



Л.Ф. Матюха

доктор медичних наук, професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина», завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ)

Сьогодні ми багато можемо почути про те, що за сімейним лікарем майбутнє системи охорони здоров'я. Справді, відповідно до засад «Європейської політики з досягнення здоров'я на XXI століття», на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) державою повинна бути забезпечена безперервність медичної опіки пацієнта. Це означає надання лікувально-діагностичної допомоги хворим у будь-який час, забезпечення нагляду за пацієнтами, які виписалися зі стаціонару для продовження лікування за місцем проживання, надання невідкладної медичної допомоги хворим у тяжкому стані. Цим вимогам відповідає концепція надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Адже досвід цивілізованих країн свідчить про те, що для будь-якого пацієнта та членів його родини саме сімейна медицина є фізично доступною, безперечною та невідкладною. Чи стане в Україні сімейний лікар ключовою фігурою збереження здоров'я населення? Наскільки важко впроваджувати на місцях засади сімейної медицини і чи можна вважати правильним, що сімейний лікар може вирішити до 80% проблем пацієнта? З цими та іншими питаннями ми звернулися до головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина», доктора медичних наук, професора Лариси Федорівни Матюхи.

«Саме ступінь орієнтованості держави на покращенні здоров'я громадян, реформування та розвиток системи охорони здоров'я і є одними із основних показників розвитку держави, її цивілізованості і конкурентоспроможності».

ВООЗ, 2013

Сімейна медицина: філософія, реалії, традиції

? Ларисо Федорівно, коли, на Ваш погляд, Україна зможе претендувати на ідеально створену модель сімейної медицини? І якою, з Вашої точки зору як головного «сімейника», має стати ця модель? Адже спеціальність «Загальна практика – сімейна медицина» в Україні з'явився ще в 1996 році...

— Узагалі ідеальної моделі як сімейної медицини, так і системи охорони здоров'я, думаю, не існує. Жодна країна не може похвалитися тим, що вона зробила все для покращення здоров'я свого населення. Адже медицина є дуже затратною галуззю народного господарства, а пошук шляхів покращення якості надання медичної допомоги за наявних ресурсів — це невичерпна тема. В Україні збереження і покращення здоров'я є дуже важливим завданням. Щоб будувати країну по-новому, потрібно завжди орієнтуватися на те, що основний стратегічний продукт нації — це здоров'я громадян. Про це повинні думати не лише представники Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, але й представництва всіх галузей країни. Тому передусім потрібно вкласти кошти в збереження здоров'я. Це насамперед стосується первинної ланки медичної допомоги як фундаменту системи. Можливо, навіть, не вкласти, а лише правильно перерозподілити наявні кошти залежно від потреби, якості роботи, а не від кількості ліжок, як ми звикли.

Розвиток загальної практики й сімейної медицини Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) визначено пріоритетним в 2008 році після детального аналізу 50-річного досвіду її впровадження в різних країнах світу. Але ми звикли винаходити велосипед там, де його вже давно винайшли та апробували. Тому виникають дебати на теми: «Чи потрібна реформа?», «У нас була ж така гарна медицина...» та ін. Так, реформа потрібна, адже це є шляхом до якості медичної допомоги.

? Свого часу багато говорилося про те, що сімейна медицина в Україні вийшла на перший план з початком радикальних медичних реформ. Сьогодні ми знову говоримо про це. Чи існують у реаліях сформована системна нормативно-правова база діяльності сімейних лікарів та державна фінансова підтримка її розвитку? Адже сподівання на те, що сімейний лікар до 2020 року стане вікном входження пацієнта в систему охорони здоров'я, так і залишиться сподіванням...

