

# Сімейна медицина – пріоритетний напрям розвитку охорони здоров'я (Огляд літератури)

Є. Є. Латишев<sup>1</sup>, Я.І. Августинович<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»

У статті висвітлюються результати вивчення змісту та основних характеристик сімейної медицини в Україні та світі. Представлений аналіз і тенденції її організації та функціонування у різних країнах світу. Результати дослідження сформовані в систему знань.

**Ключові слова:** сімейна медицина, організація охорони здоров'я, медичні кадри.

Здоров'я є найважливішим з прав людини та найвищою людською цінністю, від якої залежить економічний, фізичний та духовний потенціал суспільства. Це показник соціального і культурного прогресу, один із головних елементів національного багатства, тому кожна держава розглядає охорону та зміцнення здоров'я громадян як своє найголовніше завдання. Профілактична медицина як один із основних напрямків збереження та зміцнення здоров'я населення у сучасних умовах розвитку медичної галузі на рейках розбудови сімейної медицини набуває все більшого значення. Саме на принципах профілактики мають базуватись більшість технологій та програм розвитку усіх розділів прикладної медицини [1].

Одним з найбільш перспективних напрямків удосконалення системи охорони здоров'я населення України є становлення і розвиток сімейної медицини [13], а пріоритетом в удосконаленні розвитку лікувально-профілактичної допомоги є якість і доступність первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) населенню [3, 10, 13]. У резолюції Алма-Атинської конференції ПМСД розглядається як один із провідних інструментів стратегії досягнення здоров'я для всіх, позаяк вона, будучи центральною ланкою усєї системи охорони здоров'я, складає невід'ємну частину всього процесу соціально-економічного розвитку суспільства [9].

**Мета дослідження:** вивчення і аналіз стану та визначення перспективи розвитку ПМСД на засадах загальної практики–сімейної медицини в Україні. Для цього були використані бібліографічний, аналітичний методи та системний підхід. У якості джерельної бази – наукові публікації за темою, що вивчається.

У спільному документі Всесвітньої організації охорони здоров'я і Всесвітньої організації сімейних лікарів 2002 р. відзначено, що країни, які прагнуть покращити здоров'я населення, повинні створити ПМСД як надійний фундамент, на якому можна будувати всю систему охорони здоров'я. Сімейна медицина при цьому може слугувати цементуючим розчином, який зробить фундамент ще більш міцним. Оптимальна система ПМСД забезпечує всеосяжність і перманентність медичного обслуговування. Воно складається з базової медичної допомоги, спрямованої на всіх громадян, а також додаткової допомоги, яка надається групам людей із загальними медичними проблемами [8].

Основна мета будь-якої системи охорони здоров'я – надання населенню доступної, якісної медичної допомоги, по-

кращання стану здоров'я суспільства в цілому і кожного громадянина окремо. Це було ще раз переконливо підтверджено у жовтні 2003 р. на конференції в Алма-Аті, присвяченій 25-й річниці прийняття Декларації щодо ПМСД. Конференція проходила під девізом: «Здоров'я для всіх – людина передусім» [1, 12, 13].

Процеси глобалізації у суспільстві призвели до міграції кадрів; кадрового дисбалансу (лікарі і сестринський персонал, місто і село); надмірної спеціалізації лікарських кадрів за рахунок ПМСД; відсутності належної уваги у підготовці кадрів з суспільної охорони здоров'я. Немає сумнівів у тому, що для покращання здоров'я населення потрібна ефективна, гнучка і економічно вигідна система охорони здоров'я. Центр тяжіння все більше переміщується з лікувальної діяльності у сферу профілактики. Основними причинами дезінтеграції у радянській системі охорони здоров'я були: залишковий принцип фінансування; нерациональне використання основних ресурсів (кадри, фінанси, устаткування); повільне впровадження сучасних медичних технологій; зниження кваліфікації медичного персоналу в первинній ланці; збереження надмірної спеціалізації лікарів у поліклініках; зниження у медичних працівників мотивації до покращання показників роботи і системного підвищення кваліфікації [7, 13].

Ситуація, яка склалася, потребує перегляду системи надання ПМСД в амбулаторно-поліклінічних умовах. Головний напрямок реструктуризації відображається у документах Міністерства охорони здоров'я, де основна роль у вирішенні всіх клінічних і профілактичних питань на рівні первинної ланки відведена сімейному лікарю.

