

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА НА ЕТАПІ СТАНОВЛЕННЯ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ УКРАЇНИ ТА ПОЛЬЩІ

Основою будь-якої системи охорони здоров'я є первинна медико-санітарна допомога. Вона опікується профілактикою і задовольняє до 80–90% потреб населення у медичній допомозі та є найбільш раціональною з погляду економіки, потребуючи щонайбільше 30% ресурсів галузі охорони здоров'я загалом.

Однак нераціональна організація первинної медико-санітарної допомоги, її неповне фінансування спричинили втрату комплексності та наступності у наданні медичної допомоги населенню України, так і формальний підхід до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок, спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює подальшу надмірну потребу в дорогій спеціалізованій медичній допомозі.

У рапортах міжнародних медичних організацій постійно наголошується, що ретроспективна медицина мусить стати медициною проспективною. Перша концентрує свою увагу на тому, що відбувалося з пацієнтом, що з ним трапилося, з чим він зіткнувся, і на основі такої інформації складається план обмеження впливу певних причин і умов, що сприяють розвиткові окреслених хвороб. Проспективна медицина ставить питання дещо інакше: що може статися з пацієнтом і що може вдіяти медичний персонал, медичні і позамедичні інституції, а також сам пацієнт і його найближче оточення, щоб запобігти передбачуваним подіям. Інакше кажучи, необхідно прагнути до визначення чинників ризику, а не симптомів і проявів хвороби [1]. Саме на таких засадах – *проспективних* – і функціонує сімейна медицина.

Та, незважаючи на великі успіхи спеціалізованої і високоспеціалізованої медицини у світі, як пацієнти і медичні працівники, так і урядові інституції не задоволені функціонуванням системи охорони здоров'я. Нерівність у доступності медичної допомоги, особливо для сільського населення, зумовлена недоліками організації системи охорони здоров'я, що й відбивають демографічні показники і показники здоров'я населення.

На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у жодній з країн світу не створено оптимальної моделі системи охорони здоров'я, яка могла б бути прийнятною для всіх країн. Згідно зі стратегією ВООЗ для населення Європейського регіону до 2010 р. має бути наданий і забезпечений доступ до первинної медико-санітарної допомоги, орієнтованої на сім'ю і громаду за підтримки гнучкої і стабільної системи лікарень. Концепція первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини визнана всіма міжнародними організаціями. Вона пристосована для країн з важкою соціально-економічною ситуацією як максимально ефективна для здоров'я населення та витрат бюджету в умовах дефіциту матеріальних та кадрових ресурсів охорони здоров'я [2, с. 1].

Спеціальна література з сімейної медицини надає чимало визначень цієї дисципліни. Спеціалізація з сімейної медицини не обмежується певними хворобами, набором дій чи поведінки, а займається сукупністю проблем пацієнта і його сім'ї. У визначеннях, зокрема, акцентується на багатовимірності буття хворого, особливому характері взаємодій між лікарем і пацієнтом, що є складовою терапії та діагностики.

Сімейна медицина є сучасною сферою медицини завдяки акумулюванню напрацювань клінічної науки, біології та поведінкових наук, займається лікуванням пацієнтів незалежно від віку і статі в контексті хвороб, що їм загрожують. Сімейна медицина, так би мовити, повертає цілісний підхід до людини та проблем її здоров'я – підхід, який був втрачений із розвитком численних спеціальностей у історії медицини. Методологія сімейної медицини ґрунтується

ся на визнанні визначальної ролі сім'ї в формуванні здоров'я та хвороб усіх її членів, що зумовлено як біологічними, так і соціокультурними чинниками.

Фахові знання для сімейного лікаря є дуже важливими, проте їх недостатньо для встановлення довірливих взаємин між лікарем і пацієнтом. Сімейний лікар повинен відбутися як особистість зі своєю системою цінностей, нормами, настановами, емоціями, знаннями та вміннями і бути здатним самостійно усвідомлювати свої преференції, цінності і вимоги. Оскільки основою праці сімейного лікаря є його персональне функціонування, можна сказати, що він "працює собою". Він лікує і допомагає не лише самим своїм знанням і вмінням, а й особистим контактом, налагодженням взаємин з пацієнтом і його сім'єю.

