

УДК 351.77:614.2.004.68(477)

**Б. Лемішко,
Р. Грицко**

КЛАСИФІКАЦІЇ ТА ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ У ПРОЦЕСІ ДЕРЖАВНОГО МОДЕРНІЗАЦІЙНОГО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Запропоновано модернізовані підходи щодо класифікації рівнів медичної допомоги та окремих термінів, які виникли у процесі реорганізації системи охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: рівні медичної допомоги, родинна медицина, медична допомога, медична опіка, медична послуга.

Інтенсивна робота, яка ведеться в Україні щодо модернізаційного розвитку системи охорони здоров'я (далі – СОЗ), вимагає, на нашу думку, певних класифікаційних та термінологічних підходів до цього процесу. Так, сучасний поділ системи охорони здоров'я на три рівні вимагає певних уточнень і змін.

Оскільки система охорони здоров'я базується на колективних (“бригадних”) принципах професійної діяльності медичних працівників, засадничими принципами класифікації СОЗ за її рівнями треба визнати класифікацію закладів (підрозділів закладів) охорони здоров'я, а не окремих фахівців.

До *першого рівня* медичної допомоги доцільно віднести, як це визначено “Основами законодавства України про охорону здоров'я” [1], заклади первинної медико-санітарної допомоги (далі – ПМСД), які надають постійну медичну допомогу територіальним громадам відповідно до адміністративного поділу щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп, а також відновлення здоров'я хворих на різні захворювання чи патологічні стани за участю родин і територіальних громад.

Другий рівень медичної допомоги (спеціалізована медична допомога) – це лікарняні (госпітальні) лікувально-профілактичні заклади, які надають індивідуальну медичну допомогу хворим при найпоширеніших захворюваннях травмах, отруєннях чи станах (вагітність тощо) з цілодобовим спостереженням за хворим чи вагітними в умовах лікувально-профілактичного закладу.

Третій рівень медичної допомоги (високоспеціалізована, високотехнологічна медична допомога) – це заклади, які надають індивідуальну високоспеціалізовану медичну допомогу при окремих захворюваннях чи групах захворювань із використанням вузькопрофільних фахівців і високотехнологічної діагностичної та лікувальної апаратури.

За такими визначеннями, до закладів ПМСД доцільно віднести фельдшерсько-акушерські пункти, які надають медичну допомогу в поселеннях із кількістю населення до 1000 тис.; сільські лікарські амбулаторії та амбулаторії сімейної медицини, що надають первинну медико-санітарну допомогу населенню в окремих поселеннях чи мікрорайонах великих поселень із кількістю населення 1000 – 10000; поліклінічні відділення районних (номерних, територіальних) лікарень чи відділення ПМСД районних (міських) поліклінік, які надають ПМСД від 10000 до 30000 населення; а також центральні районні поліклініки чи самостійні районні

центри ПМСД та поліклінічні відділення центральних районних лікарень, які надають первинну медико-санітарну допомогу понад 30 тис. населення сільських районів. До закладів ПМСД належать також міські поліклініки, які надають ПМСД населенню адміністративних районів у містах обласного та загальнодержавного підпорядкування, що поділені на адміністративні райони, кожний з яких має свій бюджет [2, 3].

До закладів вторинної медичної допомоги необхідно віднести дільничні лікарні, якщо вони залишаться в окремих поселеннях України після реформування галузі; районні номерні (територіальні) лікарні у сільських районах, які надають шпитальну допомогу визначеній та приписній до них частині населення району; центральні районні лікарні та госпітальні бази округів, а також територіальні медичні об'єднання, за якими залишається право організаційно-методичного керівництва лікарняною допомогою в районі, консультативної допомоги іншим закладам шпитальної допомоги районів, складної спеціалізованої медичної допомоги при поширених захворюваннях і визначення показань для скерування хворих на консультацію та лікування на третій рівень медичної допомоги; міські лікарні, які можуть мати у своєму складі й окремі високоспеціалізовані підрозділи, що надають високотехнологічну шпитальну допомогу при різних захворюваннях. Заклади лікарняної допомоги не прив'язані до окремих адміністративних районів сільської місцевості чи міст (госпітальні бази, госпітальні округи) і фінансуються з обласних бюджетів [4].

