

## **Методична розробка для лікарів – інтернів ЗПСМ**

**ТЕМА:** Загальні цілі і задачі системи охорони здоров'я, основи законодавства України про охорону здоров'я та нормативні документи, які регламентують діяльність органів та закладів охорони здоров'я; правові аспекти діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини; завдання первинної медико-санітарної допомоги, роль сімейного лікаря у вирішенні цих задач.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ:** навчальна кімната кафедри №8

**КІЛЬКІСТЬ ГОДИН:** 7 годин

**Актуальність теми:** На сьогодні в Україні набирає темпів адаптація галузі охорони здоров'я до надання медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, якій відведена провідна роль у медичному обслуговуванні населення. Значної уваги потребують знання організаційних аспектів системи медико-соціальної допомоги в Україні, визначення її пріоритетної ролі в розвитку і реформуванні охорони здоров'я. З'ясування місця сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципів сімейного обслуговування населення. Усвідомлення організації роботи сімейного лікаря, від якої багато в чому залежить успіх лікування хворого та його сім'ї.

## **Навчальні цілі заняття:**

### **ЗНАТИ:**

- визначення загальної практики – сімейної медицини і огляд систем первинної медико - санітарної допомоги у різних країнах світу;

- моделі організації загальної практики – сімейної медицини в Україні та світі;

- завдання первинної медико-санітарної допомоги, роль сімейного лікаря у їх вирішенні;

- нормативні документи, які регламентують функціонування органів та закладів охорони здоров'я.

### **ВМІТИ:**

- розрізняти мету, об'єкт та предмет вивчення соціальної медицини;

- визначити місце соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я в до дипломній та післядипломній підготовці лікарів;

- визначати основні завдання соціальної медицини;

- розрізняти 4 рівні громадського здоров'я.

# **Зміст**

## **теми заняття**

Медико-санітарна допомога — комплекс цілеспрямованих дій та заходів щодо сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, проведення ранньої діагностики, лікування осіб з гострими і хронічними захворюваннями, реабілітації хворих та інвалідів. Медико-санітарна допомога складається з трох рівнів, наведених нижче.

Первинна медико-санітарна допомога передбачає консультацію лікаря, забезпечує діагностику і лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь та інших станів, проведення індивідуальних санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, медичної профілактики захворювань, гігієнічного виховання та санітарної просвіти населення, реалізацію прав людини щодо охорони здоров'я дитини, матері та батька, а також направлення пацієнтів на отримання вторинної, третинної медичної допомоги та санаторно-курортного лікування.

Первинна медико-санітарна допомога подається переважно лікарями загальної практики/сімейними лікарями або дільничними терапевтами і педіатрами. Обсяги та порядок подання первинної медико-санітарної допомоги встановлюються центральним органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я. Первинна медико-санітарна допомога є основною, найбільш наближеною до населення ланкою медичної допомоги.

Значення первинної медико-санітарної допомоги було визначено в Алма-Атинській декларації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 1978 р. Алма-Атинська декларація ініціювала проведення реформ в галузі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги. Одна з основних вимог, на якій акцентує увагу Всесвітня організація охорони здоров'я — це фізична доступність медичної допомоги населенню. Відповідно до засад «Європейської політики з досягнення здоров'я на XXI століття», на рівні ПМСД державою повинна бути забезпечена безперервність медичної опіки.

Це означає надання лікувально-діагностичної допомоги пацієнту у будь-який час, включаючи нічний та святкові дні, а також забезпечення нагляду за пацієнтами, які виписались із стаціонарів для продовження лікування за місцем проживання. Передбачається також надання невідкладної медичної допомоги хворим у тяжкому стані. Всім цим вимогам відповідає концепція надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, яка для будь-якого пацієнта та членів його сім'ї є фізично доступною, безперечною та невідкладною. Провідна роль амбулаторно-поліклінічної допомоги в медичному забезпеченні населення зобов'язує керівників відповідних лікувально-профілактичних закладів і всього медичного персоналу постійно удосконалювати їх багатогранну діяльність.

Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах адаптації галузі до нових економічних відносин передбачає насамперед визначення місця та ролі ПМСД у всій медичній допомозі. Вона має забезпечити значний обсяг лікувально-профілактичної допомоги при суттєвому покращанні її якості.

Функції ПМСД не обмежуються тільки медичною допомогою. Пріоритетність її розвитку пов'язана також з потребою забезпечити:

- ✓ гарантований обсяг медичної, психологічної та соціальної допомоги;
- доступність відповідних медичних і соціальних послуг для всього населення;
- безперервність спостереження за пацієнтами.

Повноцінне функціонування ПМСД потребує вирішення ряду проблем:

- проведення організаційних заходів;
- визначення джерел фінансування;
- удосконалення та реорганізація інфраструктури ПМСД;
- узгодження її взаємодії з іншими видами медичного забезпечення;
- налагодження підготовки та перепідготовки медичного та іншого персоналу;
- проведення серед населення відповідних санітарно-освітніх заходів з метою формування позитивного до сприйняття ПМСД.