Як стверджують автори, ВООЗ розглядає ПМСД у якості одного з провідних інструментів досягнення стратегії здоров'я для всіх, позаяк виконує головну функцію охорони здоров'я. Вона надається в амбулаторно-поліклінічних закладах дільничними лікарями (терапевтами і педіатрами), лікарями загальної практики (сімейними лікарями), а також сестринським персоналом у фельдшерсько-акушерських пунктах. Понад 80 % населення, яке звертається по медичну допомогу, починає і закінчує лікування на рівні амбулаторно-поліклінічного закладу, у якому вирішується більшість медико-соціальних проблем. Від стану амбулаторно-поліклінічної допомоги здебільшого залежать ефективність і якість діяльності усєї системи охорони здоров'я [2, 6].

Слід підкреслити, що ПМСД має територіальну, фінансову та функціональну доступність. Найбільше навантаження з надання ПМСД виконують амбулаторно-поліклінічні заклади, центральною ланкою в яких є дільнична служба. Структурна перебудова системи організації медичної допомоги обґрунтовує нові вимоги до лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Дільничний лікар поступово втрапив почуття відповідальності за стан здоров'я свого хворого. Тепер він не координує усі питання лікувально-профілактичної та ре-

абілітаційної допомоги прикріпленому контингенту, не забезпечує доступність її у різних лікувально-профілактичних установах (ЛПУ). Так сформувалося соціальне замовлення у суспільстві на появу в структурі ПМСД лікарської спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина». Перехід до надання ПМСД за принципом загальної лікарської практики виявився надзвичайно важким, позаяк потребував розроблення нових нормативно-правових документів, зміни форм фінансування та оплати праці, створення та апробації різних моделей організації спільних лікарських практик та психологічної перебудови як медичного персоналу, так і населення [1, 3, 5, 6].

Експерти різних країн домовилися про ідентичність поняття «лікар загальної практики–сімейний лікар», тому що його функції, згідно з визначенням, розділити неможливо і вони є ніби єдиним цілим.

У нормативних документах визначено, що лікар загальної практики (сімейний лікар) – це лікар, який пройшов спеціальну післядипломну багатofункціональну підготовку з надання ПМСД пацієнтам та членам їхніх сімей незалежно від статі і віку.

Щоб вирішити ці головні завдання у процесі реформування ПМСД, лікарю загальної (сімейної) практики належить виступати у якості:

1) особи, яка надає медичну допомогу. Крім призначення курсу лікування, лікарі загальної (сімейної) практики повинні урахувувати й інші потреби пацієнта (поліпшення соціальних умов, охорона психічного здоров'я, вирішення сімейних проблем). Вони повинні забезпечувати всебічну допомогу: лікувальну, профілактичну та реабілітаційну;

2) особи, що приймає рішення. Лікарі загальної (сімейної) практики повинні приймати рішення з надання всіх видів медичної допомоги, виходячи з принципів ефективності заходів та їхньої фінансової оптимальності. З усіх можливих способів лікування конкретної хвороби лікарям загальної (сімейної) практики необхідно вміти вибрати найбільш прийнятний у даній ситуації, у тому числі щодо госпіталізації хворого або направлення його на консультацію до лікаря – «вузького» фахівця;

3) просвітителя-пропагандиста. Вирішальний вплив на збереження здоров'я надають такі важливі фактори, як збалансоване харчування, дотримання заходів безпеки на робочому місці, спосіб проведення дозвілля. Лікарі загальної (сімейної) практики повинні вміти переконувати людей, щоб кожна людина відчувала відповідальність за зміцнення і збереження власного здоров'я;

4) громадського лідера й організатора. Лікарі загальної (сімейної) практики повинні знати потреби і проблеми суспільства. Знаючи про залежність здоров'я від стану навколишнього середовища і соціального оточення, оцінюючи наслідки кожної проблеми і ризику для здоров'я, лікарі зобов'язані не тільки лікувати пацієнтів у разі звернення по допомогу, а й організувати заходи з охорони здоров'я населення у суспільстві, що принесуть величезну користь значній кількості людей;

5) керівника. Щоб успішно виконати наведені вище функції, лікарі загальної (сімейної) практики повинні опанувати управлінські навички. Вони допоможуть їм налагодити обмін інформацією для прийняття правильних рішень.

