

УДК 61:614.254.3

В.П.Пішак, М.Ю.Коломосць, С.В.Білецький

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Буковинська державна медична академія

Резюме. У роботі наводяться завдання та принципи реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні шляхом впровадження сімейної медицини. Узагальнюється досвід організації та роботи кафедри сімейної медицини Буковинської державної медичної академії.

Ключові слова: первинна медична допомога, сімейна медицина.

Екстенсивний розвиток вітчизняної охорони здоров'я, активне здійснення "вузької" спеціалізації медичної допомоги сприяли звуженню функцій, зменшенню ролі, авторитету і престижу дільничного лікаря-терапевта і педіатра, призвели до втрати комплексності та наступності в наданні медичної допомоги, зниження ефективності профілактичної і диспансерної роботи.

Внаслідок надмірної спеціалізації в Україні дільничні терапевти і педіатри разом становлять лише 18,1% всіх лікарів і 22,8% лікарів, які безпосередньо займаються лікувально-діагностичною роботою з пацієнтами. Це значно менше, ніж у більшості економічно розвинених країнах, де питома вага подібних фахівців становить 30-40%, у Німеччині досягає 41,6%, у Канаді – 50% лікарів, що надають медичну допомогу населенню.

Завдяки пріоритетності первинної медико-санітарної допомоги на кадрових засадах сімейної медицини більшість зарубіжних країн за останні 30-40 років досягли значних успіхів у розвитку власних систем охорони здоров'я. У багатьох зарубіжних країнах майже половина всіх лікарів – лікарі загальної практики. У Великобританії на всіх медичних факультетах є кафедри сімейної медицини, а 50% випускників вищих навчальних медичних закладів працюють сімейними лікарями. Країни Північної Європи мають три-, п'ятирічні програми післядипломної підготовки фахівців сімейної медицини [1].

Протягом багатьох років на утримання позалікарняних закладів, де починають і закінчують лікування близько 80% пацієнтів, витрачалось приблизно 20% асигнувань на охорону здоров'я, в т.ч. на первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) – до 8%. Недоліки в організації ПМСД призвели до непропорційного розвитку більш дорогих видів медичної допомоги – спеціалізованої, стаціонарної, швидкої. Такі прорахунки в організації ПМСД сприяють нераціональним витратам кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів системи охорони здоров'я [4].

Всесвітня асамблея охорони здоров'я в 1970 році ухвалила резолюцію про принципи розвитку національної охорони здоров'я, в якій було зроблено спробу сформулювати прийнятну для всіх країн-членів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) Концепцію ПМСД. Цією концепцією визначено, що "служби ПМСД є загальними службами охорони здоров'я, з якими населення зустрічається при першому зверненні за медичною допомогою. Первинні служби займаються здоров'ям людей, а також здоров'ям суспільства. Вони є відповідальними не тільки за лікувальні, але й за профілактичні види діяльності стосовно окремих особистостей і суспільства в цілому".

Значення ПМСД, з погляду на покращання здоров'я населення, було визначено в Алма-Атинській декларації ВООЗ у 1978 р., яка ініціювала проведення реформ у галузі первинної медико-санітарної допомоги у багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні.

Були визначені наступні функції ПМСД:

- сприяння раціональному харчуванню і достатньому забезпеченню доброякісною водою;

- проведення основних санітарно-гігієнічних заходів;
 - охорона здоров'я матері і дитини, планування сім'ї;
 - вакцинація проти основних інфекційних захворювань;
 - профілактика місцевих ендемічних захворювань і боротьба з ними;
 - санітарна освіта з актуальних проблем охорони здоров'я і способу їх вирішення, профілактика захворювань;
 - лікування найбільш розповсюджених захворювань і травм.
- Як бачимо, абсолютна більшість функцій ПМСД має профілактичну спрямованість.

