

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

**РЕАЛІЗАЦІЯ ПРАВ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ
РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(методичні рекомендації)**

Київ – 2014

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

**РЕАЛІЗАЦІЯ ПРАВ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ
РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(методичні рекомендації)**

Київ – 2014

Реалізація прав сімейного лікаря в умовах реформування системи охорони здоров'я України / Методичні рекомендації. К: - 2014. – 32 с.

Розробники: Вдовиченко Ю.П., Жилка Н.Я., Кудря А.В., Слабкий Г.О.

Рецензент: Сіліна Т.М. – професор кафедри сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор.

Рекомендовано рішенням Вченої ради ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

ВСТУП

За останні декілька десятиліть в Україні в структурі амбулаторно-поліклінічної ланки спеціалізована медична допомога набувала пріоритетного розвитку, що певною мірою стримувало розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), зокрема на рівні організації роботи дільничного терапевта [1]. Означена стратегія охорони здоров'я не привела до значних успіхів у стані здоров'я населення України, що підтверджується високим показником смертності населення, який є одним з найвищих у Європі. (14,7‰ - 2013 р.) [2].

Загальновідомо, що основною метою охорони здоров'я населення є забезпечення його ефективними заходами з профілактики захворювань та надання своєчасної й ефективної медичної допомоги у разі виникнення захворювання з метою профілактики стійкого розладу здоров'я, інвалідності та передчасної смерті. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики та сімейної медицини (ЗП/СМ) є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розвитку і раціонального використання ними коштів [3].

За визначенням ВООЗ (Алма-Атинська конференція, 1978 р.), первинна медико-санітарна медична допомога ПМСД має забезпечити окрім лікування найбільш поширених захворювань і травм основними засобами, охорону здоров'я матері і дитини, імунізацію проти основних інфекційних хвороб, профілактику епідемічних хвороб і боротьбу з ними та сприяння в організації раціонального харчування і використання доброякісної води, проведення санітарно-оздоровчих заходів і санітарної просвіти населення [4].

В організації первинної ланки охорони здоров'я важливе місце відводиться поступовому розширенню принципів діяльності лікаря загальної практики, який вважається спеціалістом широкого плану і в алгоритмі надання медичної допомоги населенню має бути центральною фігурою практичної

охорони здоров'я. Він повинен здійснювати багаторічне спостереження за всіма членами сім'ї, включаючи дітей і пенсіонерів, організувати профілактику, своєчасне виявлення і лікування найбільш поширених захворювань, надавати екстрену і невідкладну допомогу, виконувати медичні маніпуляції, проводити реабілітаційні заходи [5]. В умовах старіння населення України, коли збільшується захворюваність, накопичуються хронічні захворювання та потреба в медичних послугах, шлях до покращення якості медичного обслуговування населення, через реформування первинної ланки надання медичної допомоги є пріоритетним [6], що відповідає стратегії розвитку системи охорони здоров'я на 2017 рік [7].

Метою численних систем організації охорони здоров'я населення у різних країнах є поліпшення стану здоров'я населення (зниження захворюваності, смертності, збільшення тривалості життя й активного довголіття), а також оптимізація витрат на медичну допомогу; покращення якості медичної допомоги саме через якісні та ефективні послуги сімейного лікаря [8]. Внаслідок цього первинна медична допомога відділена від вторинної. Первинна ланка отримала юридичний статус і можливість для розвитку, заплановане вирішення питання фінансування первинної ланки медичної допомоги шляхом диференційованих підходів до міста і села. Для медичних закладів була впроваджена система індикаторів, які визначають показники діяльності сімейних лікарів та запроваджується система договорів між центром первинної допомоги і замовником (державною адміністрацією чи управлінням охорони здоров'я), де визначені ці індикатори, яких мають дотримуватися обидві сторони [7]. Запроваджений механізм вибору пацієнтом лікаря [9].

І тим не менше, Україна суттєво відстає від найближчих за геопозицією європейських країн за такими показниками, як тривалість життя та смертність. Основними передумовами високого рівня смертності є такі фактори ризику як паління, зайва вага, брак фізичного навантаження та надмірне вживання алкоголю, поряд із невирішеними проблемами стосовно поширення інфекційних захворювань і високого рівня травматизму [7]. Для подолання

означених проблем основним суб'єктом управління системою охорони здоров'я має стати ЛЗП-СЛ. Однак, діяльність ЛЗП-СЛ, як правило розглядається, як об'єкт вимог і правил сучасного типу управління без забезпечення необхідних умов та задекларованих в численних документах мотиваційних індикаторів.

Засадничі принципи системи охорони здоров'я Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки, яка стала складовою Національного плану дій з реформування, затвердженого Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» та урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII), а саме орієнтованість на людей, на результат та на втілення ідеології відкритого доступу населення до профілактичних та медичних послуг [7, 8] потребуватиме безперервності цих послуг в рамках первинної медичної допомоги з достатніми умовами праці ЛЗП-СЛ.

Проте, перенавантаженість ЛЗП-СЛ за кількістю пацієнтів, недосконале нормативно-правове забезпечення його діяльності, недостатні можливості підвищення кваліфікації, а також абсолютно недостатнє матеріально-технічне облаштування його діяльності та відсутність механізму захисту права ЛЗП-СЛ на належні умови праці задля збереження свого особистого здоров'я не зможе забезпечити досягнення амбітних цілей Стратегії.

Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я "Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні" ("Здоров'я-21") визначає, що сімейна медицина має бути орієнтована на досягнення загальноєвропейського рівня, що передбачає наявність комплексних первинних медико-санітарних служб, що забезпечують наступність надання медико-санітарних послуг через ефективну і виправдану з економічної точки зору систему консультацій із забезпеченням зворотного зв'язку з боку вторинного і третинного рівнів лікарняних служб; служби сімейних лікарів та медичних сестер, які є основною складовою інтегрованої первинної медико-санітарної допомоги; медико-санітарних служб, що забезпечують індивідуальну

участь окремих громадян і визнають населення в якості одного із учасників процесу надання медико-санітарної допомоги (завдання 15).

