

# Кращі практики сімейної медицини з перших вуст. Зарубіжний досвід

Чергову Всеукраїнську науково-практичну конференцію (далі — Конференція) за участю зарубіжних спікерів проводила у Києві Українська асоціація сімейної медицини (УАСМ). Захід під назвою «Первинна медична допомога: кращі практики сімейної медицини» відбувся 7–8 червня 2017 р. в залах столичного «Будинку кіно». З вільним словом до присутніх звернулися: голова УАСМ Лариса Матюха, керівник департаменту «Менеджмент» УАСМ Костянтин Надутий, голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Ольга Богомолець, проректор з науково-педагогічної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика Олександр Толстанов, директор Програмної ініціативи «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження» Вікторія Тимошевська.



Перший день пленарних засідань був насичений змістовними доповідями і подіями, найвизначнішою з яких стало нагородження фахівців первинної ланки за професійні досягнення. До вручення відзнак долучилась голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я **Ольга Богомолець**. Звертаючись до нагороджених і всіх присутніх лікарів, вона підкреслила важливість зібрання професійної команди для відчуття спільного потенціалу, що зрештою

надає сили кожному представнику цієї команди. Також О. Богомолець привітала від імені Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я та від імені українського Парламенту зарубіжних гостей Конференції з Молдови, Великої Британії, Естонії, Німеччини, Ізраїлю та інших країн.

У своїй промові О. Богомолець підняла питання сучасного ставлення нашого суспільства до професії сімейного лікаря. «Важливо, підкреслила вона, щоб люди зрозуміли всю важливість присутності в їх житті лікаря, який знає історію родини пацієнта й опікується їх найменшими проблемами, який може прогнозувати, а не лише виписати довідку чи рецепт, який знає спадкову схильність і ризики для продовження роду, який може підібрати кращу дієту, кращий спосіб життя, аби людина була здоровою якнайдовше. Щойно люди це усвідомлять — вони змінять своє ставлення, і професія сімейного лікаря в Україні матиме значно ширші перспективи.

Саме зараз, зазначила О. Богомолець, іде розбудова, створюється фундамент нової системи, і кожен із присутніх учасників власним приїздом або приходом засвідчує особисту готовність будувати нову країну і боротися за систему. Знаючи, що цю позицію розділяє така команда професіоналів, народні депутати мають підстави долати в парламенті протидії та йти до потрібних змін. Спільна резолюція учасників цієї Конференції має дати нові доручення Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я для захисту статусу сімейного лікаря».



Наступним узяв слово проректор з науково-педагогічної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика **Олександр Толстанов**. Пригадуючи перші професійні зібрання представників сімейної медицини, коли аудиторії були значно меншими, обговорювані питання куди вужчими, а віра у сталий розвиток цієї галузі медицини не такою міцною, він зауважив, що сьогодні успіх проекту вже навряд чи хтось ставить під сумнів. «Кількість учасників щороку зростає, в залі з'явилось багато зовсім молодих обличчя, а держава зрозуміла, що альтернативи розвитку сімейної медицини просто не існує.

Кожне зі щорічних зібрань УАСМ має окрему важливість у питанні розвитку системи в цілому. Напрацьовані Конференцією

матеріали надходять у Комітет Верховної Ради України вже у вигляді проектів законів. УАСМ разом із Національною медичною академією післядипломної освіти імені П.Л. Шупика становлять величезний майданчик, де лікарі можуть якісно обмінюватися думками і створювати спільний вектор розвитку, передавати теоретичні та практичні надбання. Саме лікарям належить відпрацювати основні напрямки, закріплені в законодавстві, й перевірити кожен з них на практиці; саме їм вирішувати, який обирати шлях розвитку. Неможливо скопіювати будь-яку систему іншої держави. Є українські реалії, власний досвід і лікарський хист. Базуючись на кращих світових медичних практиках, ми маємо сказати, як і яким чином потрібно відтворювати їх в Україні».

О. Толстанов подякував фахівцям за використання надбань і розробок Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, а також висловив надію, що зустрічі лікарів, черговість і місце їх проведення вже стали знаковими.

