

УДК 351.773:353(477.83)

**Б. Лемішко,
Я. Пітко**

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Розглянуто принципи державного управління реорганізацією первинної медико-санітарної допомоги Львівщини на засадах сімейної медицини. Визначено основні складові системи управління залежно від рівня надання медичної допомоги населенню.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина, державне управління, системний підхід.

За прогнозними висновками Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2010 р. 90% країн європейського регіону перейдуть до надання первинної медико-санітарної допомоги (далі – ПМСД) на принципах сімейної медицини (далі – СМ) [1].

Львівщина визнана колыскою сімейної медицини в Україні [2, 3]. Ще у кінці 80-х рр. ХХ ст. за ініціативою вчених Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (далі – ЛНМУ ім. Данила Галицького) і лікарів-практиків, згідно із наказом Міністерства охорони здоров'я України №186 від 15.09.1988 р. на базі поліклініки №2 м. Львів вперше в Україні [4] розпочато медико-соціальний експеримент з переходу до надання ПМСД на засадах СМ і відповідну підготовку фахівців сімейної медицини (далі – ФСМ) [5 – 7]. Однак на початок 2006 р. лише 26,7% закладів ПМСД працювало на засадах СМ.

Тривалий період зволікань і повільної реорганізації закладів ПМСД на засади СМ був зумовлений надзвичайною складністю цього процесу і відсутністю системного підходу до вирішення багатьох організаційно-методичних і управлінських проблем. Ці проблеми покладались переважно на організаторів охорони здоров'я і медичних працівників. А сімейна медицина та організація охорони здоров'я на її принципах вимагають творчої міжсекторальної співпраці різних галузей народного господарства з метою вирішення багатьох питань, що виникають під час реорганізації ПМСД і розвитку СМ.

Серед вчених у цьому напрямку привертають увагу праці Б. Зіменковського, В. Виговського, Я. Базилевича, Б. Лемішка, І. Мартинюка, Є. Склярова, М. Павловського та інших. Проте проблема вимагає подальшого дослідження.

Метою статті є розкриття комплексу заходів, необхідних для ефективної реорганізації та розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини.

Сімейна медицина – це наука про стан здоров'я окремої людини та її родини, вплив сім'ї на формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я кожного її члена через реалізацію комплексу валеологічних, профілактичних, діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів з ПМСД. Первинна медико-санітарна допомога, за визначенням консультативної групи фахівців США – СНД (1998 р.), це вид медико-санітарної допомоги, спрямованої на комплексну організацію заходів із пропаганди здорового способу життя, профілактики захворювань і надання медичної допомоги хворим на догоспітальному етапі [8].

До складу СМ належать дві великих частини: превентивна (профілактична) і лікувально-реабілітаційна медицина. Превентивна медицина, своєю чергою, поділяється на два розділи: валеологію і первинну профілактику [9].

Медична валеологія – це наука і практична діяльність, що мають на меті формування, збереження та зміцнення здоров'я здорових людей. У процесі формування здоров'я сім'я як найближча біологічна і соціальна система, у якій зароджується життя нової людини та формується її здоров'я ще до народження і у процесі росту та розвитку, має виняткове значення. Важливу роль відіграє родина у збереженні та зміцненні здоров'я своїх членів через реалізацію принципів здорового способу життя, що становить основу медичної валеології.

Первинна профілактика захворювань проводиться у тих випадках і при таких ситуаціях, коли виникають певні загрози (чинники ризику) щодо виникнення у здорових людей окремих захворювань інфекційного чи неінфекційного походження.

Превентивна медицина – це система наукових знань і практичних дій, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я окремих людей та громад (громадського здоров'я) і первинну профілактику захворювань. У вирішенні різноманітних питань превентивної медицини важливе значення мають індивідуальні та громадські санітарно-гігієнічні заходи, які є надійним технологічним інструментом превентивної медицини.