До закладів третього рівня належать обласні лікарі, диспансери та центри; клініки медичних університетів і академій, а також науково-дослідних інститутів; загальнодержавні лікувально-профілактичні заклади, у яких більшість підрозділів надають високоспеціалізовану медичну допомогу. При таких лікарняних закладах організовуються поліклініки, які надають високоспеціалізовану амбулаторну консультативну, лікувально-профілактичну та організаційно-методичну допомогу, вирішують питання про госпіталізацію і беруть активну участь у запровадженні науково-інноваційних діагностичних та лікувально-профілактичних технологій у закладах першого і другого рівнів.

У закладах ПМСД за цим класифікаційним поділом можуть працювати фахівці другого рівня медичної допомоги, надаючи переважно консультативну лікувально-діагностичну допомогу спеціалістам ПМСД (сімейним лікарям чи дільничним терапевтам і педіатрам), що суттєво підвищує рівень якості та ефективності первинної медико-санітарної допомоги. При переході закладів ПМСД на засади сімейної медицини доцільно, щоб медичні працівники “вузьких профілів” стали, наприклад, сімейними кардіологами, ендокринологами чи невропатологами, отримавши другу спеціалізацію дитячого чи дорослого профілів із урахуванням першої спеціалізації.

Профіль і спеціальність фахівців “вузьких профілів” у закладах сімейної медицини після отримання закладом статусу комунального некомерційного підприємства, як це передбачено Постановою Кабінету Міністрів України “Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я” № 208 від 17.02.2010 р. [5], має визначити керівник лікувально-профілактичного закладу, залежно від потреби у такій консультативній допомозі фахівцям сімейної медицини.

Заклади швидкої та невідкладної медичної допомоги, мають, на нашу думку, залишитись окремими структурами, які надаватимуть допомогу переважно у випадках, коли заклади ПМСД не можуть її надати у неробочий час, чи у випадках

необхідності отримання такої допомоги в екстремальних ситуаціях при дорожньо-транспортних пригодах. У таких закладах ПМСД, як сільські амбулаторії сімейної медицини, районні поліклініки можуть бути організовані пункти невідкладної допомоги, які частково замінять службу швидкої та невідкладної медичної допомоги у сільській місцевості.

Фахівці сімейної медицини у закладах ПМСД відіграють провідну роль щодо надання валеологічної, профілактичної та лікувально-реабілітаційної допомоги територіальним громадам. Однак сучасний сімейний лікар не в змозі виконати всі вимоги окремих громадян і територіальних громад щодо складного лікувально-діагностичного процесу, який реалізується на догоспітальному етапі. Тому необхідно визначити роль і місце “вузьких спеціалістів”, які працюють у поліклінічних закладах. У процесі модернізації закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини ці спеціалісти виконують значний обсяг діагностичної та лікувально-реабілітаційної допомоги населенню, надаючи професійні консультації фахівцям сімейної медицини.

Завдання цього дослідження полягає у з’ясуванні можливості активної співпраці сімейних лікарів та “вузьких спеціалістів” у самостійній міській поліклініці, сімейні лікарі якої, об’єднанні у центрі ПМСД, надають лікувально-профілактичну допомогу 86 тис. мешканців одного з районів м. Львова.