Від імені Міжнародного фонду «Відродження» учасників привітала директор Програмної ініціативи «Громадське здоров'я» **Вікторія Тимошевська**, яка засвідчила незмінну політику фонду щодо підтримки первинної медичної допомоги в країні, навчальних ініціатив і зокрема паліативної допомоги, надання знеболення. «На мою думку, — зауважила В. Тимошевська, — сімейний лікар — це той, хто супроводжує людину від народження до останніх днів, і тому є невід'ємною частиною родини».

Фонд «Відродження» вже два роки поспіль підтримує впровадження медичної реформи в нашій країні, плідно співпрацюючи з Міністерством охорони здоров'я України. Нові закони мають допомогти сімейним лікарям отримати інший статус і працювати в кращих умовах, щільніше з їх громадами, їх пацієнтами і відчутно впливати на процес надання медичної допомоги».

## Сімейна медицина в Україні



Далі з доповіддю «Лікарське самоврядування — що отримає професійна спільнота?» виступила головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Сімейна медицина — загальна практика», доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика **Лариса Матюха**.

«Вже понад рік, зазначила доповідач, ми говоримо про необхідність лікарського самоврядування, тому що громадські організації, до яких належить і УАСМ, не мають впливу на державну політику охорони здоров'я. Досвід розвинених країн свідчить, що найбільш вдалими моделями управління медичною галуззю є такі, де створено баланс між державою та професійним лікарським



самоврядуванням. Доведено, що без нього неможливо говорити ні про оновлені системи охорони здоров'я, ні про якість медичної допомоги й управління нею. Важливо, що професійна незалежність лікаря необхідна передусім пацієнтам, а тому заслуговує на охорону та захист на державному рівні.

У більшості країн діяльність самоврядних організацій регламентується спеціальними законами. Наприклад, лікарське самоврядування публічних професій у Польщі регламентовано Конституцією цієї держави. У Фінляндії воно виконує функцію медичної профспілки, формує політику охорони здоров'я, співпрацює із профільними та іншими дотичними міністерствами, бере участь в організації та розробці програм підготовки/перепідготовки спеціалістів. У нашій державі поки що відсутній нормативно-правовий документ, який би регулював статус лікарського самоврядування, який би визначав місце цього самоврядування серед суб'єктів публічної політики у сфері охорони здоров'я.

Самоврядні, професійні організації, на відміну від громадських, мають певні надані законом адміністративні повноваження. Кожен лікар має персональну фінансову та юридичну відповідальність перед цією організацією. А організація має таку ж саму відповідальність перед пацієнтами і перед державою. Отже, самі медики регулюють професійні відносини і діяльність окремих лікарів і дбають про якість медичної допомоги. Це положення, визначене Мадридською декларацією ще у 1987 р., давно набуло актуальності в Україні, відкриваючи можливість уникнення тих ризиків у реформуванні охорони здоров'я, які наявні на сьогодні.

Зрозуміло, що медична реформа є однією з найважливіших, і за роки незалежності була не одна спроба реформувати систему. Але жодного разу наміри не були реалізовані. Небезпечним наслідком таких спроб стало нехтування з боку держави своїми зобов'язаннями щодо захисту прав не лише пацієнтів, а й медичних працівників. Як результат — криза всієї галузі, яка зумовлює стигматизацію медиків, викликає недовіру і несприйняття. Створити ефективну модель системи й управління нею досі поки що не вдається, тому що відсутня послідовність дій між керівництвами Міністерства охорони здоров'я України, які постійно змінюються. Медична ж спільнота не має впливу на державну політику охорони здоров'я.

В Україні зараз понад 600 медичних асоціацій, які працюють у межах законодавства про громадські об'єднання. Будь-які намагання з їхнього боку втрутитися в кадрову політику керівництва медичною сферою не знаходять підтримки, а іноді навіть зустрічають жорсткий супротив намаганням контролю з боку керівників будь-якого рівня. Участь професійної організації у конкурсних комісіях щодо призначення керівництва закладів будь-якого рівня дуже важлива. Теоретично це б дозволило знизити рівень корупції, бюрократичного навантаження на процес організації надання медичної допомоги. В самоврядуванні важливо забезпечити представництво всіх медичних спеціальностей.