Другою складовою СМ є лікувально-реабілітаційна медицина як система наукових знань і практичних дій, спрямованих на раннє виявлення захворювань, їх ефективне лікування та медико-соціальну реабілітацію хворих з метою відновлення здоров'я і працездатності, поліпшення якості життя. Зрозуміло, що лікувально-реабілітаційною діяльністю займаються не лише сімейні лікарі, а й фахівці різних медичних спеціальностей, яких в Україні є понад 140. Роль сімейного лікаря полягає у тому, щоб за необхідності допомогти хворій людині знайти того фахівця у розгалуженій системі охорони здоров'я, який найефективніше зможе повернути здоров'я або визначити “маршрут” і бути “провідником” на шляху до здоров'я.

Більшість заходів, які спрямовані на реалізацію принципів превентивної та лікувально-реабілітаційної медицини, можуть бути успішними лише за умов надання ПМСД на засадах СМ. Адже сімейний лікар, який добре знає не лише конкретного пацієнта, але і його родину, може активно займатись формуванням, збереженням і зміцненням здоров'я здорових, профілактикою захворювань та їх лікуванням на ранніх стадіях.

Лише СМ може стати основним під'рунтям створення громадської охорони здоров'я в Україні та побудови громадянського суспільства, у якому здоров'я кожної окремої людини та громадське здоров'я є важливою складовою його діяльності. Адже громадське здоров'я – це такий стан демографічної структури, фізичного та інтелектуального потенціалу, морально-психологічного клімату, який забезпечує високий рівень життя громади та виконання нею всіх суспільних функцій на певному історичному відтинку часу [10].

Громадське здоров'я необхідно розглядати у контексті соціальної сфери діяльності громадянського суспільства як четвертого ступеня розвитку людської історії. Не заперечуючи пріоритетного права держави на регулювання охорони здоров'я своїх громадян, створення громадської системи охорони здоров'я дасть суспільству через механізм влади та структури суспільної свідомості створити додаткові важелі впливу на добробут людини, її здоров'я і якість життя.

Роль та функції громадської охорони здоров'я на засадах сімейної медицини визначаються конкретними проблемами та потребами окремої громади і забезпечуються участю представників цієї громади в управлінні ПМСД. Тобто, громада сама активно впливає на формування здорового способу життя своїх громадян і вироблення організаційно-функціональних заходів, спрямованих на поліпшення демографічних показників та зниження рівня захворюваності.

Позитивний вплив ринкової економіки на охорону здоров'я полягає у підвищенні зацікавленості у зміцненні здоров'я як населення, так і працевластців; зростанні ресурсів охорони здоров'я за рахунок підприємств; відмові від залишкового принципу фінансування малоефективних ланок лікувальних закладів; переорієнтації ПМСД на СМ, основним напрямком у роботі закладів якої має бути профілактика захворювань і зміцнення здоров'я здорових людей.

Всі проблеми, що виникають унаслідок розвитку СМ як найдоступнішої та найефективнішої ланки охорони здоров'я, вимагають значних інтелектуальних і фінансових затрат. Інтелектуальні ресурси для успішного вирішення цих проблем на Львівщині є достатніми. Для їх об'єднання і системного управління вирішенням конкретних складних проблем із розвитку СМ при Львівській обласній державній адміністрації (далі – ЛОДА) у березні 2006 р. створено координаційну раду, до якої увійшли представники Головного управління охорони здоров'я ЛОДА, Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, управлінь освіти, фінансів, комунального і сільського господарства.

Фінансові витрати для оптимального функціонування новостворених і реорганізованих закладів СМ як у містах, так і в сільській місцевості, беруть на себе як державні органи та органи місцевого самоврядування, так і відповідні територіальні громади.