Світовий досвід свідчить, що найбільш оптимальною формою перебудови ПМСД повинно бути впровадження сімейної медицини, а основні зусилля охорони здоров'я і сімейних лікарів повинні спрямовуватися на управління здоров'ям, а не хворобою, як це має місце на практиці.

Метою реформування ПМСД шляхом впровадження загальної лікарської практики сімейної медицини є покращання стану здоров'я населення, удосконалення системи медичної допомоги шляхом забезпечення її доступності на первинному рівні, наближення до кожної сім'ї при раціональному використанні ресурсів області.

Головні завдання перебудови ПМСД [5]:

- формування державної політики в галузі охорони здоров'я на основі її профілактичної спрямованості;
- раціональна організація кваліфікованої медико-санітарної допомоги в умовах змін соціально-економічних відносин і обмеженого ресурсного забезпечення галузі;
- підвищення економічної, соціальної та медичної ефективності ПМСД;
- наближення кваліфікованої медичної допомоги до кожної сім'ї і підвищення її доступності;
- задоволення потреб населення в одержанні гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги на первинному рівні;
- підвищення відповідальності лікаря за здоров'я кожного члена сім'ї, формування здорового способу життя, проведення профілактичних заходів, надання медичної допомоги при найбільш поширених захворюваннях і ситуаціях, що потребують оперативного втручання;
- створення дійової системи забезпечення ПМСД за умови опрацювання стандартів якості, ліцензування та акредитації ланок ПМСД, сертифікації та атестації її працівників;
- удосконалення інформаційного забезпечення та управління діяльністю ланок ПМСД;
- вирішення проблем кадрового, фінансового і матеріально-технічного забезпечення ПМСД;
- підвищення ролі молодших спеціалістів у наданні ПМСД;
- створення системи підготовки кадрів для ланок ПМСД на до- і післядипломному рівнях;
- розвиток наукових досліджень з проблем ПМСД.

Принципи реформування ПМСД :

- орієнтація на сім'ю;
- забезпечення безперервності медичної допомоги від народження людини впродовж всього її життя;
- профілактична спрямованість на формування, збереження і зміцнення здоров'я кожної сім'ї;
- врахування в медичній діяльності впливу на пацієнтів соціально-економічних, екологічних, спадкових, психологічних та інших чинників.

Процеси реформування охорони здоров'я охопили практично всі країни Європи, невід'ємним компонентом яких стало удосконалення ПМСД.

З перших днів становлення України як незалежної держави Міністерство охорони здоров'я, спираючись на світовий досвід, вважає реформування ПМСД пріоритетним напрямом в розвитку вітчизняної охорони здоров'я. Такі підходи до ПМСД закріплені в Основах законодавства України про охорону здоров'я (1992).

Важливими нормативними документами щодо подальшого удосконалення ПМСД є затвердження Указом Президента України Концепції розвитку охорони здоров'я населення України (2000 р.) та Постанова Кабінету Міністрів України №989 (2000 р.) "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я". Метою зазначеної Концепції є покращання стану здо-

ров'я населення на основі удосконалення системи медичної допомоги, наближення до кожної сім'ї, підвищення якості та ефективності при раціональному використанні ресурсів галузі [3].

Міністерство охорони здоров'я України 11.09.2000 р. видало наказ за № 214 "Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини". Розроблено і затверджено пакет нормативних документів, що регламентують діяльність закладів і підрозділів сімейної медицини.

Наказ МОЗ України від 23.02.2001 р. № 72 "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини" містить:

- Положення про лікаря загальної практики - сімейної медицини.
- Положення про медичну сестру загальної практики - сімейної медицини.
- Положення про відділення загальної практики - сімейної медицини.
- Положення про денний стаціонар.
- Положення про стаціонар вдома.
- Кваліфікаційну характеристику лікаря та медичної сестри зі спеціальності "Загальна практика-сімейна медицина".

Таким чином, в Україні створена нормативно-правова база функціонування сімейної медицини.