ПМСД — це ланка, робота якої може забезпечити розв'язання більшості проблем здоров'я населення в поєднанні з участю інших рівнів, спеціалістів і закладів.

Забезпечення ПМСД можливе при дотриманні основних принципів визначених ВООЗ (Алма-Атинська конференція, 1978 р.):

- належність до національної системи охорони здоров'я та первинність у контакті окремої особистості чи родини з системою охорони здоров'я країни;
- максимальна наближеність до місця проживання та праці людини;
- максимальна доступність (за рівнем, обсягом, технологіями та терміном надання допомоги);
- відповідність професійної підготовки спеціалістів і матеріально-технічної бази її потребам;
- забезпечення потреб особливо вразливих груп населення (жінок, дітей, осіб, що мають шкідливі умови праці);
- регламентація обов'язків держави та громадськості щодо ПМСД відповідними нормативними документами.

На ПМСД покладається вирішення таких завдань:

- діагностика та лікування (до одужання чи повної компенсації) хворих на найбільш поширені захворювання, в т.ч. і нетерапевтичного профілю;
- доліковування після одержання інших видів допомоги;
- цільове направлення для одержання медичної допомоги у випадках, що виходять за межі компетенції лікаря загальної практики;
- проведення комплексу профілактичних заходів;
- диспансеризація хворих з орієнтацією на донозологічну діагностику та медико-соціальну профілактику;
- надання невідкладної допомоги.

ПМСД ґрунтується на засадах сімейної медицини, впровадження якої визначається низкою передумов. Насамперед, це потреба в економії коштів державних і пацієнта.

Слід зазначити також, що стрімкий розвиток спеціалізованої лікувальної допомоги, поряд із позитивним значенням, призвів до втрати відповідальності лікаря за хворого.

Сімейний лікар, працюючи тривалий час з постійним контингентом, може враховувати вплив на їх здоров'я різноманітних чинників, зокрема такого важливого як спосіб життя.

Він детально вивчає особистість, її сімейне та соціальне оточення, враховуючи медичні, психологічні та соціальні аспекти стану здоров'я.

Сімейний лікар, допомагаючи пацієнтам при захворюванні, у вирішенні певних проблем соціального плану, стає авторитетною людиною і до його порад прислухаються, він може впливати на різні сторони життя населення.

Так історично склалося, що вітчизняна клінічна школа, на відміну від зарубіжних, завжди відзначалася вмінням лікувати саме хворого, а не його хворобу. Дільничні лікарі багато в чому виконували роль сімейних.

Організаційні форми сімейної медицини в країнах світу різні, проте їх принципи суттєво не відрізняються.

Принципи сімейної медицини, рекомендовані рішеннями Міжнародного симпозиуму з охорони здоров'я, що проводився в Санкт-Петербурзі (жовтень 1995 р.), такі:

- спостереження за досить стабільним контингентом населенням з урахуванням медико-соціальних проблем родини;
- забезпечення родині безкоштовної, доступної, безперервної, постійної ПМСД;
- вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря;
- центральна постать ПМСД - сімейний лікар (лікар загальної практики);
- основна форма організації роботи - групова практика лікарів, медичних сестер та інших працівників.

На різних етапах становлення ПМСД, а також у різних країнах надавати ПМСД можуть різні спеціалісти: сімейні лікарі, лікарі-терапевти, педіатри,

акушери-гінекологи. До неї залучають також практикуючих медичних сестер і помічників лікаря після відповідної підготовки, соціальних працівників.

Головною особою в забезпеченні ПМСД є сімейний лікар (лікар загальної практики).

Завдання сімейного лікаря визначені Європейським союзом лікарів у 1984 р.

Сімейний лікар - це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання.

Він допомагає хворим у своєму кабінеті, за місцем проживання, іноді в лікарнях. Йому належить пріоритет у розв'язанні всіх проблем пацієнтів.

Сімейний лікар постійно наглядає за хворими з хронічними, рецидивними та невиліковними хворобами. Тривалий контакт з ними дозволяє відстежувати ситуацію, налагоджувати добрі стосунки, побудовані на довірі. Відповідальність за все населення базується на співпраці з колегами медичної і немедичної сфер.

Надання медичної допомоги сімейними лікарями на базі діючих поліклінік найбільш прийнятне для деяких країн Східної Європи та держав, що утворилися на теренах колишнього СРСР. Це доцільно з огляду на вже існуючу широку мережу поліклінік, яка дозволить заощадити кошти на будівництво нових закладів. Впровадження сімейної медицини в таких умовах потребує лише суттєвої зміни організаційних форм їх діяльності.

Вивчення досвіду різних країн щодо організації ПМСД на засадах сімейної медицини вказує на різноманітність її організаційних форм.

У Чехії в наданні ПМСД, крім лікарів загальної практики, беруть участь також педіатри. Лікарі загальної практики мають встановлені години роботи, при потребі пацієнти звертаються до центрів швидкої допомоги первинної ланки охорони здоров'я.