Координаційна рада при ЛОДА і робоча група Головного управління охорони здоров'я ЛОДА опрацювали обласну цільову програму “Розвиток сімейної медицини на Львівщині до 2010 р.” Виконання цієї комплексної програми спрямоване на реалізацію заходів, визначених Указом Президента України “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення” №1694/2005 від 06.12.2005 р. та Концепції Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року №421 р від 24.07.2006 р., схваленої Кабінетом Міністрів України

Організаційно-методичне забезпечення сімейної медицини. З метою опрацювання нормативних документів і координації заходів різних владних структур та лікувально-профілактичних закладів щодо розвитку СМ на Львівщині всі органи місцевого самоврядування створили свої координаційні ради з розвитку СМ під керівництвом заступників перших осіб виконавчої влади. До цих рад належать відповідальні працівники органів місцевого самоврядування і представники громадськості.

Координаційні ради при органах місцевого самоврядування опрацюють перспективні до 2010 р. і щорічні плани реалізації заходів щодо розвитку СМ у своєму місті, міському чи сільському районах та затверджують їх на сесіях місцевих рад, тому що такі плани передбачають реорганізацію системи охорони здоров'я населення відповідного ре'іону з реструктуризацією її мережі на користь закладів ПМСД, що працюють на засадах СМ.

Враховуючи те, що на Львівщині на початок 2006 р. лише 26,7% закладів ПМСД працювало на принципах СМ, а також завдання, поставлені Державною програмою

Кабінету Міністрів України про досягнення показника надання медичних послуг лікарями сімейної медицини у 2011 р. до 85 – 90% у містах і 95 – 100% у сільській місцевості, обласною цільовою програмою передбачене щорічне збільшення закладів СМ в області на 15 – 20% для досягнення охоплення такою допомогою 80 – 90% у містах і 100% в селах.

Залежно від кількості наявних на кінець 2006 р. закладів СМ, у кожному районі відповідні показники щорічного розширення мережі таких закладів будуть різними. За цього відкриття нових закладів СМ та їх реорганізація в сільській місцевості передбачені з розрахунку 1100 – 1200 мешканців на одного сімейного лікаря і 2 – 3 медичних сестер-бакалаврів чи фельдшерів, які можуть надавати ПМСД як помічники сімейного лікаря. У містах такий показник становить 1400 – 1500 мешканців. У населених пунктах, кількість мешканців у яких становить 500 – 1000, мають працювати фельдшерсько-акушерські пункти (далі – ФАПи), ПМСД у яких на засадах СМ надають медичні сестри-бакалаври чи фельдшери, підготовлені чи перепідготовлені за спеціальністю “загальна практика – сімейна медицина”.

У великих населених пунктах створюються сільські амбулаторії сімейної медицини, де працюють сімейні лікарі, які разом зі своїми помічниками надають ПМСД сільським мешканцям на засадах СМ. За цього працівники ФАПів фахово підпорядковані сільській амбулаторії СМ.

Органи місцевого самоврядування відіграють важливу роль у реалізації Державної програми розвитку СМ на основі Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні”. За цим законом діяльність органів місцевого самоврядування спрямована на організацію та регулювання суспільних відносин в охороні здоров’я, метою та змістом яких є здійснення системи заходів, спрямованих на формування, збереження і зміцнення здоров’я, попередження захворювань, відновлення здоров’я хворих та їх медико-соціальна реабілітація.

На сучасному етапі реформування ПМСД на засадах СМ підвищується роль і відповідальність органів місцевого самоврядування щодо проведення реформ в охороні здоров’я на засадах СМ; ефективне використання коштів, спрямованих на надання медичної допомоги населенню, особливо на первинному рівні; зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров’я, які працюють на принципах СМ; вирішення соціальних проблем медичних працівників цих закладів.

За цього заплановано в області збільшувати питому вагу медичної допомоги населенню фахівцями СМ не менше 12% щорічно з метою досягнення цього показника у 2011 р. 70% у містах і 85% у сільській місцевості. Це досягається як шляхом відповідної підготовки фахівців СМ, так і зміною їх функціонально-посадових обов’язків із розширенням фахових функцій сімейних лікарів та їх помічників.