Відсутня також практика партнерства з УАСМ у професійній підготовці медичних сестер і лікарів, участі в акредитації та ліцензуванні, не в усіх регіонах України представники УАСМ мають допуск до роботи в атестаційних комісіях. Безумовно, за власної ініціативи громадської організації намагаються долучитися, бути експертами з ряду питань, розробляти клінічні настанови, протоколи, які, до речі, останнім часом збираються виключити з основ законодавства. Жодна країна світу не користується медичними

протоколами іншої країни. Міжнародні протоколи не адаптовані повною мірою для будь-якої окремої країни.

Однією з найважливіших функцій лікарського самоврядування є захист прав медичних працівників, включно із професійними ризиками. Такий захист набув великої актуальності для України особливо з урахуванням запровадження обов'язкового медичного страхування та механізмів управління якістю.

З-поміж інших важливою функцією лікарського самоврядування має стати поширення об'єктивної, соціально значущої інформації щодо діяльності медичних працівників і галузі в цілому. Це теж свого роду превентивний захід. Питання інформування і комунікації є однією з найслабших ланок нинішньої реформи, а також і тієї, що проводилась у межах чотирьох пілотних проектів в Україні, коли невчасне донесення до медичних працівників або недонесення взагалі інформації щодо мети змін призводило до вільного трактування суспільних процесів і продукувало міфи, страхи, сумніви як серед медиків, так і серед пацієнтів.

Таким чином, саме лікарське самоврядування може стати партнером або головним опозиціонером реформ у сфері охорони здоров'я, ініційованих органами державної влади. Можливо, тому з вирішенням цього питання досі зволікають. Проект закону про лікарське самоврядування вперше був поданий до Верховної Ради України ще у 2006 р., але зараз починається новий тур його обговорення. Наразі у Верховній Раді України зареєстровано два законопроекти про лікарське самоврядування, але їх подальша доля невідома і непрогнозована. Один з них, унітарний, поданий депутатом Олегом Мусієм, а інший, у розробленні якого брала участь УАСМ та Асоціація стоматологів України, поданий від голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я О. Богомолець. Наразі триває їх доопрацювання з юристами, заплановано ряд дискусій щодо цих питань. Між іншим, юристи — досі єдина професія, що має право на самоврядність відповідно до Конституції України. Скориставшись цим правом і створивши власний унітарний закон, юристи, за словами доповідачки, зіткнулися з ризиками в цьому устрої, оскільки унітарність передбачає відсутність противаги, широкі можливості для корупції, переходу якої з державної площини у громадську бажано уникнути.

На жаль, лікарська спільнота в Україні різномірною, в ній існують конфлікти інтересів. У жодній країні немає понад 100 медичних спеціальностей. Все вказує на наявність етичної проблеми в медичних рядах і загальну незрілість. Про це свідчить супротив впровадженню медичної реформи на засадах сімейної медицини з боку спеціалістів, дискримінація та стигматизація фаху «Сімейний лікар» з боку викладачів, що з перших кроків формували у студентів поняття меншовартості сімейного лікаря в системі охорони здоров'я. Таку саму дискримінацію відчують тепер працівники первинної медичної ланки на своїх робочих місцях.

Керівні структури, нехтуючи квотним пропорційним принципом, не дають можливості брати участь у вирішенні питань демократичним шляхом. Цей факт добре простежується у спільній роботі УАСМ з Національною лікарською радою України, створеної у 2015 р. Позицію і вимоги первинної медичної ланки ігнорують, але вже бояться її зміцнення, конкурентоспроможності, відкрито перешкоджають. Потрібна виключно паритетна платформа для вирішення своїх професійних питань. Відстоюючи право на самоврядування, УАСМ разом з Асоціацією стоматологів України наполягатиме на трипалатній структурі лікарського самоврядування як найбільш демократичній та найменш корумпованій у принципі.

За висновками Міністерства охорони здоров'я України, первинна медична допомога ефективніша за рівнем витрат порівняно з іншими системами. Але лікарів все частіше спонукають до запровадження приватної практики. Відповідаючи на питання заінтересованих осіб, експерти громадських організацій підрахували, що на створення умов для фізичних осіб-підприємців на засадах сімейної медицини потрібно витратити понад 100 тис. грн. на кожного лікаря. У результаті цього втратиться доступність для більшості населення, а це протирічить самим основам надання первинної допомоги.