Необхідно використовувати комплексний підхід до реформ, за допомогою яких системи охорони здоров'я можуть скоротити неприпустимий розрив між прагненнями і реальними результатами, які відображають зближення цінностей первинної медико-санітарної допомоги, очікувань громадян і загальних проблем охорони здоров'я:

- реформи, що забезпечують загальне охоплення населення, які спрямовані на те, щоб системи охорони здоров'я сприяли досягненню рівності у випадку охорони здоров'я, соціальної справедливості та ліквідації соціальної ізоляції, головним чином шляхом загального доступу та соціального захисту здоров'я;

- реформи сфери надання послуг, які передбачають реорганізацію служб охорони здоров'я відповідно до потреб і очікуванням людей, з тим щоб підвищити соціальну значимість цих послуг і їх здатність більш чуйно реагувати на зміни в світі при одночасному досягненні більш високих результатів;

- реформи державної політики, які сприяють підвищенню рівня здоров'я громад шляхом інтеграції діяльності у сфері охорони здоров'я з первинної медичної допомогою, проведення раціональної державної політики у всіх секторах і зміцнення заходів громадського охорони здоров'я на національному та транснаціональному рівнях;

- реформи управління, які покликані знизити надмірне використання адміністративно-командних методів управління, з одного боку, і політику невтручання з боку держави - з іншого, соціально-інтегрованим, репрезентативним.

Стан розвитку первинної медичної допомоги в Україні

В Україні спостерігається поступовий розвиток сімейної медицини, про що свідчить збільшення кількості АЗП/СМ за період 2011-2014 рр на 18,0 %. У містах збільшення кількості АЗП/СМ відбулося на 79,1 %, у сільській місцевості – на 16,7 %.

Доступність населення до первинної медичної допомоги є недостатньою, у сільській місцевості показник забезпеченості АЗП/СМ на 10 тис. населення в середньому по Україні (3,8) нижче затвердженого нормативу (3,3), у міських поселеннях (0,93), нормативу - від 1,6 до 2,5 залежно від особливостей розселення та забудови.

Частка амбулаторій ЗП-СМ, що розташовані в сільських населених пунктах у 2014 р. становила 63,3 % амбулаторій, у містах та селах міського типу – 36,7 %. Показник охоплення медичною допомогою населення в амбулаторіях загальної практики / сімейної медицини міського населення (85,5 %) нижчий, ніж сільського (96,1 %). Отримані дані підтверджують недостатню доступність населення до послуг сімейної медицини з метою досягнення принципу безперервності медичної допомоги, який вважається ВООЗ основним у профілактиці виникнення або ускладнення хвороб.

Укомплектованість штатних посад ЛЗП-СЛ фізичними особами становила лише 66,27 % з негативною тенденцією: 2011 р. – 76,40 %, 2012 р. – 71,60 %, 2013 р. – 71,40 %, 2014 р. – 64,84 %, що вказує на наявність серйозної проблем в організації діяльності ЛЗП-СЛ, зокрема про недостатню мотивацію працювати ЛЗП-СЛ в Україні.

Рекомендована ВООЗ безперервність медичної допомоги, як цінна медична технологія для профілактики захворюваності через інформованість про пацієнта від народження і протягом усього життя, в Україні не виконується. Питома вага ЛЗП-СЛ, що надають первинну медичну допомогу пацієнтам від народження і протягом усього життя, в Україні складала лише 67,6 %, тобто забезпечення населення ПМД здійснюються лише за рахунок значного щоденного перенавантаження ЛЗП-СЛ, у значному ступені порушуючи

унормовані умови їх праці. Питома вага населення, яке обслуговується ЛЗП-СЛ, що надають ПМД від народження і протягом усього життя, у сільській місцевості становила 74,5 %, у міській – 43,5 %.

На недостатність організаційних технологій забезпечення ЛЗП-СЛ необхідними умовами праці вказує показник значно вищого середнього навантаження у 2014 р. на фізичну особу (міського -1831,7, сільського - 2659,13) у порівнянні з середнім навантаженням на штатну посаду (відповідно 1447,56 і 1610,32), а також показник середнього навантаження на ЛЗП-СЛ.

Середнє навантаження в середньому на ЛЗП-СЛ за результатами моніторингу 2014 р., у сільській місцевості (1530,9) перевищує у 1,3 рази встановлений норматив (1200 осіб у сільській місцевості), у міських поселеннях (1831,7) - в 1,2 рази, (1500 осіб, визначений для міської місцевості, що негативно впливає на якість медичної допомоги ЛЗП-СЛ, призводячи до синдрому професійного вигорання, а також протирічать мотиваційному характеру державної політики організації сімейної медицини.

Кваліфікація кадрів сімейної медицини, як одного із серйозних важелів забезпечення її ефективності є недостатньою: 14,49 % керівників ЦПМСД і 33,32 % заступників головних лікарів із лікувальної роботи ЦПМСД не мають підготовки з організації охорони здоров'я; майже половина (53,31%) заступників головних лікарів із лікувальної роботи ЦПМСД не мають підготовки із питань ЗП-СМ; частка неатестованих ЛЗП-СЛ з числа тих, що підлягали атестації, у 2015 р. становила 8,57 %.

Рівень матеріально-технічного забезпечення робочого місця ЛЗП-СЛ, є недостатніми: 23,72 % АЗП/СМ у сільській місцевості та 45,79 % у містах розташовані у приміщеннях, що потребують капітального ремонту; питома вага амбулаторій у ЦПМСД, оснащених медичним обладнанням, інструментами та інвентарем відповідно до таблиця оснащення у 2015 р. становила лише 16,8 %, автоматизованими робочими місцями – 21,4 %, автомобілями – 46,3 %.

Проведений аналіз показав, що ЛЗП-СЛ в Україні мають неналежні умови праці для здійснення ефективної професійної діяльності.

Реалізація права сімейного лікаря в умовах реформування системи охорони здоров'я

Реалізація права сімейного лікаря на достойні умови праці визначається, перш за все, комплексною організацією робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря, як окремого об'єкта управління системою охорони здоров'я, що передбачає нормативно-правове та фінансове забезпечення діяльності ЛЗП-СЛ в сучасних умовах, безперервність кадрової підготовки, методично-організаційну та інформаційно-просвітницьку підтримку, матеріально-технічне оснащення, інфраструктурну та мотиваційну політику місцевих органів влади (рис. 1).