У закладах ПМСД, що надають медичну допомогу на засадах сімейної медицини, за нашим 9-річним досвідом, можна успішно організувати часткове фондотримання (фонд заробітної плати), а при необхідності й повне фондотримання (всі бюджетні кошти при поособовому фінансуванні) у центрі ПМСД, якщо інші підрозділи поліклініки перевести на господарський розрахунок. Тому ми вважаємо, що створені на виконання названої вище постанови КМУ у самостійних поліклініках чи поліклінічних відділеннях лікарень або територіальних медичних об’єднань центри ПМСД не доцільно реорганізовувати у юридично незалежні заклади. Це вимагатиме додаткових капіталовкладень, однак погіршить професійні контакти між фахівцями сімейної медицини та “вузькими” спеціалістами, тому що вони будуть працювати у різних закладах. Досвід роботи комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова показує, що сімейні лікарі досить часто звертаються до лікарів-спеціалістів неофіційно щодо вирішення багатьох діагностичних і лікувальних питань в окремих клінічних ситуаціях, що унеможливується при їх роботі у різних лікувально-профілактичних закладах.

Консультативний лікувально-діагностичний центр, який вперше в Україні створено у 5-ій поліклініці м. Львова 9 років тому, відіграє важливу роль як у поліпшенні діагностичного процесу, так і наданні первинної медико-санітарної допомоги. При цьому проводиться значна робота вузьких спеціалістів щодо безперервного професійного розвитку фахівців ПМСД, запровадження нових методів діагностики та лікування різних захворювань на позагоспітальному етапі з використанням таких нових форм надання допомоги хворим, як поліпрофільні денні стаціонари, домашні стаціонари з децентралізованою та централізованою формами лікування хворих, домашні хоспіси.

Отже, на нашу думку, відривати силоміць центр ПМСД від інших підрозділів поліклініки не лише не корисно, але й шкідливо щодо поліпшення якості та ефективності первинної медико-санітарної допомоги хворим у закладах першого рівня. Це зводить професійну діяльність сучасного сімейного лікаря до принципів роботи земського лікаря, який працював у зовсім інших умовах з огляду на розвиток

медичної науки та практики охорони здоров'я. Цього не можна пропагувати та допускати у сучасних умовах, створюючи самостійні юридичні особи центрів ПМСД в організаційній системі охорони здоров'я. Це буде негативним явищем у модернізаційному розвитку сімейної медицини в Україні.

Розвиваючи сімейну медицину як надійну і ефективну підсистему охорони здоров'я, яка, за досвідом розвинутих країн світу, дає змогу вирішувати понад 80% всіх проблем зі здоров'ям сучасного суспільства, необхідно модернізувати назву лікарської спеціальності “загальна практика – сімейна медицина”, адже вона також вимагає оновлення. Ця назва наших фахівців сімейної медицини походить від об'єднання назв таких спеціалістів у німецькій та англійській мовах. Коли ця спеціальність вперше затверджувалась в Україні, така назва спеціальності стала компромісом між ініціаторами розвитку сімейної медицини та їх опонентами, які категорично виступали проти сімейної медицини, однак вітали “загальну практику”.

У сучасних умовах розвитку сімейної медицини проявились негативні тенденції щодо появи “лікарів загальної практики педіатрів” та “лікарів загальної практики терапевтів”, які нічим не відрізняються від колишніх дільничних педіатрів і дільничних терапевтів. Такі трансформації лише заплутують шляхи досягнення основної мети сімейної медицини. Тому вважаємо, що, враховуючи деонтологічні принципи роботи сімейного лікаря в Україні, спеціальність “загальна практика – сімейна медицина” доцільно замінити на “родинну медицину”, адже родинний лікар і родинна медична сестра дуже часто опікуються не лише членами однієї родини (сім'ї), але й декількома поколіннями конкретної людини (ріднею хворого), що також вкладається в українськомовне поняття “родина”. Окрім того, слово “родина” і “рідня” дуже близькі за вимовою і змістом, тому родинний лікар стане ще ближчим до сім'ї. Тобто, замінивши назву лікаря загальної практики – сімейної медицини (сімейного лікаря) на родинного, ми наблизим його до будь-якого члена родини, що сприятиме підвищенню мотивації випускників медичних навчальних закладів до такої спеціальності, а людей мотивуватиме до того, щоб родинний лікар став справжнім опікуном їхнього здоров'я, звичайно, якщо родинний лікар буде справжнім професіоналом, а родинна медична сестра буде справжнім партнером родинного лікаря [6, 7].