У країнах світу наявні такі моделі сімейної медицини:

- сімейний лікар, який працює самостійно (сольна модель);
- два сімейних лікарі, які працюють разом, один з них, як правило, спеціалізується у педіатрії (парна модель);
- спілка сімейних лікарів, що працюють разом з лікарями-спеціалістами (групова модель).

Зокрема, у Польщі функціонують такі моделі сімейної медицини: сімейний лікар, який працює самостійно; сімейний лікар, котрий працює з сімейною медичною сестрою; сімейний лікар, що працює з групою лікарів з різними кваліфікаціями (сімейна медична сестра, реєстратор, менеджер практики, секретарка, інформатик). Найпоширенішою є приватна практика сімейного лікаря, яку він провадить особисто разом із залученням через працевлаштування (на власний ризик) переважно однієї особи середнього медичного персоналу. Також сімейні лікарі можуть працювати групою, об'єднавшись у спілки [3].

Хоч організаційні форми сімейної медицини в країнах світу різні, проте їх принципи суттєво не різняться. Серед них виділяють п'ять основних:

- доступність медичної допомоги для всіх громадян;
- безперервність чи постійність медичної допомоги протягом життя конкретної людини чи функціонування сім'ї;

- охоплення медичною допомогою всіх осіб незалежно від статі, віку, захворювання тощо;
- профілактичність чи превентивність медичної допомоги;
- спеціаліст з сімейної медицини володіє знанням багатьох медичних спеціальностей.

Сімейна медицина є однією з найстаріших спеціальностей, тому і в Україні, і в Польщі її не слід вважати абсолютно новим починанням. Щодо хронології запровадження сімейної медицини, то і в Польщі, і в Україні про загальну медичну практику почали порушувати питання наприкінці 80-х років ХХ ст.

Основними етапами розвитку сімейної медицини в обох країнах були: офіційне затвердження спеціалізації “сімейна медицина” і запровадження навчання за нею; відкриття перших практик сімейних лікарів; заснування Колегіуму сімейних лікарів у Польщі та Української асоціації сімейної медицини; проведення науково-практичних з’їздів сімейних лікарів та ухвалення стратегій розвитку сімейної медицини.

В Україні після виходу постанови Кабінету Міністрів України “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я” у 2000–2005 рр. було розроблено нормативно-правову базу сімейної медицини, централізовано придбано комп’ютерну програму “Автоматизоване робоче місце сімейного лікаря”, створено Науково-методичний центр загальної практики/сімейної медицини з покладенням на нього функції щодо науково-методичного забезпечення лікувально-профілактичних закладів галузі з питань сімейної медицини та проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Також було створено Український тренінговий центр сімейної медицини з підготовки викладачів для навчально-практичних центрів загальної (сімейної) лікарської практики, розвинено мережу навчальних закладів сімейної медицини.

Згідно з Програмою діяльності Кабінету Міністрів України “Український прорив: для людей, а не політиків”, за-

твердженою постановою Кабінету Міністрів України від 16 січня 2008 р., зокрема, уряд зобов'язується: провести структурну реорганізацію системи медичного забезпечення з першочерговим розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної (сімейної) лікарської практики; створити нормативно-правову базу з питань діяльності інституту сімейного лікаря із забезпеченням протягом п'яти років обслуговування кожної родини сімейним лікарем. Загалом, на думку експертів як України, так і Польщі, альтернативи сімейній медицині чи загальній лікарській практиці на рівні первинної медико-санітарної допомоги немає. Самою медичною практикою доведено, що зосередження у руках сімейного лікаря всіх видів медичної допомоги дає змогу вирішувати до 80–90% проблем пацієнта на первинній стадії надання медичної допомоги, що є не лише медично, а й економічно доцільним. Розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини визнано оптимальним засобом підвищення ефективності роботи галузі охорони здоров'я.

Соціально-економічними дослідженнями засвідчено, що збільшення кількості сімейних лікарів на 1 посаду на 10 тис. населення знижує смертність у цій популяції на 9% [5, с. 24]. І це тоді, коли зростання кількості вузьких спеціалістів дає протилежний ефект. Проблема криється не в недостатній компетентності вузьких фахівців, а в тому, що лікування захворювання потребує системного, цілісного підходу, координованого медичного впливу на організм хворого. Саме це не завжди може забезпечити спеціалізована допомога, окрім цього, вона ще й супроводжується підвищенням вартості послуг.