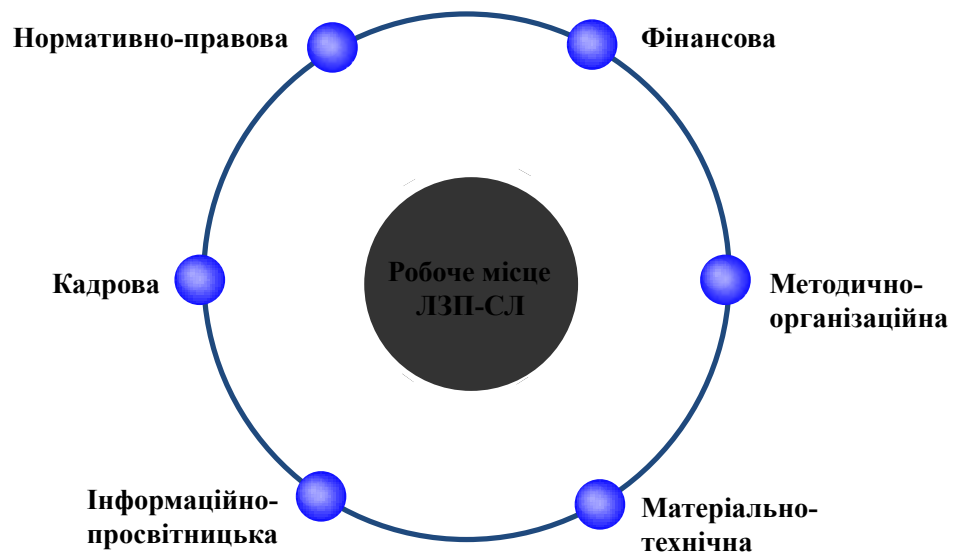


Рис. 1. Основні складові ефективності робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Удосконалення нормативно-правового забезпечення моделі робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Для забезпечення ефективного функціонування робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря є необхідним удосконалення її нормативно-правового забезпечення, а саме підвищення юридичної відповідальності органу місцевої виконавчої влади у разі невиконання своїх зобов'язань щодо управління об'єктами комунальної власності (заклади охорони здоров'я є видом комунальної власності) у відповідності до ст. 60 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні", оскільки незабезпечення умов праці ЛЗП-СЛ спричинює неякісну медичну допомогу, а в екстрених випадках може вартувати життя пацієнта.

Фінансове забезпечення моделі робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Для вирішення фінансового забезпечення робочого місця ЛЗП-СЛ необхідно розробити Закон "Про медичне страхування", в рамках якого здійснюється реалізація реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає переорієнтація фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення і збереження здоров'я з огляду на те, що в Україні на зараз 99 % фінансування йде на терапію, а не на попередження захворювань, тоді як в більшості країн світу 80 % фінансування йде на превентивну медицину і тільки 20 % - на лікування. Необхідно затвердити гарантований пакет медичних послуг кожному пацієнту, порядок фінансування ЗОЗ ПМД за, так званим, принципом "фінансової свободи лікарням". У національній страховій системі не потрібно купувати страховий поліс. Роль «поліса» виконуватиме його паспорт. Будь-який ЗОЗ в програмі національного страхування отримає відшкодування за єдиними правилами для всіх лікарень, а пацієнт отримує допомогу за єдиними стандартами.

Необхідно також внести зміни до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ з метою забезпечення всім медичним установам країни автономію фінансового планування, а саме повну незалежність від централізованих фінансових

рішень. Для цього необхідно здійснити заходи щодо трансформації ЗОЗ ПМД з бюджетних установ у комунальні або державні некомерційні підприємства, що дозволить їм оперативного перерозподіляти кошти між фінансовими статтями. Спрощена економічна класифікація кошторису за поточними і капітальними витратами.

КМУ необхідно затвердити Державний гарантований пакет медичних послуг - повний обсяг послуг, які пацієнт отримуваємо безкоштовно, а також список послуг, для яких потрібна співплата за єдиними для всієї країни тарифами. Послуги, що не включатиметься до гарантованого пакету, буде оплачуватися тим способом, який вибере пацієнт. Національним страхуванням повністю фінансово має покриватися екстрена допомога і первинна медична допомога

В рамках удосконалення підходів до фінансування системи охорони здоров'я є потреба у розробці електронного реєстру пацієнтів, де кожній людині присвоюється унікальний номер. У разі якщо пацієнт переїжджає в середині року або планує поїхати на лікування до іншого регіону, зможе звернутися в лікарню будь-якого регіону і отримати безкоштовну допомогу в межах, що гарантуються державою на відміну від існуючої системи, коли виділені на нього гроші залишаються в тій області, де він зареєстрований і він вимушено платити за лікування зі своїх власних коштів. Податки і будь-які можливі доплати будуть вносити всі пацієнти - незалежно від доходів людини, а використовувати стільки, скільки необхідно за гарантованим державою страховим полісом.

Пацієнт зможе отримувати допомогу і в приватній клініці. Платити за нього (в установленому обсязі) буде держава через національного закупівельника медичних послуг.

За таких підходів реалізуються світові найкращі практики в тому, що принципи фінансування визначаються можливостями суспільства і державною політикою у сфері охорони здоров'я, яка повинна бути спрямована на децентралізацію управління, розвиток самоврядування в лікувально-профілактичних
установах і

самостійність працівників охорони здоров'я на правовій, договірній основі. Вільний вибір сімейного лікаря та розділення функцій створює умови для певної конкуренції, яка сприяє здешевленню вартості медичних послуг і більш раціонального використання коштів. При переході на господарський розрахунок і нові умови виконання своїх обов'язків, ЛЗП-СЛ можуть за домовленістю отримувати від роботодавців та організацій, підприємств і страхових фондів як бюджетне, так і позабюджетне фінансування. ЛЗП-СЛ зможуть переходити на самостійне фінансування. У цих випадках загальна лікарська практика стає юридичною особою зі своїми правами. Головним інструментом такої діяльності передбачається відповідний договір на обслуговування з довколишніми ЗОЗ. ЛЗП-СЛ мають бути частково фінансово відповідальним за обслуговування своїх прикріплених за іншими секторами надання медичної допомоги (стаціонарне лікування, виклики бригад швидкої допомоги і т.ін.).

Верховна рада України затверджує заплановані видатки в щорічному Бюджетному кодексі.

В рамках удосконаленого нормативно-правового регулювання діяльності сімейної медицини Центр первинної медико-санітарної допомоги несе юридичну відповідальність за дотримання нормативно-правових норм у фінансуванні діяльності ЛЗП-СЛ з метою підвищення якості надання первинної медичної допомоги, а також адміністративно-моніторинговий контроль його діяльності у відповідності до індикаторів якості.

За таким принципом ЛЗП-СЛ не зацікавлений в хворобі прикріплених пацієнтів, адже чим рідше вони хворіють, тим більш якісніше оцінюється робота і на більш високий гонорар можна претендувати. Таким чином ЛЗП-СЛ допоможе зберігати тільки здоров'я членів сімей, а й їхні фінанси, оскільки загальновідомо, що профілактика захворювань обходиться дешевше, ніж лікування, а терапевтичні заходи на ранніх стадіях хвороби менш затратні по бюджету. Навіть якщо виникає необхідність в консультації вузького спеціаліста або госпіталізації, ЛЗП-СЛ скерує пацієнта до необхідного ЗОЗ або фахівця з виключенням звернення пацієнта не за фахом, забору непотрібних аналізів,

призначення «додаткових» медикаментів. З метою поліпшення діагностики та надання своєчасної адекватної медичної допомоги ЛЗП-СЛ потребують розробки спеціальних алгоритмів, заснованих на доказовій медицині з доведеною ефективністю і застосовуваних лише на первинних етапах, і включених до локальних клінічних протоколів, які затверджує ЦПМСД.

