

# ПЕРЕДМОВА

Даний посібник дозволяє отримати певний обсяг знань з організації первинної медико-санітарної допомоги на принципах загальної практики — сімейної медицини.

Нашою метою було детально та поглиблено висвітлити основи організації роботи лікаря загальної практики — сімейного лікаря, допомогти студентам 6-х курсів медичних факультетів, організаторам охорони здоров'я та сімейним лікарям ознайомитись із різними аспектами в організації діяльності лікаря загальної практики — сімейного лікаря, включаючи питання контингенту обслуговування, особливо за принципом вільного вибору лікаря, ведення необхідної медичної документації, організації робочого часу тощо.

Посібник включає в себе ряд додатків, що містять нормативно-правові документи, які регулюють надання первинної медичної допомоги населенню в Україні, і особливо в пілотних регіонах. Структура посібника дозволяє спочатку отримати достатню кількість інформації з основних питань організації сімейної медицини, у тому числі в пілотних регіонах, потім закріпити знання, відповідаючи на контрольні тести.

Ознайомившись зі змістом посібника, що можемо з вами зробити зараз?

1. Навчати населення. Доступна, високоякісна медична допомога, яку може надати сімейний лікар відповідно до його кваліфікації, є проблемою всього суспільства, а не лише обов'язком медичних працівників.

2. Навчати один одного стосовно інновацій у первинній медико-санітарній допомозі. Таке навчання має визначити найкращий шлях для організації надання медичної допомоги групам населення з найменшими витратами та має базуватись на доказових наукових принципах.

3. Надихати лікарів на усвідомлення того, що саме сімейний лікар є основною ланкою в наданні кваліфікованої доступної медичної допомоги на первинному рівні і саме він має стати головною фігурою перетворень у галузі.

4. Боротися за те, щоб залучити найрозумніших студентів медичних вузів до сімейної медицини. Наші студенти повинні зрозуміти, що саме вони, а не хтось інший, потрібні сьогодні суспільству, сім'ям, окремим людям.

Ми широко віримо в диво одужання нашої медицини, а разом із нею і наших громадян. Ми також вдячні всім, хто розділяє з нами нашу віру в краще майбутнє української охорони здоров'я.

*Присвячуємо нашому Вчителю, талановитому керівнику, завідувачу кафедри соціальної гігієни і організації охорони здоров'я Вінницького медичного інституту ім. М.І. Пирогова (1946–1982 рр.), великому діячу охорони здоров'я, автору багатьох наукових праць, у тому числі і монографії «Сільська лікарська дільниця»,*  
д.м.н., професору

**Леоніду Григоровичу ЛЕСКАРЄВУ**

## **ВСТУП**

---

Цей посібник — результат пошукової роботи науковців Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. В його основу покладені великі напрацювання Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, Міністерства охорони здоров'я України, Східноєвропейського науково-практичного журналу громадського здоров'я, численні матеріали з'їздів сімейної медицини в Україні, особистий досвід роботи з організації сімейної медицини, в тому числі і за кордоном.

Сьогодні, на початку XXI століття, стан здоров'я населення в країнах колишнього Радянського Союзу набагато гірший, ніж у європейських країнах. За високими показниками захворюваності, інвалідності і смертності стоять страждання людей, цілих родин і держави загалом. Чому організація охорони здоров'я, яка була визнана експертами ВООЗ найкращою у світі наприкінці 80-х років минулого століття, в умовах ринку працювати неспроможна?

Відповідь ясна: радянську охорону здоров'я потрібно було адаптувати до ринкових умов ще 21 рік тому, коли наша країна вибрала інший, відмінний від соціалістичного, шлях розвитку.