В Данії сімейні лікарі також надають медичну допомогу протягом визначеного денного часу, а після завершення прийому сімейного лікаря при потребі населення звертається до швидкої допомоги.

Одна з моделей Ізраїльської охорони здоров'я (на прикладі Єрусалиму ) передбачає діяльність центрів здоров'я. Участь у наданні ПМСД беруть лікарі загальної практики, педіатри, психологи, соціальні працівники, дієтологи, фахівці з санітарної просвіти та епідеміологи. Значна роль належить медичним сестрам, які причетні до планування роботи, впровадження нових програм і методик.

Як зазначалося вище, надання ПМСД у центрах здоров'я характерне для Скандинавських країн. У Фінляндії нараховується більше 200 центрів здоров'я, кожен з яких приблизно обслуговує близько 10 тисяч населення (в районах з малою щільністю проживання населення це число може бути меншим). До складу центру здоров'я, крім лікарських амбулаторій, входять: відділ охорони здоров'я матері та дитини, стаціонар загального профілю, клінічна лабораторія тощо. Для більшої доступності медичної допомоги передбачено забезпечення центрів автотранспортом.

З огляду на досвід США<sup>17</sup>, сімейний лікар - це добре підготовлений фахівець загальної практики, що працює у відповідно оснащеному медичному закладі, а не ходить від одного будинку до іншого, займаючись тільки хворими.

Вважається, що він повинен не тільки надавати медичну допомогу, але й бути радником, захисником пацієнта.

Лікар має консультувати їх з приводу захворювань і методів лікування, направляти до спеціалістів, забезпечувати безперервну допомогу при хронічних станах. Це дуже важливо особливо в плані контролю за вартістю лікування, за використанням та раціональним розміщенням ресурсів.

Середня кількість відвідувань на одного мешканця залежить від віку та статі і становить 5,0 протягом року (табл. 5).

Таблиця 5

Характеристика відвідувань сімейних лікарів у США bgcolor=white>17-44

Середня кількість відвідувань протягом року

за віком		за статтю	
вік (років)	кількість відвідувань	стать	кількість відвідувань
До 6	6,5	чоловіки	4,4
6-16	3,2	жінки	5,7
17-44	4,5		
45-64	5,8		

\*/ Introduction to Health Services// Editors: Stephen J. Olliatz / Paul R. Torrens, Albany, Delmar Publishers Inc., 1988. - 508 p.

Питома вага відвідувань з приводу загального огляду, антенатального спостереження за дитиною становить 3-5 %, спостереження після операції - до 5 %, на відвідування з приводу хірургічних втручань і консультацій щодо харчування припадає по 6-7 %, 4,2 % пов'язані з отриманням фізіотерапевтичних процедур.

Серед діагнозів значне місце посідають артеріальні гіпертензії, гострі респіраторні інфекції, отити.

Цікавим є досвід системи сімейної практики у Великій Британії, описаний у довіднику сімейного лікаря (автор Орест Мулька, 1997 р.).

Населення країни має право на вільний вибір лікаря та в переважній більшості задоволена ним (85 %).

Сімейні лікарі забезпечують лікуванням майже 90 % хворих і тільки 10 % направляють до спеціалістів.

Вони цілодобово спостерігають за станом здоров'я в середньому 1800 пацієнтів протягом усього їх життя. В розпорядження сімейних лікарів надходять кошти з розрахунку на одного пацієнта.

Кожний лікар у підпорядкуванні має кількох працівників:

- медичні сестри;
- секретарка;
- оператор ПЕОМ;
- адміністратор;
- бухгалтер.

їх наймають до бригади ПМСД з огляду на доцільність і в межах фінансових можливостей.

Додатково лікарі можуть співпрацювати з акушеркою, фізіотерапевтом, психологом, дієтсестрою, логопедом, працівником служби громадської опіки, фінансування яких здійснюється з інших джерел.

Крім відвідування лікаря, при потребі пацієнти можуть викликати його додому в разі значного погіршення стану здоров'я.

Середнє число відвідувань протягом року - 3-4, близько 10 % їх становлять домашні. Незначна частка останніх пояснюється тим, що в Британії не прийнято відвідувати хворих на гарячкові та інфекційні хвороби. Відчутно впливає на це явище розвинена мережа доріг, висока забезпеченість населення автотранспортом, культура взаємин. Крім того, значна частина контактів є заочною і переважно пов'язана з випискою повторних рецептів.

На одне відвідування лікар витрачає приблизно 9 хвилин (в середньому 7 відвідувань за годину).



В Німеччині його тривалість також коротка - не більше 10 хвилин\*/.

У США його тривалість дещо більша: в 39 % випадків до 10 хвилин, у 30 % випадків - від 11 до 15 хвилин і майже третина - більше 16 хвилин\*//.

У Швеції на одну годину в середньому припадає 2,4 відвідувань (консультацій).

Слід зауважити, що за даними британських лікарів сімейної практики при появі симптомів захворювання досить значна частина пацієнтів - до 75 % - займається самолікуванням і тільки 25 % звертається за допомогою. Це стосується переважно гострих захворювань з короткочасним перебігом, які не призводять до значного погіршення стану здоров'я'.