Сімейний лікар стає не лише валеологом, фахівцем у галузі профілактики найпоширеніших захворювань, проведення діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів у амбулаторно-поліклінічних закладах, але й бере активну участь у діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходах, які проводяться хворому у закладах другого й третього рівнів надання медичної допомоги. Він виконує функцію “провідника” для хворого, а для лікаря-фахівця – функцію “порадника”, який добре знає особливості конкретного хворого та його родинного анамнезу. Це може мати важливе значення у процесі діагностики та лікування хворого у стаціонарах різного рівня і медико-соціальної реабілітації після госпітальної терапії як в умовах денного стаціонару поліклініки, так і в

домашніх умовах з організацією домашнього стаціонару з децентралізованою чи централізованою формами надання допомоги хворому вдома.

Заходи, які проводяться з метою реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини, будуть ефективними лише у тому випадку, коли до них буде позитивне ставлення населення і медичної громадськості. З цією метою необхідно у ЗМІ висвітлювати як світовий, так і вітчизняний досвід сімейної медицини, яка відповідає світовим стандартам розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Сімейна медицина суттєво зменшує необґрунтовані видатки на охорону здоров'я як держави, так і кожної людини. Вона забезпечує кращу інтеграцію медичної допомоги, її наступність та взаємозв'язки між різними рівнями надання конкретної лікувально-діагностичної та медико-соціальної реабілітаційної допомоги хворим; суттєво поліпшує доступність і якість профілактичної допомоги шляхом пропаганди й активного формування здорового способу життя, який на 50% зумовлює здоров'я кожної людини.

Реорганізація ПМСД на засадах СМ передбачає також вивчення питання щодо рентабельності закладів ПМСД та другого і третього рівнів медичної допомоги. Органи місцевого самоврядування ретельно аналізують доцільність існуючої мережі лікувально-профілактичних закладів різних рівнів і за необхідності та доцільності реорганізують окремі з них структурно, фінансово і юридично у заклади ПМСД на засадах сімейної медицини, медико-соціальні заклади чи високоспеціалізовані центри і диспансери. За цього маршрут обстеження і лікування конкретного хворого у цих закладах має визначити сімейний лікар після обов'язкового звернення планового пацієнта до сімейного лікаря. При поособовому фінансуванні закладів ПМСД на кожного мешканця спеціалізовані та високоспеціалізовані медичні заклади будуть отримувати додаткову оплату за кожного хворого від амбулаторно-поліклінічних закладів, які будуть основними фондотримачами коштів, що виділяються державним бюджетом, та місцевих бюджетних коштів на охорону здоров'я.

Підготовка фахівців сімейної медицини. Фундаментальна підготовка і перепідготовка фахівців сімейної медицини проводиться в ЛНМУ ім. Данила Галицького і медичному коледжі. Однак стислі терміни перекваліфікації значної кількості ФСМ не дозволяють забезпечити високоякісну практичну їх підготовку. Особливо це стосується таких розділів практичної діяльності ФСМ, як превентивна медицина і медична валеологія, а також амбулаторна хірургія і невідкладна допомога при станах, які загрожують життю хворих.

Окрім того, з'являються нові лікувально-діагностичні технології, які повинні активно запроваджуватись у СМ. Тому ми на основі стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти (далі – ВФМО), що ґрунтується на Болонській декларації, яку Україна підписала у 2005 р., опрацювали положення про Львівський обласний навчально-практичний центр сімейної медицини (далі – ЛОНПЦСМ), який буде займатись менеджментом, маркетингом і методичними питаннями безперервного професійного розвитку (далі – БПР) ФСМ. Необхідно зазначити, що під БПР ВФМО розуміє безперервне професійне удосконалення фахівців після закінчення базової медичної освіти протягом всього професійного життя.

Проектом положення про ЛОНПЦСМ передбачається його організація на базі 5-ої комунальної міської клінічної поліклініки, яка є клінічною базою (клінікою) кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини ЛНМУ ім. Данила Галицького.

ЛОНПЦСМ має певні основні завдання: Безперервний професійний розвиток ФСМ, які вже працюють у закладах охорони здоров'я Львівщини, вимагає комплексного

вирішення багатьох організаційних і управлінських питань, а також методичного забезпечення як процесу опанування знаннями і практичними навиками ФСМ, так і контролю рівня професійної підготовки кожного фахівця СМ.

