 2010 році відкрито нову наукову спеціальність «Загальна практика–сімейна медицина» (14.01.38), що була затверджена наказом ВАК України від 29 квітня 2010 р. № 237, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України за № 315/17610 від 5 травня 2010 р., і рішенням ДАК України було відкрито вперше спеціалізовану вчену раду Д 26.613.06 із захисту докторських і кандидатських дисертацій зі спеціальностей 14.01.02 – внутрішні хвороби, 14.01.38 – загальна практика–сімейна медицина при НМАПО імені П.Л. Шупика, головою ради призначено проф. Г.І. Лисенка, який створив одну з найпотужніших наукових шкіл з сімейної медицини в Україні. Їм'я і наукові досягнення проф. Г.І. Лисенка широко відомі та цінуються в Україні і за кордоном.

Основні етапи розвитку сімейної медицини в Україні:

- 1987 р. – затвердження МОЗ України регіонального експерименту у Львові: розроблення тимчасових нормативних документів, першої кваліфікаційної характеристики, функціональних обов'язків сімейних лікарів, моделей поступового переходу терапевтів і педіатрів від дільничного до сімейного принципу обслуговування.
- 1991 р., м. Львів – перехід до підготовки лікарів загальної практики з числа випускників інститутів у 3-річній інтернатурі.
- 1992 р., МОЗ України – затвердження учбового плану і програми спеціалізації (інтернатури) випускників за спеціальністю «лікар загальної практики».
- 1992 р., м. Дрогобич – відкриття першої в Україні амбулаторії сімейної медицини.
- 1994 р., МОЗ України – затвердження кваліфікаційної характеристики лікаря за спеціальністю «Сімейна медицина».
- 1995 р., МОЗ України – затвердження посади «лікар загальної практики–сімейний лікар».
- 1995 р., МОЗ України – затвердження навчального плану та програми циклу спеціалізації з сімейної медицини.
- 1995 р. – кафедру терапії у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького реорганізовано на кафедру терапії з курсом сімейної медицини.
- 1996 р., Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика – відкриття першої кафедри

сімейної медицини шляхом реорганізації кафедри терапії №1 (18 грудня 1996 р.) і з 2001 р. кафедри сімейної медицини існують у 17 медичних вишах України.

- 1997 р., МОЗ України – включення до номенклатури лікарських спеціальностей спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина».
- 1997 р. – створення Української асоціації сімейної медицини.
- 1999 р. – починає видаватися науково-практичний журнал «Сімейна медицина».
- 2004 р. – експеримент в м. Комсомольськ Полтавської області зі створення сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню з пріоритетним впровадженням сімейної медицини (наказ МОЗ від 16.01.2004 № 16).
- 2004 р. – експеримент з міжнародною участю щодо впровадження сучасної моделі сімейної медицини в Автономній Республіці Крим, Запорізькій та Хмельницькій областях (наказ МОЗ від 06.07.2004 № 338).
- 2005 р., Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика – створення першого факультету «Загальна практика–сімейна медицина».
- 2009 р. – створення у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика Інституту сімейної медицини.
- 2011 р. – впровадження реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини у пілотних регіонах – Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві.

Нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні.

Суттєвого розвитку ЗПСМ в Україні стала набувати з 2000 року, коли відповідно до документів ВООЗ була прийнята Концепція розвитку охорони здоров'я в Україні, в якій серед провідних заходів з реформування галузі було зазначено організацію ПМД за сімейним принципом (Указ Президента від 07.12.2000 №1313/2000) та Постановою Кабінету Міністрів від 20.06.2000 № 989 затверджено комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини. Відповідно до цього МОЗ видано низку наказів, які регламентують процеси перетворень у системі ПМД, різні аспекти організації роботи первинної ланки на засадах сімейної медицини, затверджено документацію, кваліфікаційні характеристики і положення про лікаря ЗПСЛ та медичну сестру ЗПСМ, а саме:

- 11.09.2000 № 214 про затвердження плану поетапного переходу до організації ПМСД на засадах сімейної медицини.
- 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», яким затверджено нормативи навантаження та розрахункові норми обслуговування населення для лікарів ЗПСМ.
- 29.12.2000 № 372 «Про внесення доповнень до переліку закладів охорони здоров'я», яким доповнено номенклатуру закладів охорони здоров'я амбулаторією ЗПСМ.
- 01.02.2001 № 39 «Про внесення доповнень до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників» (внесено спеціальність «медична сестра загальної практики–сімейної медицини»).
- 23.02.2001 № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини»:
 - Примірне положення про лікаря ЗПСМ,
 - Примірне положення про медичну сестру ЗПСМ,
 - Примірне положення про відділення ЗПСМ,
 - Примірне положення про денний стаціонар,
 - Примірне положення про стаціонар вдома,
 - Кваліфікаційна характеристика лікаря зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина».
 - Кваліфікаційна характеристика медичної сестри зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина».
- 12.07.2001 № 283 «Про затвердження медичної облікової

документації щодо діяльності закладів ЗПСМ», яким затверджено медичну облікову документацію (чинний до 2004 року).