На хронічні хвороби припадає 50 % звертань (проведення підтримуючої чи протирецидивної терапії), до 10 % звертань обумовлені загрозливими станами (гострий інфаркт міокарда, мозковий інсульт тощо).

Перше місце в структурі захворюваності за даними документації лікарів сімейної практики займають хвороби органів дихання, друге - хвороби системи кровообігу, а також розлади психіки та поведінки. Вони становлять третину всієї патології. Близько 40 % припадає на хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, ендокринні, розлади харчування та порушення обміну речовин, нервової системи та органів чуття, органів травлення, шкіри та підшкірної клітковини.

Обсяг медичної допомоги за даними загальної практики в Німеччині представлений на малюнку 11. 70 % звертань припадає на внутрішні хвороби, 10 % - на хірургічні, близько 12 % - на невро-, отоларинго- та дерматовенеричні[5]/.

Сімейні лікарі у Великій Британії, забезпечуючи цілодобову медичну допомогу, віддають перевагу груповій практиці. Вона дає змогу організувати взаємо- заміну, консультувати хворих разом, придбати й використовувати складне та дороге обладнання.

- Терапія

- Хірургія

- Неврологія, оториноларингологія, дерматовенерологія

~ Інші

Концепція групової практики була підтримана 40-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (1998 р.) як один із засобів надання безперервної високоякісної медичної допомоги.

Переважна більшість лікарських амбулаторій (90 %) у Британії комп'ютеризована.

Використання комп'ютерів дає змогу формувати базу даних з інформацією про кожного хворого (дата і результати консультації, анамнез, рецепти, результати обстежень), позбутися чи значно зменшити кількість паперових носіїв - карток хворого.

Комп'ютеризована також система виписування повторних рецептів, що заощаджує час лікаря та пацієнта, а також зменшує число помилок у аптеках.

Під час прийому хворого лікар бачить на екрані всі дані і сам доповнює інформацію. Паперові носії потрібні лише при відвідуванні пацієнтів. Зарадити цьому може портативний комп'ютер і використання м<sup>о</sup>б<sup>и</sup>л<sup>ь</sup>ного т<sup>е</sup>л<sup>е</sup>ф<sup>о</sup>на.

Безпаперова система дозволяє забезпечити чіткість інформації, заощадити час секретарок і кошти, місце для розміщення документації.

Проте слід зважити на значну її вартість, небезпеку втрати інформації

ЧЕРЕЗ ЯКИЙСЬ ПРИКРИЙ ВИПАДОК. ДО ТОГО ПЕРЕХІД ДО ТАКОЇ СИСТЕМИ ПОТРЕБУЄ

часу та зусиль на перенесення інформації з карток хворих, може погіршити психологічну атмосферу під час прийому, оскільки пацієнт вважатиме, що в ньому не зацікавлені. Тому лікарі намагаються користуватися комп'ютером перед початком чи після закінчення прийому.

Система сімейної медицини у Великій Британії, діючи майже півстоліття, оцінюється як ефективна, з огляду на популярність серед населення та економічність.

Проте вона має невирішені проблеми. Наприклад, черги на госпіталізацію. Вони пов'язані, на думку працівників, з підвищенням вимог пацієнтів до якості допомоги. Щоб зарадити цьому, британські лікарі намагаються зменшити терміни лікування в стаціонарі, покращивши лікувально-діагностичний процес на долікарняному і госпітальному етапах.

Аналогічна проблема вимагає свого вирішення в багатьох країнах.

Суттєвий вплив на скорочення строків лікування в стаціонарі може мати розширення медичної допомоги вдома.

З цієї точки зору досить цікавим є досвід роботи агентств надання медичної допомоги вдома, які з'явилися в США в 50-ті роки і з часом набули значного поширення\*

їх робота спрямована на забезпечення потреб пацієнта у власне медичному обслуговуванні та в ситуаціях, пов'язаних з впливом різних соціально-психологічних чинників.

Важливе значення при спільній роботі має взаємозв'язок лікарні та агентства, яке насамперед повинно брати участь у процесі виписки хворих.

Планування виписки може починатись під час перебування хворого в стаціонарі, а подекуди навіть перед направленням до нього і дозволяє надавати найбільш доцільну медичну допомогу, забезпечити всі потреби в послугах із найменшими затратами.

Спланувати виписку допомагають загальні обходи з участю лікаря, старшої медичної сестри, одного з керівних працівників соціальної служби та керівника агентства, закріпленого за певним відділенням стаціонару.

Вони приймають рішення про медичне обслуговування хворого після виписки.

За активної участі агентства в плануванні виписки вирішується питання безперервності медичного забезпечення. До того ж, персонал агентства в подальшому передає лікарям стаціонару інформацію про стан здоров'я виписаних хворих.

При направленні на домашнє лікування працівник агентства разом із лікуючим лікарем визначає всі його методи та процедури, перевіряє необхідність певних послуг і з'ясовує можливості родини щодо відповідної підтримки хворого. Слід визначитись з персоналом для забезпечення догляду, отримати необхідне обладнання та різні засоби від допоміжних служб.