— На мій погляд, дуже важливо, що зараз і МОЗ України, і парламентський Комітет з питань охорони

здоров'я працюють злагоджено. Є консенсус в питанні необхідності продовження реформи, моніторингу отриманих результатів, аналізу недоліків, розробки нових нормативних документів. Також існує ще одне питання, над вирішенням якого сьогодні працюють кафедри сімейної медицини в Києві і регіонах. До цього часу в Україні практично не проводився аналіз клінічних проблем, з приводу яких пацієнти звертаються на первинний рівень медичної допомоги. За сприяння Департаменту з контролю якості МОЗ України (О.М. Лещина) нам була надана можливість користуватися настановами з медичних проблем і синдромів (Clinical Knowledge Summaries (CKS), з якими найчастіше звертаються пацієнти. CKS є електронним ресурсом для ПМСД Великої Британії, який з березня 2013 року став одним із ресурсів Національного інституту здоров'я і вдосконалення медичної допомоги (NICE). На сьогодні цей сервіс нараховує клінічні протоколи з 330 тем, які стосуються найбільш поширених станів (захворювань) у практиці первинної медичної допомоги.

Нашим завданням є адаптувати ці настанови до наших реалій і створити вітчизняні уніфіковані протоколи, які стануть інструментом у роботі сімейного лікаря. Крім того, ми працюємо над можливістю введення класифікації для ПМСД та створенням уніфікованих протоколів з найпоширеніших проблем (синдромів).

Зараз лікар первинної ланки звітує за допомогою статистичних талонів, в яких він, згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, має встановити діагноз пацієнту, який до нього звернувся. А якщо діагнозу немає, а в наявності є лише проблема або симптоми захворювання?

Що стосується фінансової підтримки, сімейний лікар повинен отримувати бонус за те, що населення, за яке він відповідає, «доглянуто».

Це має стати мотивацією до профілактичної роботи і раннього виявлення захворювань. Звичайно, сімейний лікар потребує достойної оплати праці при нормальних умовах життя і роботи, зокрема зменшення паперового навантаження. Прикро, однак слід констатувати той факт, що в XXI сторіччі в багатьох амбулаторіях немає комп'ютерів і сертифікованих програм, є мізерним табель оснащення. Коли ці питання будуть вирішені, ми з вами будемо говорити про якісну і визнану пацієнтами ПМСД.

Якщо брати до уваги вартість надання медичних послуг, то це вже робота економістів. Чи буде введено загальнообов'язкове страхування в Україні? Тут, на жаль,

я не маю впевненості. Але сімейні лікарі як приватні підприємці, а також заклади ПМСД можуть працювати зі страховими компаніями вже зараз.

? Ларисо Федорівно, сімейна медицина передбачає надання широкого кола медичних послуг людям різного віку. Але в нашому столітті медична наука досягла значних висот — чи може одна людина оволодіти таким спектром знань, яких потребує лікування усіх відомих хвороб?

— Узагалі кожна медична спеціальність має своє завдання. В одному зі старих британських журналів 20-річної давнини є такий вислів: «У лікарнях пацієнти йдуть, а хвороби залишаються, а у загальній лікарській практиці хвороби йдуть, а пацієнти залишаються». У цій фразі є велика частка філософії нашої медичної спеціальності. Адже сімейний лікар не розглядає пацієнта як загальний перелік органів і систем, він розглядає хворого як особистість у середовищі сім'ї, оскільки саме сім'я формує звички, культуру харчування, ставлення один до одного, любов до Бога, людей і громади, які також важливі для розуміння стану пацієнта.

Деякі спеціалісти кажуть, що ми хочемо повернутися до земської медицини, час якої давно минув. Справді, земська медицина залишилася в історії як приклад служіння людям і громадянського подвигу лікарів та медичних сестер.

У сучасному світі майстерність сімейного лікаря полягає в профілактиці і ранній діагностиці. Жодна людина не сподівається потрапляти на третій рівень медичної допомоги, які б високі технології там не використовувалися. Вона хоче завжди бути здоровою, але при цьому мало рухається, харчується, як їй заманеться, часто перебуває в стресових ситуаціях, курить, зловживає алкогольними напоями (в Україні одна людина в середньому вживає понад 11 літрів чистого спирту на рік — правда, невесела статистика?!). Тож будь-яке захворювання краще виявити на ранній (доклінічній) стадії прояву, коли хворий має лише загальні симптоми. Робота сімейного лікаря на рівні громади, сім'ї полягає у вихованні у населення (яке заключило договір з лікарем або проживає на його територіальній дільниці) культу здорового способу життя, правильного харчування, активного способу життя, правильної реакції на стресові ситуації та ін. Сімейний лікар має надавати медичну допомогу і в гострих ситуаціях, і в хронічних, якомога довше підтримуючи ремісію. Це і є ті самі 80% медичних потреб, які повинен вирішувати сімейний лікар, забезпечуючи найшвидший



і найефективніший маршрут пацієнту, коли ситуація з його здоров'ям потребує спеціалізованої допомоги.