Організаційно-методичне забезпечення робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Сімейна медицина має унікальний контингент пацієнтів. Сімейний лікар (як особа першого контакту пацієнта з медициною) має справу з величезною різноманітністю патологічних станів, в більшості випадків на ранніх стадіях. Велика кількість захворювань на початкових стадіях мають моносиндромну симптоматику або перебігають «під маскою» інших патологічних станів. Внаслідок цього рішення, прийняте на етапах первинної допомоги при обмежених можливостях, може абсолютно відрізнитися від рішення на наступних етапах.

Тому відмінною рисою сімейної медицини є безліч охоплених нею аспектів. Такі немедичні аспекти, як культурологічний, професійний, економічний, деонтологічний, соціальний, впливають на діагностичний та лікувальний підходи, а, отже, і на кінцевий результат лікування. При цьому постійно збільшуються екологічні та соціально-економічні проблеми, що змінює перебіг захворювань, призводить до частої появи атипичних симптомів і форм хвороби. Сімейний лікар в результаті тривалих взаємин з пацієнтом отримує виразне уявлення про вплив сім'ї, спадковості і величезної кількості інших складових (громадська ізоляція, імміграція, безробіття, зміни навколишнього середовища) на стан здоров'я людини і перебіг захворювання.

При обмеженому бюджеті ЛЗП-СЛ необхідно оцінювати баланс вартості і ефективності діагностичних і терапевтичних маніпуляцій, вивчати вплив різних соціально-економічних чинників на обсяг медичних послуг, проводити пошук найефективніших профілактичних заходів. Сімейний лікар - це більше,

ніж спеціалізація, це двигун охорони здоров'я, який є одночасно психологом і радником у важких життєвих ситуаціях, а часто єдиною особою, якій може довіритися тяжкохворий пацієнт. Мають стати більш популярними принцип здорового способу життя (ЗСЖ) серед різних груп населення, коли підвищену увагу до свого організму визначає збільшення частоти відвідування цими людьми свого ЛЗП-СЛ.

На сьогодні необхідно ураховувати означені особливості а також особливості ЛЗП-СЛ у сільській місцевості з індивідуальною практикою та з повною самостійністю і особистою відповідальністю за здоров'я пацієнтів, надання медичної допомоги всій родині в будь-який час доби.

Необхідно внести зміни до вітчизняного законодавства щодо нового типу контрактного договору між ЛЗП-СЛ та ОМС із зазначенням необхідних умов його праці, як моделі робочого місця ЛЗП-СЛ, і, у разі недотримання сторонами умов контракту визначення механізму притягнення до відповідальності сторін.

На рівні КМУ необхідно розробити дієві мотиваційні механізми діяльності ЛЗП-СЛ, наприклад пільгові, житлові, інфраструктурні, системи оплати праці, скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством; пільгові умови пенсійного забезпечення; пільгове надання житла та забезпечення телефоном; першочергове одержання медичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами; судовий захист професійної честі та гідності; безоплатне одержання у власність земельної ділянки; за безперервну роботу право на додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарних дні, а також алгоритм їх реалізації, що сприятиме мотивації його до роботи ЛЗП-СЛ упродовж тривалого часу та відповідатиме основним засадам сімейності в організації медичної допомоги.

Органи місцевого самоврядування забезпечують реалізацію унормованих мотиваційних механізмів діяльності ЛЗП-СМ.

Необхідно також оптимізувати норми визначені наказом МОЗ України від № 72 від 23.02.2001 "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини", яким визначено навантаження лікаря загальної практики -

сімейного лікаря сімейного лікаря проводиться з розрахунку 1 посада лікаря на 1100-1200 осіб дитячого і дорослого населення в сільській місцевості, 1400-1500 осіб - в міській місцевості, та від 15.07.2011 р. № 420 “Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі”, оскільки за результатами моніторингу 2015 р. середнє навантаження на ЛЗП-СЛ у сільській місцевості становить 1530,9, що значно перевищує у 1,3 рази встановлений норматив (1200 осіб у сільській місцевості), у міських поселеннях - 1831,72, що також перевищує норматив навантаження на ЛЗП-СЛ в Україні, визначений для міської місцевості (1500 осіб), а також з урахуванням особливостей тривалого контакту із сім'єю, що відрізняє типи контакту з пацієнтами лікарів інших спеціальностей.

Центр первинної медико-санітарної допомоги забезпечує управління медичною допомогою на рівні ЛЗП-СЛ, зокрема організацією впровадженням медичних технологій, поведінкою та соціальними процесами з урахуванням економічного і соціального розвитку охорони здоров'я шляхом скерування діяльності ЛЗП-СЛ зміцнення здоров'я людей та продовження їхнього життя; підвищення рівня і якості медичної допомоги; формування стратегічних і тактичних проблем з пошуком шляхів їх вирішення; демократизації процесу управління; впровадження економічних методів управління; підвищення ролі людського фактору та участі трудового колективу в управлінні тощо.

Процес управління має три блоки: організаційно-розпорядчі, соціально-психологічні, економіко-математичні. Цей процес забезпечують дві системи: та, що управляє, і та, якою управляють. Основою наукового управління є інформація. Інформація повинна бути цілеспрямованою, достовірною, адекватною і своєчасною.

Після обробки та аналізу інформації ЦПМСД приймає наступні управлінські рішення:

- соціальні (кадри, їх підготовка, розподіл, використання, умови життя і праці, відпочинок);

- медичні (організація допомоги, її якість, вдосконалення, технологія лікувально-діагностичного процесу, профілактика, диспансеризація, реабілітація);
- адміністративні-розпорядчі (діяльність ЛЗП-СЛ, організаційні заходи);
- ресурсні (фінанси, мережа, забезпечення медикаментами і технікою);
- господарчі (розвиток матеріально-технічної бази, ремонт, транспортні засоби, організація харчування);
- контрольні (оцінка результатів діяльності).