Медичну допомогу вдома забезпечує координатор. На цю посаду звичайно призначають медичну сестру. Вона відповідає за вирішення всіх проблем під час лікування, коректну початкову та поточну оцінку стану здоров'я пацієнта.

Координатор своєчасно, до виписки, оцінює домашню обстановку пацієнта, складає план медичної допомоги, до якого входять перелік головних і другорядних послуг із визначенням часу їх надання, відповідних служб, що мають їх забезпечувати, та вказівки лікуючого лікаря.

Відповідно до плану лікування, розробленого лікарем і координатором, створюється бригада з персоналу агентства та лікаря, яка працює за розкладом, складеним координатором.

Координатор відповідає за здійснення програми лікування, консультації пацієнта відповідними спеціалістами.

Перед закінченням курсу лікування, забезпеченого агентством, координатор оформляє довідку - інформацію про стан здоров'я та результати лікування, перелік медичних рекомендацій щодо подальшого лікування, оздоровлення, які доводяться до відома пацієнта та родини.

Потреба в медичному обслуговуванні вдома може виникати не тільки після проведення лікування в стаціонарі, тобто до відповідного агентства можуть звертатися сімейні лікарі або самі пацієнти чи їх родичі.

Досвід роботи агентств з надання медичної допомоги в домашніх умовах потребує детального вивчення з метою подальшого вдосконалення системи ПМСД у нашій країні.

Значний інтерес викликає досвід Росії, оскільки до розпаду СРСР її та наша системи охорони здоров'я були ідентичними. Росія раніше приступила до організації допомоги на засадах сімейної медицини.

На сучасний період більшість лікарів загальної практики (сімейних) працюють у державних медичних закладах, незначна їх частина займається приватною практикою чи працює в недержавних закладах. Має місце як індивідуальна, так і групова практика. В груповій практиці задіяні, крім сімейних лікарів, стоматолог, педіатр, акушер-гінеколог, а також середній медперсонал - медичні сестри процедурного та перев'язувального кабінетів, молодша медична сестра.

Сімейні лікарі ведуть прийом терапевтичних, неврологічних, офтальмологічних хворих тощо. За експертною оцінкою, в перехідний період сімейні лікарі можуть забезпечити від 36 % до 46 % відвідувань офтальмолога, отоларинголога, невропатолога та близько 23 % хірурга"/.

Працюючи в поліклініці, вони використовують її лікувально-діагностичну базу.

В самостійних лікарських амбулаторіях, віддалених від поліклініки, обсяг досліджень зменшується.

Чисельність населення на одного лікаря коливається в межах 1600-2500 чоловік. Протягом року на консультацію до інших спеціалістів направляють до 20 % пацієнтів, на обстеження в інші заклади - 14 %.

Пропонується планувати не менше 4-х відвідувань за рік на 1 жителя, можливий рівень госпіталізації дорівнює 15 %.

Важливе значення має забезпечення взаємодії сімейних лікарів з іншими службами та закладами, включаючи поліклініки, стаціонари, диспансери, консультативно-діагностичні центри тощо. При цьому ставиться завдання щодо переорієнтації роботи поліклінік на надання переважно спеціалізованої допомоги, на виконання оздоровчих програм, проведення відновлювального лікування із необхідним використанням допоміжно-лікувальних підрозділів. З часом можлива інтеграція консультативно-діагностичної та стаціонарної допомоги.

Реформуючи первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини, Україна враховує світовий досвід і вивчає різні форми її організації.

Фактично в наданні ПМСД беруть участь численні лікувально-профілактичні заклади: самостійні поліклініки та амбулаторії (в тому числі амбулаторії сільських дільничних лікарень), поліклінічні відділення міських, центральних районних, районних лікарень, дитячі поліклініки, жіночі консультації, медико-санітарні частини, а також заклади долікарської допомоги (фельдшерські пункти охорони здоров'я, фельдшерсько-акушерські та акушерські пункти). До них долучаються заклади швидкої медичної допомоги.

Первинну медико-санітарну допомогу в сучасних умовах забезпечують дільничні терапевти та педіатри, проте її обсяг далекий від бажаного в зв'язку з залученням лікарів інших спеціальностей.

Досить тривалий час пріоритетним вважався розвиток спеціалізованої допомоги. Внаслідок цього питома вага спеціалістів загальнотерапевтичного

В багатьох країнах частка лікарів загальної практики значна та становить 40-55 % (США, Канада, Франція). Вони забезпечують лікування майже 90 % пацієнтів, близько 10 % звертаються до "вузьких" спеціалістів.

В Україні на вузьких спеціалістів припадає до 60 % звертань за медичною допомогою.

Забезпечення дільничними терапевтами певної частини ПМСД не є достатнім з огляду на нагальні потреби населення в ній щодо обсягу та якості. До того ж їх рівень підготовки з інших профілів медичної ДОПОМОГИ явно не достатній і усунення цього недоліку потребуватиме певного часу.