Зазвичай сімейний лікар має право обирати такого консультанта-спеціаліста для свого пацієнта, якому він довіряє найбільше. Адже згодом пацієнт повернеться додому, буде знову знаходитися під опікою сімейного лікаря і має право запитати: «Чому, шановний, Ви скерували мене до гінеколога чи невропатолога, після втручання яких мені стало гірше...». Тож тривале безперервне спостереження є однією з компетенцій сімейного лікаря. Загалом таких компетенцій нараховується 6, я навіть зробила спеціальну схему, яка їх засвідчує. По периметру зображено, що повинна забезпечити держава для ефективної взаємодії лікаря і пацієнта (рис).

Зрозуміло, що ключову роль у сімейній медицині відіграє професійна підготовка. Адже у США сімейні лікарі проходять 4-річну підготовку для отримання звання бакалавра, потім ще 4 роки здобувають загальну професійну освіту у вищому медичному навчальному закладі і, нарешті, протягом 3 років оволодівають секретами своєї майбутньої професії. Яку освіту отримують наші лікарі?

— Не є секретом, що, зробивши в попередні роки ставку на зростання кількості медичних спеціальностей (у нас їх понад 120), ми поставили під загрозу здоров'я українців. Американські лікарі пройшли цей етап ще в 60-х роках ХХ століття. У 1966 році Комітет з питань освіти в галузі сімейної медицини, названий також на честь свого голови Комітетом Віларда, разом з двома іншими авторитетними комісіями опублікував доповідь, основним змістом якої були рекомендації змінити співвідношення числа лікарів-спеціалістів і лікарів загальної практики у США на користь останніх та підвищити якість підготовки у сфері сімейної медицини.

Цим Комітетом була запропонована концепція спеціальності і розроблений проект навчальної програми. У вищих навчальних закладах США була введена нова спеціальність під назвою «Сімейна практика». Завданнями лікаря загальної практики було визначено допомогу пацієнтам та їхнім родинам протягом усього життя, лікування хвороб і вживання заходів для збереження здоров'я населення, яке прикріплене до лікаря. Такий підхід докорінно змінив роль лікаря у загальному процесі, порушив традиційну ідеологію, згідно з якою основна увага приділялась особливим видам патології у певного контингенту хворих, що заважало сприймати пацієнта як цілісну особистість в оточенні родини й громади протягом усього життя — від народження до смерті. Саме ці роки в США позначилися сплеском суспільної активності та успіхами в медичній галузі. Суспільство цієї країни віддало перевагу впровадженню нового відповідального підходу до лікування населення — за принципом роботи сімейного лікаря, якому фактично була довірена доля людей. У наступні роки сімейна медицина в США сформувалася як невід'ємна частина системи охорони здоров'я.

Щодо нашої країни, то система підготовки лікарів у нас складається з додипломної і становить 6 років та післядипломної — це 2 роки інтернатури, де лікар має опанувати передусім медичну практику, навички консультування і вирішення медичних проблем пацієнта. На мою думку, 2 роки для інтернатури — це занадто малий строк. Практично у всіх країнах, які дбають про зміцнення ПМСД, тривалість післядипломної освіти становить не менше 3 років, а потім слідує безперервний професійний розвиток, який триває протягом усієї професійної кар'єри.