На нашу думку в організації діяльності ЛЗП-СЛ необхідно використовувати методи вивчення організації праці в охороні здоров'я (таб. 1)

Таблиця 1

Методи вивчення організації праці в охороні здоров'я

Назва методу	Інтерпретація методу	Питання, що вивчаються
Спостереження	Безпосереднє, інтерв'ю, анкетний метод	Організація праці основних категорій працівників
Вимірювання	Хронометраж (повний або частковий), фотохронометраж	Використання робочого часу, прямі і приховані втрати робочого часу, нераціональні затрати
Статистичні	Аналіз офіційних статистичних даних та даних спеціальних досліджень	Ефективність системи праці (розподіл та координація праці, централізація і децентралізація)
Експертні	Експертиза організації та змісту праці, використання робочого часу, розподілу обов'язків	Функціональний розподіл обов'язків, відповідальність
Психофізичні	Вивчення працездатності та втоми працівників	Умови і режим праці, організація робочих місць
Експериментальні	Соціально-гігієнічний експеримент, комплексний експеримент	Заходи НОП. Форми роботи органів і закладів здоров'я. Ефективність – медична, соціальна, економічна

Такі підходи стануть суттєвим внеском у забезпечення робочого місця ЛЗП-СЛ, а саме необхідних умов для надання ефективної первинної медичної

допомоги та для виправлення існуючої ситуації, коли за даними моніторингу 2015 р. 23,72 % АЗП/СМ у сільській місцевості та 45,79 % у містах та СМТ розташовані у приміщеннях, що потребують капітального ремонту.

Матеріально-технічне забезпечення моделі робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Професійне право ЛЗП-СЛ порушується за причини неможливості виконання діагностично-лікувального процесу внаслідок недостатнього оснащення робочого місця (за даними моніторингу розвитку первинної медичної допомоги питома вага амбулаторій у ЦПМСД, оснащених медичним обладнанням, інструментами та інвентарем відповідно до табеля оснащення становить лише 16,8 %, автоматизованими робочими місцями – 21,4 %, автомобілями – 46,3 %; немає жодної АЗП/СМ у центрі ПМСД, оснащеної відповідно до табеля оснащення; за результатами соціологічного дослідження лише 49,3 % ЛЗП вважають, що вони мають задовільні умови праці, жодний лікувальний заклад, в якому працюють ЛЗП-СЛ не мають обладнання та оснащення робочого місця ЛЗП-СЛ у відповідності до табеля оснащення). Тобто за такого рівня оснащення ЛЗП-СЛ не може надавати первинну медичну допомогу в обсязі визначених клінічних протоколів.

Цього потребують також особливості діяльності ЛЗП-СЛ в сучасних умовах щодо забезпечення послуг, до яких входять надання лікувальної допомоги хворим на дому, цілодобова інформаційно-довідкова служба телефонної підтримки, динамічний моніторинг стану здоров'я пацієнта, профілактична робота в родині з питань оптимізації ЗСЖ, режиму праці та відпочинку, оформлення медичної, документації і рецептів, організація консультацій лікарів різних «вузьких» спеціальностей в медичних установах, контроль лікувально-діагностичного процесу при виконанні обстежень, супровід і представлення інтересів пацієнта у лікувальних установах, планова вакцинація членів сімей та сезонна вакцинація, проведення деяких інструментальних методів дослідження на дому (електрокардіографії),

патронаж на дому, організація доставки матеріалу для лабораторних досліджень, їх виконання в обсязі загальноклінічних аналізів, забезпечення лікарськими препаратами хворих на період захворювання, консультація медичних документів, організація консиліумів та консультацій (в тому числі зарубіжних фахівців) за програмою «телемедицина», індивідуальне харчування, формування аптечки офісу (для корпоративних клієнтів).

Існуючий табель оснащення потребує перегляду. Все медичне обладнання ЛЗП-СЛ має бути безпечним, зокрема при використанні на дому, відносно дешевим, простим в експлуатації, мати невеликі габарити і масу, але одночасно забезпечувати максимальну ефективність. Вимоги до медичних приладів для ЛЗП-СЛ безпосередньо пов'язані з необхідністю забезпечення виконання ним його прямих завдань - діагностики, лікування, реабілітації та профілактики. Як правило, після призначення методів лікування в домашніх умовах деякі прилади купуються пацієнтом особисто, тому робота з медичною апаратурою для сімейної медицини повинна бути інтуїтивно зрозумілою для всіх дорослих членів сім'ї.

Для роботи сімейного лікаря, особливо в сільській місцевості, необхідний транспорт.

Сучасна медицина настільки ускладнилася, що одному ЛЗП-СЛ вкрай складно запам'ятати синдроми і симптоми всіх захворювань, а тим більше проаналізувати їх. Оперуючи в процесі синдромної діагностики ознаками захворювання, будь-який сімейний лікар повинен щодня вирішувати діагностичні та лікувальні завдання на межі реальних можливостей. Це диктує необхідність створення автоматизованої системи управління (АСУ) процесами профілактики, діагностики та реабілітації об'єктів спостереження в сім'ях. АСУ передбачає медичну експертну систему, створення бази даних і бази знань, а також керуючого комплексу. База даних процесу діагностики формується на підставі заповнення діагностичної карти в процесі діалогу. З метою адаптації до реальних умов медична експертна система працює в режимі невідкладної і планової допомоги. ЛЗП-СЛ може розподілити в базі даних захворювання по етіології, ведучому синдрому, анатомічною субстрату, зовнішнім проявам

захворювання, його видам, варіантів (різновидам), фазами (етапами розвитку), наявності ускладнень і супутньої патології. Використання АСУ дозволяє лікарю уніфікувати процес спостереження в сім'ях, індивідуалізувати терапію.

У 1997 році ВООЗ введено поняття - медична телематика, що означає діяльність, послуги і системи, пов'язані з наданням медичної допомоги на відстані за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на сприяння розвитку охорони здоров'я, здійснення епідеміологічного нагляду та надання медичної допомоги, а також навчання, управління та проведення наукових досліджень в галузі медицини. Міжнародний досвід надання медичної допомоги на відстані свідчать про успіхи телемедицини в практиці ЛЗП-СЛ. Вони визначаються рівнем розвитку систем зв'язку і обчислювальної техніки. Вже сьогодні вони дозволяють зареєструвати будь-яке зображення в комп'ютері, приготувати його для пересилання, передати за необхідний термін часу, а якщо потрібно, то і в реальному масштабі часу, на будь-яку відстань, прийняти і розшифрувати цю інформацію практично без втрати якості і представити для обговорення. За останній період значні досягнення телемедицини в роботі ЛЗП-СЛ обумовлені тим, що на зміну аналоговому телебаченню прийшли цифрові канали передачі інформації, широкого поширення набули глобальні мережеві комунікації. Телемедицина залишається, в першу чергу, дистанційною діагностикою захворювань, але її потенційні можливості для лікарів загальної практики є значно ширшими. Мережеві технології надають можливість передачі медичної документації ЛЗП-СЛ за умови екстреної госпіталізації хворого і ЛЗП-СЛ після виписки пацієнта зі стаціонару для продовження лікування в амбулаторних умовах, оперативного вирішення питань страхування і оплати, підвищення кваліфікації ЛЗП-СЛ, впровадження нових методів діагностики і лікування в практику сімейного лікаря, проведення дистанційних медичних консультацій і консиліумів вузьких фахівців .