Спеціальні соціологічні дослідження в Україні свідчать про значно більшу готовність населення сприйняти саме сімейного лікаря, а не дільничного. Пацієнти сімейного лікаря повністю задоволені якістю допомоги в третині випадків і частково ще в половині, тоді як пацієнти дільничного терапевта повністю задоволені лише в 10% випадків [5, с. 30]. У Польщі соціологічні дослідження задоволення пацієнтів послугами сімейного лікаря засвідчують, що

пацієнти загалом позитивно оцінюють рівень доступності і тривалості медичної допомоги, а найвище оцінено можливість телефонного контакту у практиці сімейного лікаря [6, с. 88].

В Україні пацієнти і лікарі однаково зауважують, що там, де запроваджено практику сімейних лікарів, зростає довіра пацієнтів до лікаря, поліпшується профілактична робота, а статистичні дані фіксують підвищення рівня раннього виявлення та ефективності лікування різних захворювань, зниження рівня смертності людей працездатного віку і дітей, зменшення кількості викликів швидкої та невідкладної допомоги [4, с. 10].

В обох країнах загалом подібною є ситуація щодо “на-в’язування” громадськості думки про те, що сімейна медицина успішно розвивається лише в малих поселеннях через відсутність там медичної інфраструктури, тобто лікарень, лабораторій та вузьких спеціалістів. Проте дослідження, здійснене на базі репрезентативної групи пацієнтів у Кракові, виявило, що таке твердження не відповідає дійсності. З 16 категорій оцінюваних пацієнтів у 12-ти значно вище були оцінені саме малі приватні заклади, в решти була відмічена рівновага [7, с. 8]. Крім Кракова, успішні результати розвитку сімейної медицини спостережено також у таких великих містах, як Познань і Щецін. В Україні сімейна медицина ефективно функціонує в таких великих містах, як Донецьк, Луганськ, Львів, Житомир, щоправда, найкраще вона прижилася саме в малих містах і селах.

Наголосимо, що медична допомога на первинному рівні належить до компетенції органів місцевого самоврядування, які приймають рішення про те, яку саме медичну практику вони хочуть мати і яку фінансуватимуть. Саме тому поширеність сімейної медицини залежить від активності на місцях самих сімейних лікарів та випускників медичних вузів за спеціальністю “сімейна медицина”. У Польщі досить успішно розвиваються приватні практики сімейного лікаря, а в Україні сімейні лікарі надають перевагу груповим і поліклінічним формам, коли кожен сімей-

ний лікар спеціалізується за одним із напрямів: терапія, педіатрія, акушерство, гінекологія, хірургія. В Україні лікарям вигідно вести фактично приватну практику, отримуючи при цьому фінансову підтримку держави. Проте це не позбавляє громадян права на отримання безоплатної медицини і водночас стимулює самих лікарів надавати винятково якісну допомогу.

Стосовно престижу сімейного лікаря в Україні і в Польщі, то варто розрізняти престиж суспільний і престиж професійний у медичній спільноті. Щодо Польщі, то, як зазначив голова Колегіуму сімейних лікарів Адам Віндак на II Форумі ринку здоров'я на сесії "Роль сімейних лікарів у системі охорони здоров'я", рівень престижу сімейного лікаря у польському суспільстві – це 70–80% задоволеність медичними послугами сімейної медицини, але серед лікарів-спеціалістів сімейні лікарі сприймаються по-різному. Польські лікарі загальної практики, котрі виїхали на роботу до Великої Британії, Швеції чи Ірландії, мають високий рівень престижу серед своїх колег-медиків. Також у Польщі помітно зріс престиж сімейної медицини як наукової дисципліни [8].

Щодо України, то на сьогодні загальна сімейна медицина ще не набула значного поширення. На початок 2008 р. сімейні лікарі становили 49% усіх спеціалістів первинної медико-санітарної допомоги [9]. Населення погано обізнане про таку форму надання медичної допомоги через відсутність організованого інформування.