На підставі вивчення світового та вітчизняного досвіду надання первинної медико-санітарної допомоги співробітниками Українського інституту громадського здоров'я науково обгрунтовано та апробовано на експериментальних територіях наступні основні найбільш прийнятні моделі організації ПМСД на засадах сімейної медицини [5], які ввійшли в "Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної медицини в Україні" [3], ухвалені І з'їздом сімейних лікарів України 7-9 листопада 2001 р. у м. Львові (рис. 1):

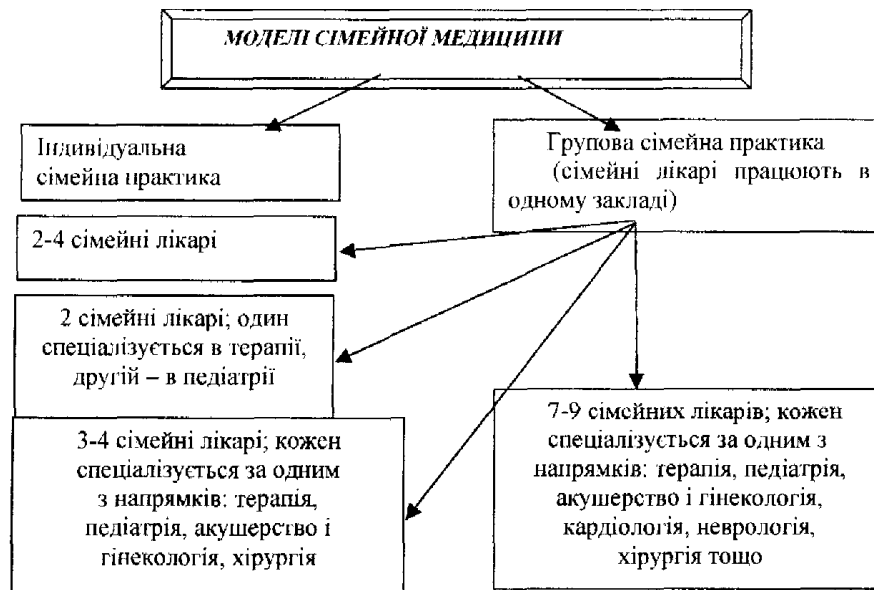


Рис.1. Можливі варіанти сімейної медицини [3].

- Групова практика медичної допомоги у складі комплексних бригад (терапевт, педіатр, акушер-гінеколог та ін.).
- Лікар загальної практики, який надає багатопрофільну медичну допомогу закріпленому за ним населенню (дорослому та дитячому).
- Сімейний лікар, який обслуговує всю родину.

Сімейний лікар може працювати індивідуально чи з іншими лікарями (групова практика). Індивідуальна практика може бути доцільною в населених пунктах із малою чисельністю населення, в нових районах міст без розвинутої інфраструктури медичних закладів, при розкиданості територіальних ділянок.

Реформування ПМСД на засадах сімейної медицини повинно супроводжуватися реформуванням й інших рівнів медичної допомоги (рис.2).

Сімейний лікар на кожному з цих рівнів бере активну участь у консультативному, діагностичному, лікувальному та реабілітаційному процесах пацієнтів. Особливістю організації медичної допомоги на вторинному і третинному рівнях в умо-

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА	Амбулаторії (відділення) лікарів загальної практики - сімейних лікарів	Самостійні амбулаторії або відділення поліклініки
ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА	Загальні консультативні лікувально-діагностичні центри	При стаціонарах або поліклініках
	Спеціалізовані консульта- тивні лікувально – діагнос- тичні центри	При диспансерах або спеціалізованих лікарнях
ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА	Спеціалізовані консульта- тивні лікувально – діагнос- тичні центри	При клінічних лікарнях, клініках НДІ
	Загальні консультативні лікувально – діагностичні центри	При обласних лікарнях

Рис.2. Структурна схема організації ПМСД в умовах впровадження сімейної медицини [3].

вах сімейної медицини є її економічний вплив з боку сімейного лікаря за умов, що він визначений як первинний фондоотримувач ресурсів [3].