Формуванню практичних навичок ЛЗП-СЛ допомагають алгоритми відбору для медичної телетехнології, дій абонента, під час організації і здійснення медичної телеконсультації, створення телемедичної історії хвороби

тощо. Певна увага приділяється роботі з медичною документацією, її підготовці до телеконсультування. Використання телемедицини в практиці ЛЗП-СЛ має три основні напрями діяльності:

1) сімейний лікар – пацієнти (домашня телемедицина, телеконсультування, телепатронаж, телеконтроль);

2) сімейний лікар – ЗОЗ, в яких надається вторинна та третинна медична допомога (телеконсультування, телемоніторинг);

3) пацієнти - ЗОЗ, в яких надається вторинна та третинна медична допомога (телемоніторинг).

Реалізація медичних телетехнологій є можливою за умови матеріально-технічного, технологічного, мотиваційного і психологічного забезпечення, яке повинно бути досягнуто шляхом кропіткої, цілеспрямованої роботи з ЛЗП-СЛ та з населенням. До перешкод, які обмежують поширення телемедицини, відносяться ресурсні питання, що стосуються наявності комп'ютерної техніки, проблеми технічної підготовки персоналу, відсутність психологічної підготовки як сімейних лікарів, так і населення до таких медичних послуг. Ці обставини поглиблюються низькою мотивацією до використання телемедицини в загальній практиці. Комплексний підхід до навчання сімейних лікарів телемедицині сприятиме формуванню прогресивного погляду на організацію ПМСД населенню. Електронна пошта мережі Інтернету є сучасним видом комунікацій ЛЗП-СЛ в багатьох розвинених країнах. Звичайно, спілкування в такому режимі не може замінити безпосереднє спілкування з ЛЗП-СЛ, але добре знаючи хворого, допустимі телерекомендації. Крім того, цим заспокоюється пацієнт, розуміючи, що його сімейний лікар завжди поруч.

Особливістю первинної медичної допомоги є також те, що у загальній практиці постійно виникають питання про те, що очікує пацієнта. Сімейний лікар і пацієнт хочуть знати, що може статися, в які терміни настане одужання, наскільки можна змінити перебіг хвороби, які можливі ускладнення і в які терміни вони можуть відбутися. ЛЗП-СЛ, на відміну від лікарів-клініцистів, більше цікавить залежність захворюваності (ймовірність розвитку захворювань) серед членів сім'ї. Будь-яку людину цікавить не тільки перспектива розвитку

хвороби, на яку страждає він або його родич, але й перспектива виникнення нового захворювання. Не завжди пацієнт намагається задати питання про прогноз, якщо він побоюється його почути, та й ЛЗП-СЛ не завжди легко говорити про поганий прогноз. Тому ЛЗП-СЛ в окремих випадках не озвучують прогноз, хоча вони не мають право про нього не знати. Прогноз - більш важлива частина знання про захворювання, яким володіє ЛЗП-СЛ. Доказова медицина дозволяє вирішувати проблеми прогнозу на надійній, методично жорсткій основі. Доказова медицина - це різновид загальної медичної практики, яка відрізняється застосуванням в лікуванні тільки таких втручань, користь від яких доведена в наукових дослідженнях доказова медицина. Вона передбачає сумлінне використання найкращих сучасних методик для лікування кожного пацієнта. Вона заснована на доказах, що передбачає пошук порівняння, узагальнення та поширення отриманих доказів для використання в інтересах хворих. Основою доказової медицини про ефекти медичних технологій є дані, отримані в контрольних клінічних дослідженнях, ретельно спланованих і проведених за єдиною методологією. На основі даних доказової медицини формується система стандартів, які покликані покращувати і контролювати якість діяльності сімейного лікаря.

Стандарт - прийнятий приклад правильності, досконалості або якогось певного рівня якості. Сучасним принципом стандартизації є використання клінічного протоколу діагностики та лікування захворювань, який містить порядок і сукупність всіх видів медичної допомоги, ефективність яких науково доведена. Впровадження медичних стандартів на основі даних доказової медицини є основою підвищення якості медичної допомоги, заснованої на принципах сімейної медицини. Головний постулат доказової медицини - кожне рішення ЛЗП-СЛ має базуватися на наукових фактах.

Інший найважливіший принцип доказової медицини такий: при діагностиці та виборі методу лікування «вага» кожного факту тим більше, ніж суворіше наукова методика дослідження, в ході якого цей факт був отриманий.

Доказова медицина ставить перед ЛЗП-СЛ вирішення наступних завдань:

- 1) стандартизувати діяльність ЛЗП-СЛ на принципах доказової медицини;

2) підвищити ефективність терапії гострих захворювань і синдромів (невідкладних станів), стабілізувати тривалу ремісію хронічних захворювань, зменшити летальність і поліпшити якість життя пацієнтів;

3) підвищити безпеку лікування і знизити ризик появи ускладнень і погіршення перебігу захворювання шляхом раціонального використання медикаментів;

4) оптимізувати економічне забезпечення лікування, віддаючи перевагу менш затратним, водночас, досить ефективним лікарським засобам і методам діагностики.

Значне місце посідає в організації лікувального процесу диспансеризація, яка у здорових спрямована на забезпечення їхнього фізичного і психічного розвитку, виявлення і усунення факторів ризику хронічних захворювань, проведення індивідуальних і групових оздоровчих заходів. Диспансеризація хворих спрямована на активне виявлення хвороб на якомога ранній стадії, усунення причин цих хвороб та запобігання їхнім ускладненням.

Ефективність організації діяльності ЛЗП-СЛ оцінюється за трьома основними критеріями: медична, соціальна і економічна:

- медична ефективність оцінюється за наслідками спостереження і лікування хворих. Йдеться про частоту серед них ускладнень, загострень, їхню тривалість і вплив на подальший перебіг хвороб.

- соціальна ефективність вимірюється впливом медичної допомоги на тривалість і якість життя пацієнтів. Вона вимірюється передовсім тривалістю і якістю їхнього життя, величиною смертності.