На думку експертів, сімейних лікарів в Україні не схвалюють і не підтримують найперше самі ж колеги з медичного професійного середовища. Це пояснюється, по-перше, тим, що принцип діяльності сімейної медицини розхитує мало-ефективну систему державного фінансування. По-друге, терапевти, педіатри і спеціалісти вузького профілю побоюються, що "сімейні" відберуть у них частину галузевого бюджетного "пирога". Насправді ж, це не відповідає дійсності, оскільки, на думку фахівців, ці дві ланки однієї галузі зможуть надавати ефективну допомогу пацієнтам тільки в межах тісної співпраці. Тобто "вузькі" фахівці зай-

матимуться лікуванням тих випадків, які не підпадають під компетенцію “сімейних”, буде забезпечено раціональне використання робочого часу та підвищення заробітної плати завдяки заощадженню первинною ланкою коштів.

Наостанок варто зауважити, що сьогодні і в Україні, і в Польщі існує чимало проблем у розвитку сімейної медицини. В Україні переважна більшість із них пов’язана з відсутністю у сімейних лікарів так званого стартового капіталу, необхідного для придбання лікувальної та діагностичної техніки. Особливо потерпають сільські сімейні лікарі. Також значні проблеми виникають з умовами та оплатою праці сімейних лікарів, коли зарплата не залежить від якості та обсягу наданої медичної допомоги. У Польщі останніми роками спостерігається зниження рівня компетенції сімейного лікаря, пов’язане з неузгодженістю деяких організаційних рішень.

Протягом 2003–2008 рр. в Україні здійснюються заходи щодо перепрофілювання лікувально-профілактичних закладів у заклади сімейної медицини, особлива увага приділяється розвитку ЗП/СМ у сільській місцевості. Так, за зазначений період створено 362 нових заклади, а їх загальна кількість у країні становить 3405; у містах працює 561 заклад та підрозділ ЗП/СМ.

Сьогодні сімейні лікарі обслуговують лише 32,55% населення. Штатні посади лікарів ЗП/СМ становлять 3,5% загальної кількості лікарів усіх спеціальностей у державі [4, с. 58–59].

Загальновідомо, що для ефективної роботи сімейних лікарів досить важливим є забезпечення необхідної кількості помічників з молодшого та середнього медичного персоналу. Та хоча й було встановлено єдиний норматив вищезгаданого співвідношення – 1:2, однак на сьогодні середній показник по Україні залишається нормативно невідповідним – 1:1,3 [9, с. 78].

Узагальнений досвід України і Польщі щодо запровадження інституту сімейної медицини засвідчує, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є одним із найефективніших механізмів підвищення резуль-

тативності роботи лікувально-профілактичних закладів, раціонального використання ресурсів галузі охорони здоров'я та задоволеності пацієнтів медичною допомогою.

Зауважимо, що кількість сімейних лікарів у європейських країнах становить від 30 до 50% кількості усіх лікарів системи охорони здоров'я. Для забезпечення успішного розвитку інституту сімейної медицини в обох державах необхідно передусім на законодавчому рівні чітко окреслити компетенцію сімейних лікарів у системі охорони здоров'я та встановити гідну оплату їхньої праці, адже запровадження сімейної медицини, безперечно, сприятиме поліпшенню здоров'я населення завдяки підвищенню якості медичної допомоги, наближення її до пацієнта та його сім'ї.

Література

1. *Wachowiak A.* Współczesne problemy socjologii rodziny. – Poznań, 2001.
2. Концепція Програми розвитку загальної практики/сімейної медицини на 2006–2010 роки // www.moz.gov.ua
3. *Latkowski J.B., Lukas W.* Medycyna rodzinna. – Warszawa, 2006.
4. *Слабкий Г.О.* Розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Україні // Управління закладом охорони здоров'я. – 2008. – № 9. – С. 57–69.
5. *Вороненко Ю.В.* Сімейна медицина в Україні: об'єктивні та суб'єктивні чинники затримки впровадження // Журнал АМН України. – 2005. – Т.11. – № 1. – С. 24–35.
6. *Łukomska A., Rość D., Jachimowicz-Wołoszynek D.* Wpływ wieku na poziom satysfakcji pacjentów korzystających z usług lekarza rodzinnego // Family Medicine and Primary Care Review. – 2006. – В. 1: – Р. 88–94.
7. *Windak A.* Nie jesteśmy braćmi mniejszymi specjalistów // Gazeta lekarska. – № 10 (190) październik 2006. – S. 8–10.
8. *Windak A.* 10 lat medycyny rodzinnej w Polsce // Służba Zdrowia. – 2002. – № 46–47. – S. 7–9.
9. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. – К., 2008. – С. 73–78.