- 23.07.2001 № 303 «Про організацію роботи закладів (підрозділів) ЗПСМ», яким затверджено положення про амбулаторію ЗПСМ, таблиць оснащення амбулаторії (відділення) ЗПСМ, обладнання сумок-укладок лікаря ЗПСМ та медсестри ЗПСМ, перелік лікарських засобів для закладів (підрозділів) ЗПСМ.

- 25.06.2001 № 244 «Про проведення моніторингу реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини», який регламентував проведення моніторингу впровадження сімейної медицини (чинний до 2004 року).

- 28.12.2002 № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», яким затверджені нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах.

- 05.05.2003 № 191 «Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю ЗПСМ», яким уніфіковані вимоги до обсягів і якості медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах України, починаючи з 2004 року запроваджено тимчасові нормативи.

- 08.01.2004 № 1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації», яким було затверджено перелік і зразки облікової медичної документації закладу ЗПСМ.

- 01.12.2004 № 588 «Про затвердження облікових статистичних форм».

Надалі розвиток ПМД регламентували: Постанова Кабінету Міністрів від 10 січня 2002 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки», Указ Президента № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.07.06 № 421-р «Про схвалення концепції державної Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р.», Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.07 р. № 815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року» [7].

У рамках виконання цих документів МОЗ було видано низку наказів, серед яких: наказ МОЗ від 20.06.2006 р. № 404 «Про внесення змін до Наказу МОЗ від 22.05.2006 р. № 308 «Про затвердження таблиця оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій ЗПСМ) та підрозділів ПМД лікувально-профілактичних закладів», Наказ МОЗ від 28.12.2006 р. № 915 «Про забезпечення регіонів України автомобілями швидкої медичної допомоги для сільських закладів охорони здоров'я», Наказ МОЗ від 21.12.2006 р. № 848 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 12.07.2006 р. № 468 «Про заходи щодо посилення моніторингу забезпечення населення медичною допомогою та лікарськими засобами» та Наказ МОЗ від 11.05.2007 р. № 237 «Про проведення інвентаризації закладів та підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають населенню первинну медико-санітарну допомогу», коли фактично вперше у незалежній Україні було проведено інвентаризацію первинної ланки медичної допомоги: стану мережі, її матеріального, кадрового і фінансового забезпечення [7].

Правові основи та форми організації первинної медико-санітарної допомоги сьогодні. Відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» державною владою було затверджено Закон України від 7 липня 2011 року № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (Стаття 35-1. Первинна медична допомога) та Закон України від 7 липня 2011 року № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, До-

нецькій областях та місті Києві», які визначили порядок реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини у пілотних регіонах за новою концепцією – зі створенням за зразком європейських країн нових закладів ПМД – центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

Відповідно до даних законів видано наступні накази МОЗ України:

- Наказ МОЗ від 19.08.2011 № 524 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»

- Наказ МОЗ від 20.05.2011 № 301 – внесено доповнення до Переліку закладів охорони здоров'я, затвердженого Наказом МОЗ України від 28.10.2002 № 385 (z0892-02), зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 12.11.2002 за № 892/7180; доповнено новим абзацом такого змісту: «Центр первинної медико-санітарної допомоги»

- Наказ МОЗ від 29.06.2011 № 384 «Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги»

- Наказ МОЗ від 01.09.2011 № 555 «Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»

- Наказ МОЗ від 01.09.2011 № 556 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»

- Наказ МОЗ від 01.09.2011 № 557 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»

- Наказ МОЗ від 05.10.2011 № 646 «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» – Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах, Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги

- Наказ МОЗ від 04.11.2011 № 755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»

- Наказ МОЗ від 04.11.2011 № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації»

- Наказ МОЗ від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги»

- Наказ МОЗ від 23.02.2012 № 129, який згодом було замінено Наказом МОЗ України від 21.08.2014 № 585 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів»

- Наказ МОЗ від 23.02.2012 № 130 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню»

- Наказ МОЗ від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»

- Наказ МОЗ від 23.02.2012 № 132 (замінено Наказом МОЗ від 27.12.2013 № 1115) «Про затвердження Примірного таблиця оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»

- Наказ МОЗ від 28.03.2012 № 214 «Про скорочення форм первинної облікової документації у закладах охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги»

- Наказ МОЗ від 02.11.2012 № 866 «Про оцінку оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги»

- Наказ МОЗ від 11.06.2013 № 494 «Показники, що подають пілотні регіони для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я».