Наразі професійна медична спільнота занепокоєна процесами в системі охорони здоров'я. У проектах Міністерства охорони здоров'я України відсутня галузь «Сімейна медицина». Натомість за законом первинну допомогу може надавати будь-який лікар-



спеціаліст. Лунають побоювання, що парамедиками замінять лікарів первинної ланки, хоча багато фахівців перенавчалися, змінювали своє професійне розуміння, навички, витратили багато років аби здобути профіль сімейного лікаря.

Законодавство України про ратифікацію Угоди з Європейським Союзом в одній зі своїх статей чітко вказує на необхідність впровадження медичної реформи і подальший розвиток первинної медичної допомоги. Потрібно протидіяти намірам спрощення компетенції сімейного лікаря, адже на його долю має припасти 80% проблем пацієнтів, і в тому, власне, сенс зміцнення первинної медичної допомоги. Щоб побачити її ефективність, необхідно навчати, покращувати компетенції, мотивувати, озброювати і ще раз навчати первинну ланку.

У деяких країнах цей процес зайняв 6–10 років. Поступове безперервне впровадження реформ за підтримки усіх гілок влади, фінансових структур мало би результат вже давно. Адже абсолютно всі елементи, що декларуються зараз, запропоновані з досвіду інших країн, обговорювались на регіональних заходах і на всеукраїнських конференціях, в колегіях Міністерства охорони здоров'я України, втілювались через накази й методичні розробки.

УАСМ свого часу долучалася до розроблення Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року». Протягом 2011–2014 рр. галузь отримала від держави 250 млн грн. на обладнання і 250 млн грн. — на мотивацію, що особливо відчувалося в реалізації пілотних проектів.

Наша країна як член Всесвітньої організації охорони здоров'я має забезпечити впровадження Європейського плану дій з укріплення потенціалу і послуг громадського здоров'я та програми Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я «Здоров'я-2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя». Це право людини на найважливіше — здоров'я, а також справедливість для всіх у питаннях його охорони, участь, крім держави, ще й медичних організацій, груп населення, всіх, хто дотичний до цих питань. Влада ж повинна забезпечити прозорість та високий рівень комунікації.

УАСМ налічує вже 14 тис. членів, після Асоціації стоматологів України це найбільша лікарська субкорпорація в державі. Але й досі сімейна медицина потребує захисту, аби не бути вилученою з переліку професій, як це пропонує Міністерство охорони здоров'я України».

## Досвід Великобританії



Член Європейської академії викладачів сімейної медицини та загальної практики (EURACT, Шеффілд, Велика Британія) **Майкл Харріс** ознайомив учасників Конференції з системою атестації сімейних лікарів у Великій Британії.

Зі слів доповідача: «В цій країні 90% піклування про пацієнтів припадає на службу охорони здоров'я, і всі сімейні лікарі, медсестри і медбрати є частиною Національної служби охорони здоров'я (National Health Service). Пацієнти Великої Британії виявляють велику прихильність зазначеній системі охорони здоров'я. Вона також має багато проблем, нестачу фінансування і певні недоліки, але і пацієнти, і лікарі дуже люблять цю систему.

Населення країни становить понад 60 млн осіб, на яких припадає 1,6 млн медичних спеціалістів Національної служби. Щотижня система обслуговує 3 млн пацієнтів безоплатно. Сімейні лікарі становлять 50% загальної кількості. Кожен громадянин закріплений за своїм сімейним лікарем і його командою, яким відведена роль стражників воріт. Для пояснення: тільки сімейний лікар вирішує питання направлення пацієнта до вузьких спеціалістів, а після їх призначень пацієнт знову повертається до свого сімейного лікаря. Медсестри амбулаторій сімейної медицини щоденно опікуються пацієнтами із цукровим діабетом, бронхіальною астмою та з іншими хронічними захворюваннями.