Організація надання ПМСД на засадах сімейної медицини (загальної практики) передбачена основними напрямками реформування системи охорони здоров'я України в умовах розвитку ринкових відносин. Згідно з розробленою МОЗ Державною програмою "Сімейна медицина" передбачене поетапне реформування ПМСД з випробуванням в окремих регіонах і містах різних моделей та схем її організації. і

Перший етап, підготовчий, що розпочався у 90-х роках, включає розробку нормативно-правової документації, підготовку та створення матеріально-технічної, організаційної бази, апробацію різних моделей.

На другому етапі проводиться реформа, метою якої є впровадження загально-лікарських практик в амбулаторно-поліклінічну мережу. Спочатку рекомендується об'єднати дільничних терапевтів, педіатрів і акушерів-гінекологів. В сучасних умовах вони, як правило, працюють в різних ЛПЗ, принаймні в містах. Тому основна проблема полягає в забезпеченні узгодженості їх дій.

Щодо акушерів-гінекологів, то їх участь у наданні ПМСД на сімейних засадах є дискусійною.

В подальшому дільничні терапевти та педіатри переберуть на себе надання допомоги при захворюваннях нетерапевтичного профілю. Широко будуть використовуватися денні та домашні стаціонари, проводитимуться організаційні об'єднання терапевтичних і педіатричних відділень, в одному закладі будуть створюватись сімейні бригади.

Вивчення світового досвіду надання ПМСД на засадах сімейної медицини та досвіду її розвитку в нашій державі дозволило співробітникам Українського інституту громадського здоров'я запропонувати три організаційні моделі реформування дільнично-територіальної системи:

'групова практика медичної допомоги у вигляді комплексних бригад (терапевти, педіатри, акушери-гінекологи);

- лікар загальної практики, який надає багатопрофільну медичну допомогу закріпленому за ним населенню (дорослому чи дитячому);
- сімейний лікар, який обслуговує всю родину.

В.М. Пономаренко, О.М. Ціборовський, В.І. Польшенко та ін. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 1999. - № 1. - С. 67-73.

Здійснення поступового переходу до практики сімейного лікаря (лікаря загальної практики) потребує значного часу. Передача дітей на обслуговування сімейному лікареві здійснюватиметься в певній послідовності. Спочатку йому передадуть дітей старших 12 років, потім старших 7, 3, 1

року та нарешті всіх. Закінчення цього етапу завершить перехід від дільнично-територіального принципу до сімейного з правом вільного вибору лікаря.

В Україні сімейним лікарем може бути спеціаліст з вищою медичною освітою, підготовка якого регламентована відповідною освітньо-кваліфікаційною характеристикою та засвідчена сертифікатом за спеціальністю "загальна практика - сімейна медицина".

Він може працювати індивідуально чи з іншими лікарями (групова практика) в:

- державному закладі (поліклініці, міській або сільській лікарській амбулаторії, медико-санітарній частині),
- недержавному медичному закладі (малому, акціонерному, колективному підприємстві, кооперативі),
- приватній лікарській амбулаторії.

З огляду на економічну рентабельність індивідуальна практика доцільна в населених пунктах із малою чисельністю населення, в нових районах міст без розвинутої інфраструктури, при розкиданості територіальних дільниць, зумовлених відповідною системою забудови тощо.

Групова практика, як добровільне об'єднання лікарів, може здійснюватися на різних засадах:

- об'єднання кількох сімейних лікарів;
- об'єднання сімейних лікарів з іншими спеціалістами (акушерами-гінекологами, педіатрами, стоматологами).

Її переваги полягають у забезпеченні кращих для діагностики та лікування можливостей, у взаємозаміні лікарів (при виникненні такої потреби) та проведенні консультацій, повноцінному використанні матеріально-технічної бази (для придбання чи оренди приміщення, медичного та іншого обладнання), в можливості залучення для її забезпечення не тільки середнього медичного персоналу, але й соціальних працівників, юриста, економіста.

Осередки групової практики можуть розміщуватись на базі діючих лікувально-профілактичних закладів і в окремих приміщеннях. Для цього використовуються невеликі поліклініки, лікарські амбулаторії.

Існуючі великі поліклініки перетворюються на консультативно-діагностичні та реабілітаційні центри, з якими співпрацюють лікарі групової практики чи окремі лікарі.

Використання бази лікувально-профілактичних закладів сімейними лікарями здійснюється на основі контракту, в якому вказані обсяг діагностичних досліджень і види допоміжних методів лікування, що надаються пацієнтам у конкретному ЛПЗ.

Самостійно працюючі сімейні лікарі можуть направляти хворих у діагностичні та допоміжно-лікувальні підрозділи ЛПЗ на зазначених в контракті умовах.

Чисельність пацієнтів у сімейного лікаря суттєво відрізняється в різних країнах - від 1000 (Австрія, Бельгія) до 2000 (Німеччина) і більше.

На думку російських вчених, чисельність пацієнтів не повинна перевищувати 1300-1500, інші вважають, що вона може бути більшою (Лучкевич В.С., 1997 р.).