Відповідно до цих наказів активно здійснювалося реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах зі створенням закладів нового зразка – ЦПМСД і проводився контроль та моніторинг реформування з відповідними доповненнями та змінами нормативної бази. Почали набувати актуальності питання підготовки кадрів та обсягу обов'язків сімейних лікарів в Україні, кваліфікаційної характеристики, якості освіти і якості медичної допомоги лікарів ЗПСЛ.

Кваліфікаційна характеристика лікаря ЗПСЛ в Україні.

Перша кваліфікаційна характеристика лікаря за спеціальністю «Сімейна медицина» була створена і затверджена у МОЗ у 1994 році. Наказом МОЗ від 23.02.2001 № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» було затверджено другий варіант Кваліфікаційної характеристики лікаря зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина» та Кваліфікаційну характеристику медичної сестри зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина».

Третій перегляд кваліфікаційної характеристики відбувся у 2012–2013 роках, що знайшло відображення у Наказі МОЗ України від 5 серпня 2013 року № 686 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я».

Відповідно до кваліфікаційної характеристики визначено, що сімейний лікар повинен здійснювати ведення пацієнтів з найбільш поширеними захворюваннями, проводити їхню первинну і вторинну профілактику та моніторинг стану пацієнтів.

Підготовка кадрів ЗПСМ. Перехід до підготовки лікарів загальної практики з числа випускників інститутів у трирічній інтернатурі було розпочато у 1991 році у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького. Це спонукало до розроблення і затвердження першого трирічного навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) випускників за спеціальністю «Лікар загальної практики» (1992, МОЗ України). Надалі було вирішено перейти до дворічної інтернатури (1995) та шестимісячної спеціалізації з метою перепідготовки інших спеціалістів. Підготовка лікарів ЗПСЛ була регламентована Наказом від 19.09.1996 № 291 «Про затвердження положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів».

На сьогодні в Україні існують декілька шляхів підготовки сімейних лікарів, а саме: дворічна інтернатура, програма якої передбачає 50% очного і 50% заочного навчання (типовий навчальний план та програма затвержені МОЗ 15.09.2011 р.); шестимісячні цикли спеціалізації (у тому числі очно-заочні або безперервні); одномісячні цикли ПАЦ, цикли стажування різної тривалості.

Основні проблеми підготовки сімейних лікарів в умовах реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини сьогодні – необхідність в досить короткі терміни відповідно до Наказу МОЗ від 19.08.2011 № 524 «Про затвер-

дження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», а в подальшому – реалізації Закону України від 7 липня 2011 року № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» підготувати близько 30 тис. сімейних лікарів до 01.01.2020 р., щоб забезпечити достатню кількість сімейних лікарів для охоплення доступною первинною медичною допомогою всього населення України (46 млн). Для забезпечення поставленого завдання за вказівкою МОЗ кафедрою сімейної медицини НМАПО були розроблені навчальний план та програма циклу спеціалізації за фахом «ЗПСМ», розрахована на 4 міс очного та 2 міс заочного навчання, за якою відбувається перепідготовка лікарів-терапевтів дільничних та лікарів-педіатрів дільничних, в деяких випадках всупереч бажанню лікаря, за адміністративною вказівкою. У зв'язку з цим існують проблеми недостатньої якості підготовки сімейних лікарів, відсутності достатньої мотивації для обрання цієї спеціальності, відбувається формальна сертифікація терапевтів та педіатрів без отримання необхідної кваліфікації у зв'язку з малою тривалістю навчання. Через це страждає якість навчання та кваліфікація кадрів. Повертаючись на місце роботи, лікарі продовжують працювати за попереднім принципом чи на попередньому місці, що призводить до втрати авторитету та престижу професії сімейного лікаря та охорони здоров'я в цілому. Відсутність наукової спеціальності до 2010 року обмежувала розвиток педагогічних кадрів з науковим ступенем з ЗПСМ, тому викладання здійснювалось комплексно викладачами вузькоспеціалізованих кафедр та кафедр сімейної медицини, створених на базі кафедр терапії, але, за положеннями WONCA, сімейного лікаря повинен готувати тільки сімейний лікар, оскільки тільки він має можливість привити любов до спеціальності і передати всі її особливості і навички. Іншою проблемою підготовки лікарів ЗПСЛ була недостатня ефективність на заочних базах стажування, що почало вирішуватися з 2012 року – Наказ МОЗ від 30.10.2013 № 236-адм «Примірний перелік питань для перевірки організації роботи баз стажування лікарів-інтернів».