Неадаптована до ринкових відносин соціалістична система не в змозі самостійно розвиватись. На це вказують багато видатних економістів, науковців, політиків і досвід роботи в цьому напрямку нашої держави. Не можна не враховувати і те, що на сьогодні зростають такі соціально-небезпечні хвороби, як серцево-судинні (їх ще називають вбивцями № 1 у XXI столітті), онкологічні (вбивці № 2 у XXI столітті), туберкульоз, цукровий діабет, СНІД та інші. Перевантаження сучасної системи охорони здоров'я стаціонарними ліжками, закладами охорони здоров'я (ЗОЗ), спеціалізованою і вузькоспеціалізованою медич-

ною допомогою (123 вузькі спеціальності, у світі — 24) призводить до розпорошення коштів і нераціонального їх використання.

Все це уповільнює економічне зростання і збільшує і без того великий дефіцит бюджету на охорону здоров'я. Окрім цього, високі рівні захворюваності і смертності в Україні значною мірою спричинені відсутністю дієвої боротьби з такими факторами ризику, як паління, зловживання алкоголем, наркотиків, артеріальною гіпертензією і гіперхолестеринемією та ін.

В останні роки зростають темпи поширення інфекційних хвороб, туберкульозу.

Державне фінансування з кожним роком зменшується через затяжну економічну кризу. Зменшення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я призводить до послаблення контролю й розмивання відповідальності. У результаті політичних змін в останні 20 років значно зменшилася кількість кваліфікованих, підготовлених кадрів керівників охорони здоров'я, насамперед найбільш професійних. Основними причинами втрати фахівців була і залишається низька зарплата, відсутність перспектив.

Окрім того, в останні 20 років доводилось вирішувати безліч соціальних проблем: це високі рівні корупції, слабкі соціальні структури, зростання безробіття й майнове розшарування. Усе це перешкождало і перешкоджає здійсненню реформ в охороні здоров'я і негативно позначається на соціальній охороні здоров'я в цілому.

Щоб спрямувати зусилля на оздоровчу роботу в державі, необхідний був час, який, на жаль, давно минув. Через це діяти необхідно швидко, рішуче й наполегливо. Світовий банк розробив основні принципи розвитку охорони здоров'я:

1. Реформувати установи охорони здоров'я, в центр уваги поставити розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ).

2. Усунути недоліки.

Вкрай важливо зберегти досягнення в галузі: боротьби з інфекційними захворюваннями, вакцинації, охорони здоров'я матері і дитини. Країни, що спромоглись зберегти життєздатні частини старої системи, легше перенесли зміни, ніж ті, де вона була цілком зруйнована.

3. Фіксувати бюджет суспільної охорони здоров'я. Профілактична медицина, що діє на благо всього народу, повинна фінансуватись із державного бюджету.

4. Кадрова політика.

Завдання реформ — утримати найбільш здібних і зацікавлених співробітників, підвищити ефективність підготовки кадрів, насамперед керівного складу.

Ми залишилися єдиною країною в Європі, що не визначилася до 2011 року з реформуванням охорони здоров'я.

За більш ніж 20 років ми так і не зробили вибору, яку систему (модель) — ринкову чи семашківську (тобто колишню радянську) — будемо. Ми довго «зберігали колишню систему», яка не вписувалась у ринкові відносини.

Тому всі «реформаторські» спроби та зусилля залишилися в державі розрізненими та практично безрезультатними.

На сьогодні ресурси України вкрай виснажені, тому особливої актуальності набуває виваженість рішень, спрямованих на здійснення першого етапу реформ (Закон України № 3612-VI від 07.07.2011), створення центрів ПМСД, підготовку кадрів із питань організації сімейної медицини. Однак, як свідчить досвід України, особистий досвід, широке впровадження сімейної медицини (СМ), незважаючи на постійну турботу МОЗ, стикається з низкою невирішених проблем на всіх рівнях організації медичної допомоги. Однак зроблено вже чимало на Вінниччині взагалі і в місті Вінниці зокрема (пілотний регіон із провадження реформування системи охорони здоров'я).