Перелік функцій лікаря загальної практики декларує, що даний лікар:

1) проводить лікувальні та реабілітаційні заходи в обсязі своєї компетенції;

2) здійснює профілактичну роботу, спрямовану на виявлення ранніх і прихованих форм захворювань, соціально значущих хвороб і факторів ризику;

3) здійснює диспансерний нагляд за станом здоров'я пацієнтів з проведенням необхідного обстеження, лікування та оздоровлення;

4) надає необхідну медичну допомогу хворим вдома при гострих і загостреннях хронічних захворювань, визначає тактику надання подальшої медичної допомоги;

5) консультує і госпіталізує хворих;

6) проводить роботу з гігієнічного виховання населення, пропаганди здорового способу життя, попередження розвитку захворювань;

7) проводить лікування у денному стаціонарі;

8) проводить експертизу тимчасової непрацездатності пацієнтів, направляє в бюро медико-соціальної експертизи, проводить обов'язкові попередні або періодичні медичні огляди працівників і водіїв транспортних засобів;

9) організовує медико-соціальну допомогу спільно з органами соціального захисту самотнім, старим, інвалідам, хронічним хворим, дітям-інвалідам;

10) надає консультативну допомогу сім'ї з питань: імунопрофілактики; вигодовування, гігієнічного виховання дітей, попередження відхилень у стані здоров'я дітей, підготовки їх до вступу в освітні установи, профорієнтації; охорони репродуктивного здоров'я, забезпечення безпечного материнства, планування сім'ї, контрацепції, етики, психології, гігієни, соціальних та медико-сексуальних аспектів сімейного життя;

11) направляє на санаторно-курортне лікування;

12) організовує протиепідемічні заходи;

13) веде облікову та звітну документацію, планує роботу, регулярно аналізує свою діяльність з профілактичної допомоги, є членом різних громадських і професійних організацій.

Отже, лікар загальної практики зобов'язаний володіти у першу чергу лікарськими маніпуляціями терапевтичного профілю, тобто вміти надавати кваліфіковану, терапевтичну допомогу при поширених захворюваннях внутрішніх органів і систем, а також проводити лікарські лікувально-діагностичні заходи, тобто надавати першу лікарську допомогу при суміжних захворюваннях і невідкладних станах [5].

З точки зору огляду міжнародного досвіду функціонування сімейної медицини слід зазначити, що, наприклад, у Канаді сімейна медицина традиційно має тверду основу. Половину всіх лікарів складають вузькі спеціалісти, всі інші лікарі є лікарями загальної практики. Десять тисяч лікарів є членами Канадського коледжу сімейних лікарів.

У США на початку 90-х років ХХ століття тільки 15% лікарів працювали в області сімейної медицини, а вже до 1995 року їхня кількість збільшилась до 20–25%.

На відміну від більшості країн Латинської Америки, у Коста-Риці існує активна програма підготовки з сімейної медицини.

В Ірландії з випускників, які залишаються працювати в країні, третина приходять у сімейну практику. Існує і програма післядипломної підготовки.

У Великій Британії, Голландії, Ісландії практично у всіх медичних школах є кафедри сімейної медицини, і більше половини випускників ідуть в сімейну медицину. Тут існує трьохрічна програма післядипломної підготовки.

Шрі-Ланка має сильну організацію сімейних лікарів, у цій країні існує диплом з сімейної медицини [13].

Наведений аналіз наукових джерел інформації свідчить про те, що сімейна медицина добре розвинута в багатьох країнах світу і активно продовжує розвиватися. Існує Міжнародна асоціація лікарів загальної практики (сімейних лікарів), яка складається з національних асоціацій, куди входять близько 150 тис. лікарів. Основними напрямками діяльності Міжнародної асоціації лікарів загальної практики є: збір і поширення інформації про сімейну медицину, сприяння різним видам обміну між організаціями-членами і утворення нових організацій сімейних лікарів.

Стратегія розвитку ПМСД в Україні базується на принципах ВООЗ відповідно до Європейської програми «Здо-

ров'я для всіх у XXI столітті». Однак розвиток ПМСД в Україні відбувається досить повільними темпами і не відповідає кращим світовим підходам. Пропонується якісно нова функціонально-організаційна модель організації ПМСД на засадах загальної практики–сімейної медицини, яка передбачає розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги зі створенням центрів ПМСД, що мають функціонально-організаційні особливості у сільській місцевості та містах. На території діяльності центру ПМСД забезпечується право кожної сім'ї щодо вільного вибору сімейного лікаря, а лікарі загальної практики–сімейної медицини визначають медичний маршрут пацієнта.

Важливою складовою інноваційних підходів в організації ПМСД є зміна підходів до фінансування первинного рівня медичної допомоги, яка полягає в об'єднанні фінансових ресурсів для надання ПМСД на районному/міському

рівні, упровадженні договірних відносин між замовником і постачальником медичних послуг, упровадженні в оплаті праці медичних працівників первинної ланки подушного підходу при забезпеченні стимулювальних надбавок за пріоритетні види діяльності [3].

## ВИСНОВКИ

Таким чином, наведений аналіз наукових інформаційних джерел свідчить про те, що сімейна медицина добре розвинута в багатьох країнах світу, а в Україні подальший розвиток спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина» є одним з пріоритетів охорони здоров'я, що сприятиме покращенню доступності та якості медичної допомоги.