Вирішення проблеми покращення якості навчання можна продовженням терміну навчання з фаху «Загальна практика–сімейна медицина» в інтернатурі до 3 років та спеціалізації до щонайменш 6 міс очного навчання, а з іншого боку – підвищенням кваліфікації вже сертифікованих спеціалістів на циклах ТУ і ПАЦ із застосуванням нових медичних технологій та форм навчання, дистанційних форм навчання, про що зафіксовано у щорічних резолюціях науково-практичних конференцій з сімейної медицини.

Необхідним компонентом якісної підготовки і ефективної роботи сімейного лікаря є використання стандартів та протоколів діагностики та лікування, які базуються на принципах доказової медицини. Створення таких стандартів для сімейних лікарів є невідкладним завданням для вищих навчальних та наукових медичних закладів. Їхнє застосування дозволить забезпечити єдиний об'єм медичної допомоги по всій території країни, контролювати якість навчання та надання медичних послуг.

Отже, більш ніж 50-річний досвід існування сімейної медицини в світі засвідчив медико-соціальну та економічну ефективність даної моделі системи охорони здоров'я. Реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини протягом 25 років в Україні, особливо активне в останні 3–5 років, проілюструвало деякі певні позитивні результати, але разом з тим визначило існування проблем якості медичної освіти і навчання, які потребують подальшого вирішення.

**История развития и современное состояние первичной медицинской помощи за рубежом и в Украине, нормативно-правовая база внедрения семейной медицины в Украине
В.И. Ткаченко**

В статье представлен исторический очерк 50-летнего развития семейной медицины в мире и 25-летнего внедрения семейной медицины в Украине, приведена хронологическая динамика изменений нормативно-правовой базы реформирования системы здравоохранения на принципах семейной медицины в Украине, современные проблемы внедрения и пути их решения.

Ключевые слова: внедрение семейной медицины, Украина, исторический очерк, нормативно-правовая база.

**History and current status of primary health care in the world and in Ukraine, the legal framework of implementation of family medicine in Ukraine
V.I. Tkachenko**

The historical essay of 50 years of family medicine in the world and 25 years of family medicine implementation in Ukraine is presented in the article. The chronological dynamics of the regulatory framework of health care reformation on the basis of family medicine, the problems of implementation and their solutions are discussed.

Key words: family medicine implementation, Ukraine, historical essay, regulatory framework.

Сведения об авторе

Ткаченко Виктория Ивановна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: witk@ukr.net

Список литературы находится в редакции.

Статья поступила в редакцию 25.05.2015

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

СЕМЕЙНАЯ «САМОДИАГНОСТИКА» АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ИХ НЕДОЕДАНИЮ

Диагноз "пищевая аллергия" (впрочем, как и любой другой) может поставить ребенку только врач. Ученые обнаружили, что дети, у которых наличие такой аллергии определили родители, необоснованно лишены многих ценных и необходимых продуктов питания.

Самолечение нередко сопровождается и "самодиагностикой": многие люди, не имеющие никакого отношения к медицине, почувствовав недомогание, сами ставят себе диагнозы и назначают лечение.

Это нередко приводит к самым тяжелым последствиям, включая смерть незадачливого самодеятельного эскулапа.

Еще опаснее, когда родители или другие родственники ставят диагноз ребенку и начинают "лечить" его, не обращаясь к врачу - в этом случае вероятность печального исхода возрастает многократно.

Британские ученые обнаружили тревожную тенденцию: в последнее время многие родители стали объяснять недомогание у своих детей пищевой аллергией и исключать из рациона малышей те или иные продукты, которые, по их мнению, являются причиной появления симптомов болезни.

Кроме того, у таких детей могут развиваться опасные заболевания, не имеющие никакого отношения к аллергиям, лишение малышей, у которых на самом деле нет аллергии, многих продуктов питания может пагубно сказаться на их здоровье.

Исследователи из двух детских клиник Англии - Сейнт-Томас в Лондоне (St Thomas' Hospital in London) и Ройял Александра в Брайтоне (Royal Alexandra Children's Hospital in Brighton) обследовали несколько тысяч детей и опросили их родителей.

Опрос матерей и отцов маленьких участников исследования пока-

зал, что почти 32% из них были уверены - у их ребенка есть одна из пищевых аллергий (на молоко, белок куриных яиц или даже целиакия). Соответственно родители ограничивали потребление своими детьми таких продуктов питания.

Между тем, обследование детей показало, что на самом деле пищевой аллергией страдали не более 5% из них.

Таким образом, вполне здоровые дети были лишены на протяжении длительного времени весьма полезных продуктов питания, которые совершенно необходимы растущему организму.

Ученые предупреждают, что всевозможные экспресс-тесты для диагностики аллергии, продающиеся через Интернет, не обладают достаточной точностью - наличие аллергии и у ребенка, и у взрослого может выявить только врач.

Источник: www.health-ua.org