Чисельність населення визначається умовами забезпечення медичної доцільності та економічної рентабельності і тому не повинна бути меншою ніж 1500 чоловік. Якщо чисельність

перевищуватиме 3000 чол., лікар не зможе надавати потрібні медико-соціальні послуги в належному обсязі та відповідної якості.

Радіус обслуговування населення визначається конкретними умовами розселення пацієнтів, щільністю проживання, типом забудови, станом шляхів тощо.

Тривалість роботи протягом дня та тижня, відпустки, участь в наданні невідкладної допомоги вночі оговорені у відповідному контракті з урахуванням діючих нормативних документів.

Становлення сімейної медицини потребує вирішення комплексу юридичних, економічних, організаційних питань з врахуванням психологічного фактора — готовності до сприйняття такої системи лікувально-профілактичної допомоги медичними працівниками і пацієнтами.

Вільний вибір лікаря може бути реалізований на таких умовах:

- можливості того чи іншого лікаря забезпечити медичну допомогу оптимальній кількості пацієнтів;
- відстань від місця проживання до місця роботи сімейного лікаря;
- можливість або зручність одержання медичної допомоги лікарів окремих спеціальностей.

Розв'язання цього питання, як і інших проблем у стосунках "лікар-пацієнт- ЛПЗ-місцева адміністрація" потребує насамперед визначення адміністративно - правових засад діяльності сімейної медицини в цілому, її місця та взаємовідносин у системі лікувально-профілактичної допомоги тощо.

Завдання сімейного лікаря певною мірою тотожні з завданнями дільничного терапевта, оскільки в обох випадках мова йде про обслуговування конкретного контингенту та виконання не тільки суто лікувальних заходів. Проте є й відмінності, пов'язані насамперед з тим, що сімейний лікар надає допомогу не тільки з приводу хвороб терапевтичного профілю.

Лікар загальної практики (сімейний) самостійно починає та закінчує лікування основної маси пацієнтів, при потребі звертається до консультантів або направляє хворого на стаціонарне лікування в плановому чи екстреному порядку.

Практичні дії лікаря стосуються:

- діагностики;
- невідкладної допомоги;
- термінової госпіталізації;
- консультацій з іншими лікарями;
- самостійного лікування та лікування за порадами консультантів;
- планової госпіталізації.

Обов'язки, права, відповідальність сімейного лікаря, стосунки визначені відповідним положенням.

Сімейний лікар забезпечує:

- здійснення амбулаторного прийому та домашніх відвідувань;
- проведення профілактичних, лікувальних, діагностичних і реабілітаційних заходів у випадках, передбачених кваліфікаційними характеристиками;
- надання при потребі екстреної та невідкладної медичної допомоги;

- організацію денних і домашніх стаціонарів;
- допомогу у вирішенні медико-соціальних проблем родини;
- проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекційного захворювання;
- інформування про випадки інфекційних захворювань лікаря кабінету інфекційних захворювань і санітарно-епідеміологічної станції.

Сімейний лікар гарантує населенню:

- ранню діагностику;
- своєчасне амбулаторне та домашнє лікування в повному об'ємі;
- своєчасне направлення до фахівця;
- організацію госпіталізації планових і ургентних хворих.

Сімейному лікареві за угодою можуть бути виділені ліжка в стаціонарі для лікування підопічних хворих.

Вміння та практичні навички, якими повинен володіти лікар:

- володіння методикою постановки попереднього діагнозу;
- визначення необхідності та послідовності застосування параклінічних методів діагностики, вміння правильно оцінювати їх;
- обґрунтування та визначення клінічного діагнозу;
- визначення тактики ведення хворого (екстрена допомога, термінова госпіталізація, планова госпіталізація, необхідність консультацій інших спеціалістів, амбулаторне лікування);
- надання невідкладної допомоги при екстремальних станах (усі види шоку, гостра серцева та судинна недостатність тощо);
- виконання найбільш поширених маніпуляцій;
- складання планів диспансеризації та реабілітації хворих і участь у їх здійсненні;
- вирішення питань експертизи непрацездатності-;
- проведення профілактичної роботи з населенням.

Взаємостосунки лікарів сімейної практики і спеціалістів, в тому числі стаціонарних закладів, визначаються відповідними контрактами.

Залежно від форм організації сімейної медицини з сімейними лікарями в деяких країнах можуть співпрацювати не тільки сімейні медичні сестри, але й помічники лікаря. Рівень підготовки останніх дозволяє виконувати більш складні функції порівняно з медсестрами.

Обов'язки сімейної медичної сестри досить різноманітні. Вона бере активну участь в проведенні профілактичної, протиепідемічної та санітарно-просвітньої роботи, проводить допологовий та післяпологовий патронаж вагітних жінок і породіль, забезпечує взяття матеріалу для лабораторних досліджень, надає при потребі екстрену медичну допомогу, допомагає лікареві при оперативних втручаннях, здійснює контроль за виконанням хворими лікувальних і оздоровчих рекомендацій.

Медичні працівники системи сімейної медицини активно співпрацюють зі службами соціального захисту. Сімейному лікареві може бути підпорядкований соціальний робітник за угодою з органами соціального захисту.