Значна кількість уміщених у посібнику матеріалів розкриває основні організаційні основи впровадження сімейної медицини. Посібник розрахований на лікарів первинного рівня, інтернів, які бажають навчатись за спеціальністю «загальна практика — сімейна медицина», студентів медичних вузів, керівників центрів ПМСД. Стане в пригоді всім, хто цікавиться розвитком сімейної медицини в Україні, в інших державах, дає про своє власне здоров'я, здоров'я своїх близьких і рідних.

*Если больному после разговора с врачом  
не становится легче, то это не врач.  
В.М. Бехтерев*

## РОЗДІЛ I

---

# Чому в Україні почали впроваджувати сімейну медицину?

Термінологія загальної лікарської практики (сімейної медицини), а також її оцінка до теперішнього часу має різне тлумачення (визначення).

З метою попередження неправильного тлумачення наводимо визначення ряду термінів:

— лікар загальної практики (сімейний лікар) — це синоніми, що використовуються для характеристики лікарів, які пройшли післядипломну підготовку із загальної лікарської практики;

— лікар системи первинної медичної допомоги — це лікар-терапевт, педіатр, який працює в закладах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД);

— первинна медична допомога — це є первинна ланка системи охорони здоров'я, розташована близько місця проживання пацієнтів, у якому відбувається його перший контакт з працівниками охорони здоров'я (виключаючи випадки важких травм).

Чому в Україні почали впроваджувати сімейну медицину?

При наданні амбулаторної допомоги населенню України в останні 20 років розвиток ПМСД відбувався шляхом вузької спеціалізації. Дільничний терапевт перестає бути центральною фігурою в первинній ланці охорони здоров'я та координатором «медичного маршруту пацієнта», поступово знижується престиж дільничного лікаря. Цьому сприяє багато причин, у тому числі: низька зарплата, відсутність зацікавленості в здоров'ї пацієнта та механізмів впливу на сім'ю, відношення пацієнтів до свого здоров'я та інші фактори, які не дали можливості до кінця впровадити в життя ідею щодо дільничного лікаря, який мав би стати основною фігурою охорони здоров'я.

Значне збільшення кількості вузьких спеціалістів у поліклініках призвело до того, що на сьогодні ніхто не несе відповідальності за стан здоров'я пацієнта. Принцип колективної відповідальності призвів до відсутності персональної відповідальності, включаючи дільничного лікаря, який перестав бачити пацієнта як одне ціле.

На сьогодні в Україні існує 123 вузькі спеціальності, а в цивілізованому світі — 24.

За даними сучасних досліджень, у європейських країнах на консультації до вузьких спеціалістів направляється лише 10 % пацієнтів, у Росії — до 50 %, в Україні — понад 50 %. Дільничний терапевт не координує направлення пацієнтів до спеціалістів, унаслідок чого в нього закінчують лікування лише 18–26 % пацієнтів, за кордоном цей показник становить 70–75 %, а в країнах, де добре працює сімейна медицина, — 90 %.

Що означає сімейна медицина в Україні?

Сімейна медицина — це форма організації первинної медико-санітарної допомоги, яка надається лікарем загальної практики (сімейним лікарем), який забезпечує індивідуальне первинне та безперервне медичне обслуговування окремих осіб, сімей і населення в цілому незалежно від віку, статі або виду захворювання.