У комплексному механізмі державного управління здоров'ям як здорової людини, так і хворого завжди можна відрізнити професійні дії медичних працівників, що власне належать до медичної допомоги, без яких хворий не зможе одужати, або одужання буде неповним, від медичної та фармакотерапевтичної опіки.

Медична допомога ґрунтується на патофізіологічних механізмах розвитку захворювань із використанням етіотропної, патогенетичної та саногенетичної терапії. У ст. 3 Закону України “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги” № 3611-VI від 07.07.2011 р. подається таке визначення: “Медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю і пологами” [8].

Медична опіка переважно стосується біологічних, психологічних, соціальних і емоційних відповідей хворої людини на хворобу або дії медичних працівників із профілактичною метою. Медична опіка переважно стосується турботи про задоволення індивідуальних потреб і особливостей кожної людини та їх проявів у процесі обмеження свободи поведінки хворої особи під час захворювання. Тому

медична опіка чи догляд за хворою людиною є основою турботи про хворого з боку медичних працівників протягом усього періоду хвороби для блага пацієнта. Така ж роль медичної опіки у процесі формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп та профілактики захворювань при загрозі їх здоров'ю пацієнта.

Поряд із родинним лікарем завжди працює на правах його партнера медична сестра, основним завданням якої є опіка пацієнта або догляд за хворим. На різних етапах медичної допомоги чи медичної опіки можуть виникнути непередбачувані зміни поведінки пацієнта. Сестринська опіка, що є багатовекторною та багаторівневою, дає змогу уникнути або попередити негативні наслідки неадекватної поведінки хворого чи дії окремих лікувальних та профілактичних процедур, які можуть несприятливо вплинути на перебіг захворювання чи ефективність комплексу профілактичних заходів.

Важливим аспектом медичної опіки в родинній медицині є її пацієнтоорієнтованість. При цьому хвора людина або особа, яка потребує проведення профілактичних заходів, стає у центрі уваги не лише сімейного лікаря, але і медичної сестри та родини пацієнта. Тобто, медична опіка – це складова медичної допомоги та медичного обслуговування, що відповідає його законодавчому визначенню.

Особливого значення набуває медична опіка пацієнтів, спрямована на первинну і вторинну профілактику найпоширеніших захворювань у сфері превентивної медицини та медичної валеології. Медична сестра виконує важливі партнерські функції родинного лікаря, яка на засадах громадського медсестринства активно проводить санітарно-освітню роботу на сімейно-територіальній дільниці щодо профілактики найпоширеніших хвороб і травм, пропагує та запроваджує принципи здорового способу життя, що зменшує вплив поведінкових чинників ризику (гіподинамія, нераціональне харчування, тютюнопаління, алкоголізація тощо) на виникнення нових захворювань і поліпшення перебігу вже наявних хронічних патологічних станів.

Модернізуючи систему охорони здоров'я, доцільно звернути особливу увагу на створення умов для безперервного професійного розвитку родинних (сімейних) лікарів і медичних сестер. Адже родинна медицина – це поліпрофільна спеціальність, яка має у своєму арсеналі величезну суму знань і практичних навиків, що постійно оновлюються. А “Навчально-практичні центри родинної медицини”, положення про які вже опрацьовано МОЗ України, мають стати реальністю у підвищенні якості первинної медико-санітарної допомоги, яка надається на засадах родинної медицини. Такі центри стануть справжніми осередками безперервного професійного розвитку фахівців родинної медицини, що, на вимогу Всесвітньої федерації медичної освіти, має продовжуватися протягом усього професійного життя кожного лікаря [9].

Самостійні міські та центральні районні поліклініки, які приступили до надання ПМСД 100% прикріпленого до них населенню на засадах сімейної медицини, незалежно від того, скільки в цих закладах “вузьких” спеціалістів надають консультативну допомогу сімейним лікарям, мають змінити свою назву на клініки родинної медицини. Це буде відповідати поліпрофільності таких амбулаторних закладів без частини “полі”.