Викладений аналіз деяких наукових публікацій обґрунтовує **перспективи подальших наукових досліджень** з організаційних аспектів сімейної медицини.

## Семейная медицина – приоритетное направление развития здравоохранения (Обзор литературы)

**Е.Е. Латышев, Я.И. Августинович**

В статье освещаются результаты исследования содержания и основных характеристик семейной медицины в Украине и мире. Представлен анализ и тенденции ее организации и функционирования в различных странах мира. Результаты исследования сформированы в систему знаний.

**Ключевые слова:** семейная медицина, организация здравоохранения, медицинские кадры.

## Family medicine – a priority direction of development of public health (Literature review)

**E.E. Latyshev, Y.I. Avgustinovich**

Highlights the results of the research content and the basic characteristics of family medicine in the world and Ukraine. An analysis of trends and its organization and functioning in various countries of the world. Results of the study are formed in the system of knowledge.

**Key words:** family medicine, Public Health, medical staff.

## Сведения об авторах

**Латышев Евгений Евгеньевич** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 205-49-46

**Августинович Ярослава Игоревна** – Коммунальное учреждение «Васильковский районный центр первичной медико-санитарной помощи», 07601, Киевская область, г. Васильков, ул. Декабристов, 89

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Марчук Н.В. Обґрунтування та розробка системи організації та профілактичної діяльності закладів загальної практики–сімейної медицини: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / Н.В. Марчук. – К., 2008.
2. Рякова Е.О. Организационные основы системы семейной медицины: опыт планирования и внедрения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / Е.О. Рякова. – Душанбе, 2006.
3. Кризина Н. П., Слабкий В. Г. Стан та перспективи розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини: Наукові розвідки з державного та муніципального управління / Зб. наук. праць Академії муніципального управління. – К., 2011. – Вип. 1. – С. 70–81.
4. Мальцева О.А. Организация общей врачебной практики (семейная медицина): Учебно-методическое пособие / О.А. Мальцева. – Чебоксары.
5. Москаленко В. Діяльність галузі охорони здоров'я у 2000 році, завдання щодо подальшого її розвитку та поліпшення рівня здоров'я населення України // Ваше здоров'я. – 2001. – № 8.
6. Сагеев С.С. Актуальные аспекты первичной медико-санитарной помощи / С.С. Сагеев // Вестник КАЗНМУ. – 2006.
7. Чуднов В.П. Организация первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне в современных условиях: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / В.П. Чуднов. – Москва, 2005.
8. Нугманова Дамиля Развитие системы первичной медико-санитарной помощи в Казахстане: 1996–2007 годы / Ассоциация семейных врачей Казахстана // Кафедра семейной медицины АГИУВ. – 2007.
9. Миралиев С.Р. Медико-социальные проблемы внедрения и совершенствования деятельности общей (семейной) практики (на примере Республики Таджикистан): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и

- здоровоохранение» / С.Р. Миралиев. – Казань, 2009.
10. Дашанимаева И. М. Совершенствование организации клиничко-экспертной работы в условиях общей врачебной практики в Республике Бурятия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / И.М. Дашанимаева. – Москва, 2007.
11. И.Н. Денисов. Общая врачебная практика (семейная медицина): перспективы развития // ГИДУВ «Журнал «Здравоохранение Чувашии». – 2004. – № 2.
12. Вилков В.Г. Семейная медицина – зарубежный и отечественный опыт (лекция) // Южно-Российский медицинский журнал. – 2000. – № 5–6. – С. 71–85.
13. Становлення, розвиток та ефективність сімейної медицини // Журнал «Открытый урок». – 2010. – № 11.
14. Лисица Д.Н. Организация и методология решения проблем пациентов в общей врачебной практике: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / Н.Д. Лисица. – Москва, 2007.
15. Волнухин А.В. Стационарзамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача): организационно-экономические аспекты: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение» / А.В. Волнухин. – Москва, 2010.
16. Павленко Т.Н. Сестринское образование в России: подготовка и роль преподавательских кадров: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / Т.Н. Павленко. – Москва, 2003.
17. Третьяков Г.В. Сельский участковый врач как семейный врач: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / Г.В. Третьяков. – Омск, 1996.
18. Кузнецова А.Л. Семейный врач в современной России: опыт социального портрета: Автореф. дис. ... канд. соц. наук: спец. 14.00.52 «Социология медицины» / А.Л. Кузнецова. – Волгоград, 2004.

Статья поступила в редакцию 03.02.2016