Сімейний лікар має право доручати середньому медичному персоналові та соціальним працівникам види діяльності, які не потребують його компетенції.

На посаду сімейного лікаря призначають:

- лікаря після інтернатури за спеціальністю "Лікар загальної практики";
- лікаря за освітою "лікувальна справа" чи "педіатрія" після відповідних циклів спеціалізації з сертифікатом "лікар загальної практики".

З метою забезпечення населення ПМСД на засадах сімейної медицини організовують, відповідно до потреби та доцільності, спеціальні амбулаторії.

Амбулаторія сімейної медицини може бути організована як:

- самостійний амбулаторно-поліклінічний заклад, підпорядкований відповідному органу охорони здоров'я;
- підрозділ комунального поліклінічного закладу;
- підрозділ недержавного медичного закладу;
- приватний медичний заклад (у ньому можуть працювати кілька лікарів).

До амбулаторії входять різні підрозділи (мал. 12).

Експеримент стосовно надання ПМСД на засадах сімейної медицини вперше в Україні розпочався у Львові.

Такий досвід поступово накопичується у містах (Київ, Житомир, Івано-Франківськ, Вінниця, Дніпропетровськ тощо), в окремих областях (Львівська, Житомирська, Тернопільська, Хмельницька), але його оцінка і подальше використання потребують вивчення на більшому масиві населення.

В регіонах і містах України застосовують різні організаційні форми надання ПМСД. Діють сімейні амбулаторії з одним лікарем, відділення сімейних лікарів (бригади). Більш доцільною вважають групову практику, є досвід роботи поліклініки сімейної медицини (м. Дніпродзержинськ). Середня чисельність населення, яке обслуговує сімейний лікар, коливається в межах 1500-1900 (в містах) і 1100-2100 (в селах\*). На основі накопиченого досвіду відпрацьовують раціональні моделі сімейної медицини та форми взаємодії цієї ланки з іншими медичними закладами. При цьому поступово змінюють завдання, функції, організаційні форми діяльності існуючих амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів.



### **Тестові завдання:**

#### **1. За визначенням ВООЗ первинна медико-санітарна допомога – це:**

**А)** комплекс спеціальних заходів, направлених на сприяння поліпшення здоров'я, підвищення санітарної культури, попередження захворювань та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих і інвалідів

**В)** довгострокове медичне обслуговування здорових та хворих людей, незалежно від віку та статі, при якому особлива увага надається всебічному вивченню особливості, її сімейного та соціального оточення. Включає в себе широке обслуговування всіх сторін нездоров'я пацієнта з урахуванням умов його життя, його уявлень про хворобу і здоров'я та ставлення до лікувального процесу

**С)** перший рівень контакту між окремими людьми, сім'єю, общиною і національною системою охорони здоров'я, що максимально наближає медичну допомогу до місця проживання та роботи, є першим елементом безперервного процесу охорони здоров'я

**Д)** загальнодержавна система забезпечення населення всіма видами медичної допомоги з проведенням лікувально-діагностичних і профілактичних заходів

**Е)** основна частина медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найбільш поширених захворювань, травм і отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої та високо спеціалізованої допомоги

#### **2. Що, згідно з Алма-Атинською декларацією, повинна, як мінімум, включати в себе ПМСД?**

**А)** сприяння раціональному харчуванню та достатньому доброякісному водопостачанню

**В)** основні санітарно-гігієнічні заходи, охорону здоров'я матері та дитини, включно з плануванням сім'ї

С)вакцинацію проти основних інфекційних захворювань, профілактику місцевих епідемічних захворювань та боротьбу з ними

Д)санітарну освіту з актуальних проблем охорони здоров'я та способів їх вирішення, включаючи профілактику, лікування поширених захворювань та травм

Е)всі відповіді вірні

**3. Які існують моделі загальних лікарських практик?**

А) індивідуальна практика

В) групова практика

С) приватна практика

Д) державна практика

Е) центри здоров'я

**4. Які з нижченазваних документів належать до облікових форм?**

А)звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання

В)контрольна карта диспансерного нагляду

С)звіт про хворих на туберкульоз

Д)історія розвитку дитини

Е)лікарське свідоцтво про смерть

**5. Які з нижченазваних документів належать до звітних форм?**

А)список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду

В)контрольна карта диспансерного нагляду

С)звіт лікувально-профілактичного закладу

Д)історія розвитку дитини

Е)лікарське свідоцтво про смерть

**6. Медичні послуги якого рівня є найменш витратними?**

А)спеціалізовані послуги

В)високоспеціалізовані послуги

С)послуги первинного рівня

Д)послуги вторинного рівня

Е)стаціонарні послуги

### Список використаної літератури:

1. Наказ МОЗ України від 23.02.2012р. № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи».
2. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутілус. – 2010. – 629с.
3. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.

Автор: ст. викладач Черешнюк Г. С.      Затверджено на засіданні кафедри  
«31» 08 2018 р.      Протокол № 2