Дуже важливим чинником у підвищенні якості медичної допомоги в закладах родинної медицини має стати сучасне інформаційне забезпечення її фахівців.

Створення автоматизованих робочих місць родинних лікарів дасть змогу розвантажити їх від дуже великого у сучасних умовах обсягу “паперової роботи” та наблизити їх до хворих і здорових пацієнтів. За допомогою комп’ютерних технологій, використовуючи Інтернет, сучасний родинний лікар суттєво також наблизить до свого робочого місця досягнення світової медичної науки та практики охорони здоров’я в різних країнах, що сприятиме безперервному поліпшенню якості медичної допомоги на рівні закладів ПМСД.

Висновки

На основі викладеного вище можна стверджувати, що сучасні заклади первинної медико-санітарної допомоги на засадах родинної медицини можуть надавати якіснішу і ефективнішу медичну допомогу населенню, коли в їх складі будуть працювати фахівці “вузьких спеціальностей”, які безпосередньо консультуватимуть родинних лікарів.

Медична допомога профільних спеціалістів амбулаторно-поліклінічних закладів у лікувально-діагностичному процесі фахівців родинної медицини на догоспітальному етапі сприятиме не лише поліпшенню якості їх професійної діяльності на першому рівні, але й дасть змогу досягнути вирішення понад 80% всіх проблем зі здоров’ям громадян України, як це є у розвинених країнах Європи.

Модернізуючи сучасну первинну медико-санітарну допомогу в країні, доцільно потурбуватись про оновлення термінології у цій сфері. При цьому особливу увагу необхідно звернути не лише на медичну допомогу, але й на медичну опіку пацієнтів, неоднозначність у назві “загальна практика – сімейна медицина”.

Література

1. Основи законодавства України про охорону здоров’я : Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992 р. // Відомості Верховної Ради України [Текст]. — 1993. — № 4. — С. 35.
2. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року : Закон України № 1841-VI від 22.01.2010 р. // Управління закладом охорони здоров’я [Текст]. — 2010. — № 3. — С. 57, 58.
3. Регіональна модель надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у Львівській області / Я. М. Пітко, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк [та ін.] // Практична медицина [Текст]. — 2008. — № 4. — С. 132—141.
4. Петряева Е. Б. О реформировании системы здравоохранения Донецкой области / Е. Б. Петряева // Новости медицины и фармации [Текст]. — 2011. — № 5(356). — С. 2—4.
5. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров’я : Постанова Кабінету Міністрів України № 208 від 17.02.2010 р. // Управління закладами охорони здоров’я [Текст]. — 2010. — № 3. — С. 69—72.
6. Грицко Р. Ю. Державна політика забезпечення медичної опіки – одна із складових сімейної медицини / Р. Ю. Грицко, Я.-Р. М. Федорів, Б. Б. Лемішко // Ефективність державного управління [Текст] : зб. наук. пр. — Вип. 29 / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. — Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2011. — С. 241—248.

7. Лікар загальної практики – сімейний лікар чи просто “родинний лікар” / Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк, В. О. Кобилюх [та ін.] // Матеріали XII конгресу СФУЛТ [Текст]. — Івано-Франківськ ; К. ; Чикаго : [б. в.], 2008. — С. 553.

8. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : Закон України № 3611-VI від 07.07.2011 р. — Ст. 3. — Режим доступу : www.portal.rada.gov.ua.

9. Медична освіта у світі та в Україні [Текст] / Ю. В. Поляченко, В. Т. Передерій, О. П. Волосовець [та ін.]. — К. : Книга плюс, 2005. — С. 190.

B. Lemishko,

R. Hrytsko

CLASSIFICATION AND TERMINOLOGICAL APPROACHES IN THE PROCESS OF STATE MODERNIZATION OF HEALTH CARE REFORMING IN UKRAINE

The modernized approaches to the classification of health care levels and specific terms are suggested that have appeared during the reorganization of health care system in Ukraine.

Key words: level of medical care, family medicine, medical care, medical service.