На превеликий жаль, шлях упровадження сімейної медицини в Україні, незважаючи на міжнародний

доказовий менеджмент на користь зміцнення цієї спеціальності для суспільства, є дуже тернистим. Попри певні проблеми ми просуваємося вперед і з 2010 року впровадили наукову спеціальність «Загальна практика — сімейна медицина». З того часу також затверджено магістратуру та аспірантуру з цієї спеціальності, виконується чимало наукових робіт, триває підготовка науково-педагогічних кадрів та ін.

Знать, які отримують наші лікарі, вистачає для їх майбутньої професійної діяльності?

— Звичайно ж, ні. Лікар повинен постійно удосконалювати свої знання. Медична наука стрімко розвивається, з'являються нові і більш досконалі технології. Потрібно встигати за часом, розвитком науки і галузі. Сімейний лікар має бути забезпечений і володіти простими, проте надійними (на основі доказової медицини) технологіями.

«Болуче» питання для мене — це проходження курсів спеціалізації, які тривають 4 місяці. Я вважаю це малоефективною ідеєю. Підтвердженням є те, що терапевти і педіатри зі стажем, які закінчили такі курси, на своїх робочих місцях продовжують практику дільничних лікарів з такими ж функціональними обов'язками, що і до курсів, особливо це стосується великих міст. Звичайно, якщо організатори на місцях не розуміють філософії сімейної медицини, не можуть правильно розподілити кадри, а іноді просто негативно налаштовують населення, цьому не можуть зарадити кафедри, які намагаються за 4 місяці надати людям найбільше знань та навичок. Я впевнена, що цикли спеціалізації повинні тривати 1 рік у вигляді очно-заочної форми навчання, а проходження інтернатури — не менше 3 років.

Чи є у нас в Україні організації сімейних лікарів? Якщо є, то скільки і якими регіонами вони представлені?

— Переважна більшість областей України мають регіональні асоціації сімейних лікарів. Деякі з них — більш активні, деякі — менш активні. Є такі, що беруть активну участь в обговоренні нормативно-правових документів на стадії проєктів, запрошують на зібрання чиновників з МОЗ України, Департаментів охорони здоров'я. До таких асоціацій належать Асоціація сімейних лікарів м. Києва та Київської області, яка 15 років поспіль займається безперервним професійним розвитком, організовує семінари, тренінги, а також Асоціації сімейних лікарів Дніпропетровської, Львівської, Тернопільської, Чернівецької, Одеської областей. Також є чинною Українська асоціація сімейної медицини, яка 11-12 червня цього року буде проводити черговий IV з'їзд у м. Полтаві.

Я знаю, що Ви особисто входите до міждисциплінарної групи зі створення вітчизняних протоколів, які потребують думок різних фахівців.

— Так, надзвичайно важливо, що протягом декількох років проводиться активна робота над медико-технологічними документами. На сьогодні під керівництвом Департаменту управління та контролю якості медичних послуг МОЗ України на основі доказової медицини створено понад 60 уніфікованих клінічних протоколів щодо ведення того чи іншого захворювання. А починалося все з організації та проведення по всій країні для викладачів та лікарів різних спеціальностей навчальних тренінгів, створення мультидисциплінарних команд для розробки вітчизняних медико-технологічних документів (професор А.В. Степаненко, кандидат медичних наук О.М. Лещишина). За прототипи використовуються найкращі зарубіжні клінічні настанови, відбувається їх адаптація до наших реалій з коментарями членів робочих груп. На основі цих настанов розробляються уніфіковані клінічні протоколи.

На місцях сімейні лікарі із залученням медичних сестер і лікарів-спеціалістів повинні розробляти локальні протоколи для своєї амбулаторії з визначенням маршрутів пацієнтам. Локальний протокол — це інструмент для лікаря щодо якісної доказової практики.

Які документи, на Ваш погляд, ще необхідні, оскільки вони є дуже важливими для плідної роботи сімейних лікарів?

— Важливим документом буде локальний формуляр лікарських засобів. На жаль, у цьому році у вітчизняному формулярі не передбачається додаток для ПМСД, тому лікар змушений буде серед 11 тис. найменувань лікарських засобів знайти саме ті, які йому рекомендуються.