- економічна ефективність вимірюється тим додатковим продуктом, який виробляє пацієнт в результаті скорочення термінів і наслідків його хвороби, а також зменшенням витрат, які несе суспільство на лікування, соціальне страхування і соціальне забезпечення хворих.

Новим питанням, що є необхідним для організації діяльності ЛЗП-СЛ є його юридична відповідальність. Сила ЛЗП-СЛ в першу чергу визначається його рівнем професійної підготовки, як одного з компонентів високої кваліфікації. Лікарська помилка або право на помилку теоретично

розглядаються в організації сімейної медицини розвинених країн. ЛЗП-СЛ має застрахувати свою цивільну відповідальність. У разі недостатності страхової виплати (страхового відшкодування) для повного відшкодування завданої шкоди, він зобов'язаний оплатити потерпілому різницю між фактичним розміром шкоди і страховою виплатою (страховим відшкодуванням).

Суттєвим моментом ефективності діяльності ЛЗП-СЛ є досягнення згоди пацієнта з професійним спеціалістом, коли він буде повністю виконувати рекомендації сімейного лікаря ("комунікація сімейний лікар - пацієнт"). Це є центральною ланкою для досягнення задоволеності сімейного лікаря і хворого пліном діагностичного та лікувального процесів, які мають вирішальний вплив на всебічне спостереження за пацієнтом і його родичами. Ефективні комунікації роблять внесок у компетентність лікаря і його відчуття впевненості в собі.

Кадрове забезпечення моделі робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Для професійного задоволення необхідно безперевний доступ до технологій підвищення кваліфікації ЛЗП-СЛ. В Україні після закінчення медичного факультету університету лікарі, що обрали фах лікаря загальної практики – сімейного лікаря, проходять відповідну спеціалізацію шляхом інternатури упродовж 2-х років. Через кожні 5 років сімейні лікарі проходять вдосконалення у академіях післядипломної освіти. Молоді фахівці проходять атестацію через три роки після закінчення інternатури. Атестаційна комісія визначає кваліфікацію лікаря згідно з трьома кваліфікаційними категоріями (вища, надається лікарям, що мають стаж роботи зі спеціальності не менше 10 років і високу теоретичну і практичну підготовку; перша, надається лікарям зі стажем роботи 7 років, що володіють належним практичним досвідом, сучасними методиками профілактики, діагностики і лікування хворих; друга, надається лікарям зі стажем роботи 5 років, що оволоділи сучасними методиками обстеження, діагностики і лікування хворих). Лікарям, що

працюють у сільській місцевості, віковий ценз дещо знижений і складає для вищої – 7, першої – 5 і другої – не менше 3-х років.

Важливою освітньою технологією підвищення кваліфікації ЛЗП-СЛ є очно-заочні цикли тематичного удосконалення з елементами дистанційного навчання, що потребує розробки спеціальних програм та відповідного оснащення.

Високоєфективною освітньою технологією також є тренінговий процес, який може ефективно втілюватися в рамках забезпечення професійного права ЛЗП-СЛ, що унормовано наказом МОЗ України від 27.03.2013 № 240 “Про затвердження Примірною положення про територіальний навчально-тренінговий центр сімейної медицини”.

Підготовка кадрів повинна мати безперервний характер та бути доступною, починаючи з додипломного рівня з огляду на те, що за результатами соціологічного дослідження 96,0 % ЛЗП-СЛ отримали підготовку з сімейної медицини шляхом перепідготовки на післядипломному рівні, а в інтернатурі, як первину спеціалізацію, отримали всього 4,0 %.

Інформаційно-просвітницьке забезпечення робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Відносини "сімейний лікар - пацієнт" і "сімейний лікар - члени сім'ї" є одними з центральних в області охорони здоров'я. Чимало питань, що виникають у відносинах між сімейним лікарем і пацієнтом, знаходяться в правовій площині. Сучасному ЛЗП-СЛ необхідно знати, якими є ці питання і як вони повинні вирішуватися відповідно до чинного законодавства України. Це дозволяє забезпечувати права пацієнта і захистити права лікаря, що сприяє налагодженню між ними довірливих відносин і поліпшенню результатів профілактики, лікування і реабілітації. Незважаючи на різноманітність правових проблем, що існують в сфері "Сімейний лікар - пацієнт", їх можна розділити на дві групи:

1) пов'язані з інформаційним обміном між лікарем і пацієнтом з приводу надання медичної допомоги;

2) пов'язані безпосередньо з діагностикою, профілактикою, лікуванням.

Серед питань інформаційного характеру, які є найбільш актуальними для ЛЗП-СЛ, є наступні:

- надання членам сім'ї медичної та іншої інформації, яка має відношення до одержуваної медичної допомоги;

- фіксація факту надання інформації щодо медичного втручання і отримання згоди пацієнта на таке втручання або відмова від необхідного йому медичного втручання;

- отримання від пацієнта (членів його сім'ї) необхідної інформації під час збору анамнезу життя і розвитку захворювання.

ЛЗП-СЛ необхідно точно знати, яка інформація повинна бути надана пацієнту, чи існують обмеження щодо надання цієї інформації, які вимоги до її надання. Пацієнту повинна бути надана наступна інформація:

а) медична, тобто дані про стан здоров'я, мета запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання;

б) щодо обсягу та порядку надання медичної допомоги.

До завдань ЛЗП-СЛ належить профілактична робота (просвіта населення, первинна і вторинна профілактика різних захворювань), виконання комплексу санітарно-гігієнічних заходів, лікувально-консультативна допомога, реабілітація хворих, визначення і організація необхідної соціальної допомоги, що потребує повної інформованості пацієнтів.

Процес розвитку загальної практики обумовлює формування нормативно-законодавчої бази та належного фінансово-економічного забезпечення. Необхідно подальше їх вдосконалення з тим, щоб забезпечити залежність оплати праці фахівців сімейної медицини як від обсягу та якості наданих профілактичних, діагностичних та лікувально-оздоровчих та реабілітаційних послуг, так і від кількості населення, яке на добровільній основі обрало собі певного сімейного лікаря. Матеріальна винагорода фахівців сімейної медицини має залежати певним чином від реалізації та ефективності заходів ПМСД на

сімейно-територіальних дільницях з урахуванням певних показників стану здоров'я та їх динаміки.

Реалізація професійного права ЛЗП-СЛ є можливою шляхом комплексного підходу до вирішення проблеми забезпечення умов його праці за наведеною функціонально-організаційною моделлю робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря в сучасних умовах (рис. 2).