Одним із розділів Концепції розвитку охорони здоров'я населення України є також підготовка спеціалістів за фахом "Загальна практика - сімейна медицина". Реформування ПМСД висуває високі вимоги до якості підготовки медичних кадрів.

Як було зазначено на I з'їзді сімейних лікарів України, суттєвих змін потребує сама система додипломної та післядипломної підготовки лікарів за фахом "Загальна практика - сімейна медицина". Готуючи кадри для загальної практики, викладачі повинні усвідомлювати самі і переконувати тих, кого вчать, що диктує безальтернативну необхідність сімейної медицини [1]:

1. Покращання якості надання медичних послуг у первинній ланці, особливо на селі.

2. Зростає персональна відповідальність лікаря за здоров'я пацієнта та його сім'ї в цілому.

3. Забезпечується конституційне право громадян на вибір лікаря.

4. Економічна доцільність.

Досвід регіонів показує, що сімейний лікар бере на себе до 85% обсягу лікувально-діагностичної роботи і відповідно у 2-3 рази зменшується число направлень до "вузьких" спеціалістів та на 20% - частота викликів швидкої допомоги [1].

В Україні існують такі моделі викладання сімейної медицини на післядипломному етапі [2]:

1. Кафедра сімейної медицини, що представлена терапевтами та спеціалістами суміжних кафедр академії (більш, ніж з 20 спеціальностей).

2. Кафедра сімейної медицини, що представлена терапевтами, педіатрами, неврологами, акушер-гінекологами, хірургами та спеціалістами суміжних кафедр академії.

3. Факультети сімейної медицини.

Однією з найважливіших проблем сьогодення є відсутність до цього часу затвердженого положення про кафедру сімейної медицини, яке б регламентувало її діяльність, оснащення, забезпечення штатами. Виникла нагальна необхідність у створенні цілісної системи підготовки майбутніх викладачів нової формації [2].

На I з'їзді сімейних лікарів виділені основні пріоритети, які стоять перед вищою освітою у сфері підготовки сімейних лікарів [1]:

1. Удосконалити освітньо-професійні програми та розробити систему освітніх стандартів для підготовки сімейних лікарів.

2. Покращити інтеграцію між додипломною і післядипломною освітою у підготовці лікарів загальної практики - сімейної медицини.

3. Створити єдиний державний підручник «Сімейна медицина» для студентів і інтернів.

4. Збільшити обсяги підготовки сімейних лікарів у магістратурі та клінічній ординатурі.

5. Суттєво збільшити державне замовлення на підготовку сімейних лікарів, особливо для потреб села.

6. Ширше впроваджувати в процес підготовки сімейних лікарів нові інформаційні та навчальні комп'ютерні технології.

7. Розширити наукові дослідження з проблем сімейної медицини.

У Буковинській державній медичній академії підготовка спеціалістів за фахом "Загальна практика - сімейна медицина" здійснюється двома шляхами. Перший (з 1996 року) – дворічна інтернатура, другий – (з 2001 року) вторинна спеціалізація лікарів-терапевтів та педіатрів зі стажем на очних та очно-заочних циклах.

З метою удосконалення системи підготовки лікарів за спеціальністю "Загальна практика - сімейна медицина", згідно з рішенням вченої ради БДМА та на підставі дозволу МОЗ України від 07.06.2001 року № 31/1309 з 1 липня 2001р. створено кафедру сімейної медицини. Основною базою кафедри є міська поліклініка №3, де в червні 2001 року відкрито відділення сімейної медицини. Клінічними базами новоствореної кафедри є також поліклініка №1, міська дитяча поліклініка, міський пологовий будинок №2. Для навчального процесу використовується низка стаціонарних клінічних закладів міста – обласна лікарня, 3-тя міська лікарня, кардіодиспансер, лікарня швидкої медичної допомоги, обласні дитячі лікарні №1 і №2, обласний психоневрологічний диспансер та ін. На кафедрі працюють 2 професори, 2 доценти, 8 асистентів. Склад кафедри, на відміну від інших відповідних кафедр вищих медичних закладів України, є багатопрофільним. Підготовку майбутніх сімейних лікарів здійснюють терапевти, педіатри, хірург, акушер-гінеколог та невропатолог. Крім того, інтерни та курсанти проходять навчання за 12 спеціальностями на 8 кафедрах медакадемії, яке координується кафедрою сімейної медицини.