## РОЗДІЛ II

# Визначення понять «лікар загальної практики — сімейний лікар» та «первинна медико-санітарна допомога»

№ з/п	Визначення терміну	Ким визначено
1	2	3
1.	Лікар загальної практики (ЛЗП) — це лікар, який надає персональну, первинну та безперервну медичну допомогу окремим особам та сім'ям. Може відвідувати своїх пацієнтів удома, приймати їх в амбулаторних умовах, а в окремих випадках — у стаціонарі. Бере на себе відповідальність за прийняття рішення по кожній проблемі, з якою пацієнт звертається до нього, і при необхідності консультується з іншими спеціалістами. Зазвичай працює в групі з іншими лікарями загальної практики, в умовах, які створені або модифіковані з цією метою, сумісно з колегами-парамедиками відповідного сектора та необхідного обладнання. Навіть якщо ЛЗП працює там, де він є єдиним лікарем, він працює в команді та за необхідності делегує повноваження. Його діагноз складається з фізичного, психологічного та соціального аспектів. Втручання ЛЗП містять у собі освітню, профілактичну, терапевтичну направленість для зміцнення здоров'я пацієнта	Королівський коледж лікарів загальної практики, 1972 р. Royal College of General Practitioners. The future general practitioner — Learning and teaching // Brit. Med. J. 1972; 266
2.	Лікар загальної практики — сімейний лікар (ЛЗП/СЛ) повинен відігравати центральну роль у системі охорони здоров'я в тому, що стосується досягнення якості, ефективності та рівноправності	UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. European Union of General Practitioners, 1994. WHCL-WONCA.
	Для виконання цієї ролі ЛЗП/СЛ повинен володіти високим ступенем компетентності в питаннях надання медичної допомоги пацієнтам і здійснювати інтеграцію індивідуальної та комунальної медичної допомоги	Making Medical Practice and Education More Relevant to People's Needs: The Contribution of the Family Doctor. WHO-WONCA Conference in Ontario, Canada WHO-WONCA, 1994

**Закінчення табл.**

1	2	3
3.	Лікар загальної практики як такий, що надає комплексну допомогу кожній окремій особі, яка звертається за медичною допомогою, і при необхідності організовує інший медперсонал для надання медичної допомоги. Розуміння комплексної допомоги відрізняє лікаря загальної практики від інших медичних працівників, які працюють на рівні первинної та вторинної ланки і включає в себе не лише лікувальну допомогу, але і реабілітацію, профілактику та зміцнення здоров'я. Вона не обмежується статтю, категорією діагностики або одним епізодом хвороби і передбачає безперервність протягом того чи іншого періоду життя	Всесвітня організація національних коледжів, академій та академічних асоціацій лікарів загальної практики/ сімейних лікарів (WONCA) WONCA. The role of the general practitioner/ family physician in health care system. A statement from the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians. Victoria: WONCA, 1991
4.	Первинна медико-санітарна допомога є однією з основних складових системи охорони здоров'я, що базується на наукових, практичних і соціальних методах і технологіях, доступна для кожного окремого громадянина та кожної сім'ї та фінансується за їх безпосередньої участі та за державні кошти. Вона є невід'ємною частиною системи охорони здоров'я країни, у якій посідає центральне місце, а рівень її розвитку відображає соціально-економічний розвиток суспільства. Це перший рівень взаємодії особистості, родини та суспільства з національною організацією системи охорони здоров'я, що наближує медичну допомогу до місця роботи і проживання людей і є першим елементом у безпосередньому процесі піклування про здоров'я	World Health Organization. Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978
5.	Лікар загальної практики не повинен розглядатися лише як надавач первинної медико-санітарної допомоги, хоча його роль у ній особливо важлива. Він повинен впроваджувати політику профілактичної та немедичної допомоги шляхом виїздів до населення. Служби ПМСД усіх держав повинні задовольняти основні потреби населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання широкого спектра послуг шляхом активного сприяння окремим особам, сім'ям та групам із надання самопомоги шляхом підготовки сімейних лікарів та медичних сестер для первинного медико-санітарного забезпечення	LHV [Dutch National Association of General Practitioners], Basic Job Description for the General Practitioner. Utrecht: LHV, 1993
6.	Первинна медико-санітарна допомога включає основні медико-санітарні заходи, повсюдно доступні окремим особам, сім'ям, громаді, і здійснюється за їх участю, на основі практично придатних, науково обґрунтованих і соціально прийнятних заходів та технологій, при витратах у межах матеріальних можливостей громади і країни в цілому на кожному етапі їх розвитку відповідно до принципів самозабезпечення та самовизначення	World Health Organization. Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978