До суб'єктів управління робочим місцем ЛЗП-СЛ з метою забезпечення ефективної діяльності ЛЗП-СЛ включені: Верховна рада України (ВРУ), Кабінет Міністрів України (КМУ), Міністерство охорони здоров'я України (МОЗУ), Регіональні органи управління охороною здоров'я (РОУОЗ), органи місцевого самоврядування (ОМС) та центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

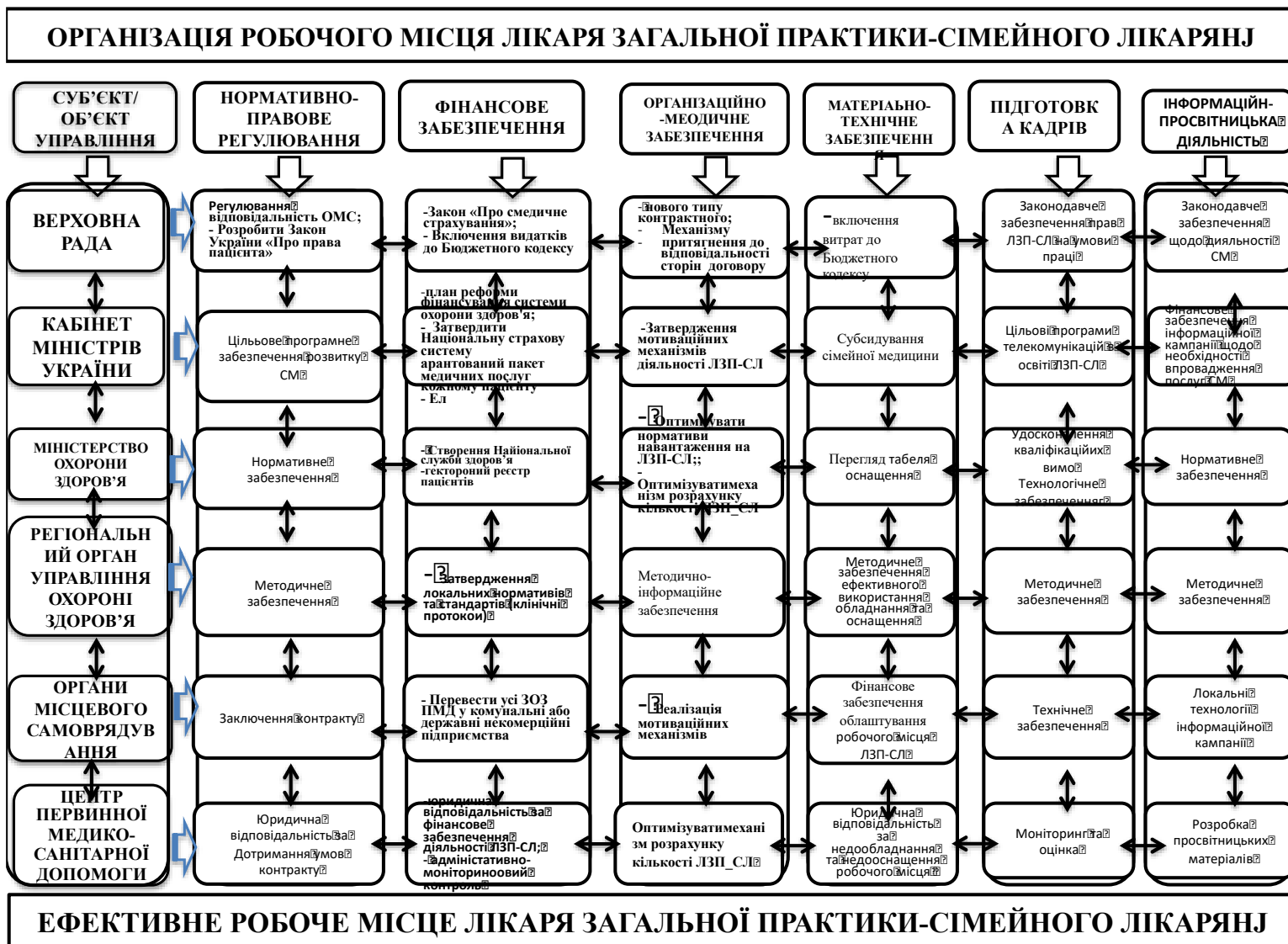


Рис. 2. Функціонально-організаційна модель робочого місця лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Впровадження Моделі дозволить досягти, визначених ВООЗ компетенцій СЛ: тривале і безперервне ведення своїх пацієнтів; холістичний (всебічний) підхід з урахуванням релігійних, культурних та інших особливостей пацієнта і його сім'ї; комплексний підхід до вирішення проблем пацієнта; вміння бути менеджером у своїй справі; вирішувати ефективно медичні проблеми, орієнтуватися на потреби пацієнта та суспільства, що потребує ретельної підготовки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Руководство по первичной медико-санитарной помощи : учеб. пособие для системы послевузов. проф. образования врачей : с прил. на компакт-диске / ред. : А. А. Баранов, И. Н. Денисов, А. Г. Чучалин. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 1541 с.
2. Думанский Ю. В. Семейный врач (врач общей практики) / Ю. В. Думанский, О. В. Синяченко, Г. А. Игнатенко. — Донецк : Изд-во медунивер., 2013. — 253 с.
3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для студентів стоматологічного факультету) / за ред. В. Ф. Москаленка. — Київ : Книга-плюс, 2010. — 328 с.
4. Family medicine specialty selection: a proposed research agenda / D. Campos-Outcalt, J. Senf, P. A. Pugno, A. L. McGaha // Fam. Med. — 2007. — Vol. 39 (8). — P. 585 — 589.
5. Мажак І. Сімейна медицина на етапі становлення: порівняльний аналіз України та Польщі / І. Мажак. — Київ, 2010. — 377 с.
6. Концепція Програми розвитку загальної практики/сімейної медицини на 2006—2010 роки [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрана.
7. Загальна практика — сімейна медицина. Общая практика — семейная медицина / за ред. О. В. Синяченко. — Донецьк : ТОВ «Норд-Пресс», 2011. — 670 с.
8. Health Policy Developments 7/8. Focus on prevention, health and aging, and human resources [Electronic resource] / R. Busse, S. Schlette (eds). — Gutersloh : Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007. — 252 p. — Access mode : http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health_Policy_Developments_7—8.pdf. — Title from screen.
9. Human resources for health database [Electronic resource]. — Geneva : WHO, 2008. — Access mode :

http://www.who.int/topics/human_resources_health/en/index.html. — Title from screen.