Останнім часом багато думок існує про те, що сімейна медицина зруйнує педіатричну, а можливо, й гериатричну служби. Що Ви про це думаєте?

— Дійсно, питання звучить гостро не лише з вуст чиновників, а й з вуст науковців-педіатрів. Проте жодної руйнації не передбачається. Відповідно до основ законодавства..., «первинна медична допомога переходить на засади сімейної медицини з 01.01.2020 року». Ось власне і все. У світі, зокрема в розвинених країнах, нікому не потрібно доводити те, що людина незалежно від віку із будь-якою медичною або навіть соціальною потребою може звернутися до сімейного лікаря. Залежно від клінічної ситуації лікар веде пацієнта інтегровано: якщо це ситуація, яка входить до його компетенції, він вирішує сам, що робити, якщо ні — скерує хворого на вищий рівень медичної допомоги, зокрема до педіатра. Якщо ситуація невідкладна — негайно викликає екстрену допомогу. Думаю зрозуміло, коли будинок будують не з даху, а з фундаменту — він є міцнішим. Так і ПМСД є тим самим фундаментом. Адже чи потрібен сімейний лікар, це питання не виникає у пацієнтів Барселони, Лондона, інших мегаполісів. Чому ж це питання є актуальним у містах Києві, Вінниці? Можливо вся справа в кваліфікації сімейного лікаря і менеджера? Так, це надзвичайно важливе питання, і його ми маємо вирішити.

На сьогодні підготовлено понад 13 тис. сімейних лікарів, що становить половину від реальної потреби. З іншого боку, є приклади, коли людина має сертифікат, а необхідних практичних навичок у неї недостатньо. Багато залежить від управлінців — керівників закладів ПМСД. Наприклад, у Дніпропетровській, Чернівецькій та інших областях я бачила як в амбулаторії у двох суміжних кабінетах приймають колишній педіатр і терапевт. Вони консультують пацієнтів, допомагаючи один одному, а також один одного навчаючи. Зі слів лікарів зі стажем терапевта та педіатра понад 10-15 років, їм достатньо 1 року для оволодіння навичками роботи з дітьми або, навпаки, — з дорослими. Важливо до такої співпраці залучати і пацієнтів. Там, де пацієнтів інформують і до них прислухаються, впроваджуючи такі перехідні форми, реформи на місцях проходять безконфліктно.

На сьогодні розроблено багато програм тематичного удосконалення, наприклад, щодо планування сім'ї та репродуктивного здоров'я з інтегрованим веденням дітей. Але всі ми повинні розуміти, що нова система будеться не один рік, тому потрібно ще багато чого зробити, щоб досягти тієї мети, яку ми поставили перед собою. Не зупинятися, не розмірковувати, чи ми йдемо правильним шляхом, коли цей шлях подолали вже багато країн. А той факт, що якість роботи добре навченого і правильно змотивованого, оснащеного на місцях сімейного лікаря, є вищою, аніж окремої праці терапевта або педіатра, доведений світовою практикою.

Ларисо Федорівно, ідеальний сімейний лікар для Вас особисто яким має бути? І яким він має бути в розрізі нашої країни з її фінансово-економічними труднощами, певними недоліками освіти та ін....

— Точно знаю, що сімейний лікар має бути незалежним від голови сільської ради, як це було декілька років тому. Лікарі кажуть, що не хотіли б повернутися в «панщину», коли голова керував навіть лікувальним процесом, а медична вертикаль мала лише методичне значення. Разом з тим у тих громадах, де було розуміння отримати медичну допомогу високої ефективності та якості, для лікаря і медичної сестри знаходили житло, опікувалися ним і поважали його як професіонала, навчали його, громада допомагала проводити профілактичні заходи, «День здоров'я» та ін. Тож слово «ідеал» у медицині для мене означає шлях до якості, постійного вдосконалення, професійного розвитку. Це стосується не лише самої роботи сімейного лікаря як фахівця, але й умов його праці, ставлення до неї з боку держави, громади, пацієнтів.

Підготувала **Ельвіра Сабадаш**

3