На даний момент на кафедрі проходять навчання 20 інтернів та перепідготовку – 50 лікарів. Принципово новим є організація навчального процесу в умовах поліклінік, при тісній співдружності працівників кафедри з відділенням сімейної медицини та дільничою мережею, які надають амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу населенню на догоспітальному етапі лікування з денним стаціонаром.

Перший досвід, набутий кафедрою сімейної медицини в процесі підготовки спеціалістів, аналізу інфраструктури медичних закладів Чернівецької області, спільної думки лікарів та керівників практичної охорони здоров'я дає змогу дійти висновку, що в умовах нашої області можуть успішно функціонувати всі три моделі організації ПМСД на засадах сімейної медицини. Групова практика, на наш погляд, може бути організована в обласному центрі в поліклініках №1 і №2. В інших поліклініках м. Чернівці, а також в районних центрах може бути впроваджена друга модель - це лікар загальної практики, який надає багатопрофільну медичну допомогу дорослому чи дитячому населенню. При цьому до складу відділень сімейної медицини повинні бути включені як лікарі терапевти, так і педіатри - після перепідготовки на кафедрі сімейної медицини. На периферії м. Чернівці, в умовах сільських населених пунктів області перевагу слід надавати третій моделі - сімейний лікар, який обслуговує всю родину. В умовах гірських районів області повинні зберігатися фельдшерсько-акушерські пункти.

Практика показує, що лікарі сільських амбулаторій (терапевти і педіатри) давно виконують функції сімейного лікаря. Після перепідготовки спеціалістів на кафедрі сімейної медицини, відповідного дооснащення й організації нових функціональних підрозділів сільських амбулаторій вони стануть сімейними в справжньому розумінні цього слова.

Література. 1. *Вороненко Ю.В.* Стан та перспективи підготовки спеціалістів за фахом "Загальна практика – сімейна медицина" в Україні // Вибрані матеріали І з'їзду сімейних лікарів України 7-9 листопада 2001 р., м. Львів. – Київ-Львів, 2001. – С. 16-21. 2. *Гурін В.М., Лисенко Г.І., Яценко О.Б., Матюха Л.Ф.* Наше бачення шляхів удосконалення підготовки викладачів та лікарів за фахом "Загальна практика-сімейна медицина" // Вибрані матеріали І з'їзду сімейних лікарів України 7-9 листопада 2001 р., м.Львів. – Київ-Львів, 2001. - С. 82 – 86. 3. *Москаленко В.Ф.* Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної медицини в Україні // Доповідь Міністра охорони здоров'я В.Ф.Москаленко на І з'їзді сімейних лікарів України 7-9 листопада 2001 р., м. Львів. – Київ-Львів, 2001. – 31 с. 4. *Пономаренко В.М., Ціборовський О.М.* Наукове обґрунтування реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини // Матер. І Укр. з'їзду сімейних лікарів. – Київ-Львів, 2001. – С. 14-16. 5. *Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики сімейної медицини: інструктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря / За ред. В.М.Пономаренка.* – Київ, 2000. – 185 с.

TOPICAL PROBLEMS OF TRAINING A FAMILY DOCTOR

V.P.Pishak, M.Yu.Kolomoiets, S.V.Biletskyi

Abstract. Tasks and principles of the reformation of the primary health care in Ukraine by means of introducing Family Medicine are adduced. The organization of experience and activities of the Department of Family Medicine of Bukovinian State Medical Academy has been generalized.

Key words: primary health care, Family Medicine.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 14.06.2002 року