На ЛОНПЦСМ покладається завдання опрацювання стратегії розвитку БПР як керівників закладів СМ, так і сімейних лікарів та медичних сестер, які повинні стати не лише помічниками СЛ, але й їх партнерами у виконанні багатогранних завдань щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей, а також надання діагностичної та лікувально-реабілітаційної допомоги хворим.

З цією метою необхідно опрацювати диференційовані програми БПР як для ФСМ, які працюють у містах, так і сільських ФСМ. Такі диференційовані програми можуть бути опрацьовані лише на основі моделей діяльності як окремих фахівців, так і закладів СМ у формі типових положень про такі заклади і посадових інструкцій різних ФСМ. За цього мають бути враховані протоколи (станданти) надання ПМСД у різних закладах СМ конкретними ФСМ з урахуванням того, що ЛОНПЦСМ зможе доопрацювати ці стандарти для певних закладів СМ.

Однією з форм БПР, що рекомендується Болонською системою, є дистанційне практичне удосконалення ФСМ. Така форма БПР вимагає комплексного організаційного і навчально-методичного забезпечення з виданням навчальних, наукових та методичних матеріалів достатнім накладом, підготовки бібліотеки мультимедійних посібників ФСМ, методичних рекомендацій з формування навиків у ФСМ щодо пошуку методичних і навчальних ресурсів у мережі Інтернет.

Вимагають також опрацювання нормативні документи щодо запровадження у закладах СМ домашніх стаціонарів із централізованою формою надання стаціонарної лікувально-діагностичної допомоги хворим, які з різних причин не можуть бути госпіталізовані, однак вимагають постійної кваліфікованої допомоги. Такої ж стаціонарної допомоги за типом домашніх хоспісів вимагає і значна частина невиліковних хворих, які не можуть або не хочуть перебувати у єдиному поки що у Львові хоспісі з цілодобовим перебуванням хворих.

Сучасні фахівці СМ можуть користуватись високотехнологічною медичною діагностичною і лікувальною апаратурою, яка надходить у заклади СМ, тому ЛОНПЦСМ планує організувати практичне навчання і тренінги ФСМ щодо роботи на нових апаратах, а також комп'ютерній техніці.

ЛОНПЦСМ планує проводити БПР ФСМ шляхом організації науково-практичних і методичних семінарів із різних актуальних проблем СМ для організаторів охорони здоров'я, сімейних лікарів і медичних сестер сімейних дільниць, а також науково-практичних конференцій з видачею учасникам цих заходів відповідних сертифікатів про БПР за модульно-кредитною системою. Такі форми БПР можуть бути як обласного, так і ре'іонального спрямування. Буде використане також стажування на робочому місці з метою отримання певних практичних навиків. Це планується організувати для сільських СЛ із питань амбулаторної хірургії та невідкладної допомоги хворим при станах, які загрожують їх життю.

Вся система заходів із БПР фахівців СМ зможе ефективно працювати лише при залученні до цієї справи провідних вчених ЛНМУ ім. Данила Галицького, фахівців із організації охорони здоров'я та співпраці ЛОНПЦСМ з викладачами університету і коледжів, щоб координувати зусилля закладів медичної освіти і організаторів охорони здоров'я закладів ПМСД щодо виконання програм БПР ФСМ. Активна роль у цій складній

роботі буде відведена і співпраці з асоціацією фахівців СМ щодо створення мотивації для безперервного підвищення своєї кваліфікації.

Однією із важливих форм БПР лікарів у Європі вважаються їх виступи з докладами і повідомленням на наукових форумах, друкування статей у фахових часописах, а також виступи у засобах масової інформації, за що їм при атестації присвоюється певна кількість кредитів. ЛОНПЦСМ планує сприяти участі СЛ у науково-практичних форумах, публікації матеріалів ФСМ у журналі “Практична медицина” та інших фахових виданнях.

Успіхи роботи ФСМ можуть бути значними у галузі охорони здоров’я лише при активній їх співпраці з громадами та конкретними людьми. Тому ЛОНПЦСМ планує спрямувати громадську думку до активної співпраці з фахівцями СМ у галузі профілактики захворювань та поліпшення умов праці ФСМ. Особливо це стосується новостворених закладів СМ і тих фахівців, які лише розпочинають свою діяльність у галузі СМ.

ЛОНПЦСМ плануються заходи щодо моніторингу БПР ФСМ та оцінки БПР конкретних фахівців та удосконалення роботи закладів СМ шляхом участі в атестації фахівців та акредитації закладів СМ. Буде опрацьовано збірник тестів критеріїв оцінки якості та ефективності роботи ФСМ у закладах різних рівнів, моделі кінцевих результатів, визначення рейтингу і коефіцієнтів трудової участі кожного ФСМ у своєму закладі.

Опрацювавши об’рунтовану прогностичну потребу у БПР ФСМ, ЛОНПЦСМ зможе планувати відповідні навчально-практичні заходи у різних закладах ПМСД, залучаючи до цього увесь науковий і навчально-методичний потенціал Львівського реґіону. Зі збільшенням кількості ФСМ на Львівщині і набуттям досвіду ЛОНПЦСМ виникне необхідність у створенні подібних міжрайонних центрів.

Отже, створення ЛОНПЦСМ і виконання ним системи навчально-методичних завдань буде сприяти наближенню стандартів діяльності вітчизняних ФСМ до європейських і поліпшенню якості та ефективності роботи ФСМ з оздоровлення українського суспільства.

Література

1. Університетська клініка сімейної медицини / Є. Я. Склярів, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк та ін. // Практична медицина. – 2005. – №1. – С. 129–133.
2. Етапи розвитку сімейної медицини на Львівщині / Є. Я. Склярів, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк та ін. // Практична медицина. – 2002. – №2. – С. 3–11.
3. О проблемах подготовки врачей общей практики / М. П. Павловский, Б. С. Зименковский, В. П. Выговский и др. // Врачебное дело. – 1989. – №5. – С. 1–5.
4. Пітко Я. М., Павловський М. П., Мартинюк І. О., Полатайко Є. М. Від медико-соціального експерименту – до університетської клініки сімейної медицини // Практична медицина. – 2006. – №3. – С. 27–31.
5. Там само. – С. 27–31.
6. Профессииограмма врача общей практики (семейного врача) / М. П. Павловский, В. П. Выговский, И. О. Мартинюк и др. – Львов, 1988. – 15 с.
7. Типовой учебный план и программа двухгодичной подготовки в системе субординатора – интернатура выпускников лечебного факультета медицинского института по специальности “Врач общей практики” / В. П. Выговский, И. О. Мартинюк, И. А. Харченко и др. – Львов, 1988. – 44 с.

8. Учебный план и программа цикла тематического усовершенствования “Актуальные вопросы работы врача-терапевта общей практики – семейного врача” / П. Г. Подорожный, Р. И. Орач, Я. П. Базилевич и др. – Львов, 1988. – 20 с.

9. Поліклінічна справа і сімейний лікар / За ред. Є. Я. Складорова, І. О. Мартинюка, Б. Б. Лемішка. – К.: Здоров'я, 2003. – 634 с.

10. Складоров Є. Я., Мартинюк І. О., Лемішко Б. Б., Санологія і валеологія – дві рівнозначні галузі медицини // Практична медицина. – 2003. – №5. – С. 120–122.

B. Lemishko,

Ya. Pitko

THE SYSTEM APPROACH TO THE GOVERNMENT MANAGEMENT OF THE FAMILY MEDICINE DEVELOPMENT AT THE REGIONAL LEVEL

The principles of the government management reorganization of the the Lviv region primary healthcare to the family medicine are considered. The basic components of the management system are determined depending on a level of healthcare.

Key words: primary health care, family medicine, the government management.