Усі медичні працівники Національної служби охорони здоров'я (навіть стажери й інтерни) повинні проходити щорічну атестацію. Атестація проходить як формальна співбесіда з досвідченими колегами. Необхідно принести атестатору допоміжну інформацію, певні докази, що демонструють рівень виконання професійних обов'язків. Атестатор Національної служби охорони здоров'я звертає увагу на кілька галузей діяльності. Перше — це те, як працівники здійснюють професійну діяльність і застосовують знання та досвід на практиці. Друге — як вони працюють із системою для захисту пацієнтів. І якщо ризики виявлені, то які заходи протидії було вжито. Третя частина галузі діяльності, на яку звертає увагу атестатор, — це командна робота, спілкування і партнерство. І останнє — рівень поваги та справедливе ставлення до пацієнтів.

Протягом року необхідно збирати такі докази від пацієнтів, колег, власні роздуми. Є 6 видів таких доказів, які необхідно надати. Перший — це доказ безперервного професійного розвитку (мінімум 50 год/рік). Це може бути читання періодики або обговорення між колегами певних випадків, онлайн-навчання, участь у конференції в ролі слухача або учасника. Крім надання доказів, працівник має довести, що насправді чомусь навчився, розповів, як отримані знання мають змінити його практику. Також потрібно надавати приклади поліпшення якості професійної діяльності. Наприклад, скласти звіт за даними усіх пацієнтів з однією й тією ж хворобою та проаналізувати процес лікування, моніторингу, результативність. Негативні результати необхідно пояснювати. Крім призначень, потрібно також робити аналіз якихось істотних випадків, чогось, що пішло не так, або могло піти не так. Можливо, була помилка в призначеннях, запізнілий діагноз, або скарга від пацієнта чи колеги.

Кожні 5 років працівники отримують зворотний відгук від колег лікарів, медсестер, персоналу або фармацевтів, а також від пацієнтів. 50 пацієнтів заповнюють певну анкету. Її аналізує хтось за межами цього закладу, ззовні. А тоді атестатор порівнює дані з середніми національними показниками. Отже, якщо сімейні лікарі в іншій частині країни мають кращий рівень комунікативних навичок, тоді частиною професійного плану розвитку буде покращення комунікаційних здібностей. Працівники беруть анкети, листи подяки і враховують все, що може поставити під ризик пацієнтів. Якщо хтось із працівників має проблеми з алкоголем, що пов'язано з ризиком для пацієнтів, то це необхідно обговорити з атестатором. У Великій Британії практично немає таких випадків, щоб лікар брав подарунки від пацієнта.

Кожен працівник Національної служби охорони здоров'я протягом останнього року має пройти курси з реанімаційних заходів, включно з кардіореанімацією дефібрилятором і курси захисту життєдіяльності дітей.

Атестатор має скласти загальну оцінку практики, рівня самодосконалення та узгодити індивідуальний план розвитку на наступний рік. Атестація має бути позитивним процесом, частиною постійного плану розвитку (чому лікар хотів би навчитися), а не способом визначення поганої роботи.

Підготовка до атестації займає близько 8 год, а триває співбесіда близько 2–3 год. Атестаторами можуть бути досвідчені сімейні лікарі, які пройшли спеціальні курси. Якщо лікар не проходить атестацію, то він втрачає ліцензію на практику. В цьому перевага пацієнтів у Великій Британії. Більшість часу навчання сімейні лікарі проводять у відділенні швидкої медичної допомоги, спеціальний курс підготовки не передбачений».

## Досвід Ізраїлю



Досвід оцінки якості первинної медичної допомоги Ізраїльської асоціації сімейних лікарів запропонувала колегам відповідальній секретар Департаменту засобів і досліджень, головного терапевтичного офісу клініки «Клоліт» **Міхал Сін**.

«Індикаторна оцінка якості на первинній ланці медичної допомоги — це те, чим я займаюсь наразі, — зазначила доповідач. — Перш за все ми повинні визначитись, що таке якість. Її можна оцінити цілком інтуїтивно, а офіційне визначення полягає в тому, що рівень надання медичних послуг

окремим особам та всьому населенню має підвищувати ймовірність досягнення бажаних результатів, що відповідають сучасному рівню професійних знань. Показниками якості може бути будь-яка оцінка процесу, продуктивності й результативності надання висококваліфікованої медичної допомоги. Зазвичай вибирають ті індикатори, які корелюють із нашим знанням, з найбільшою користю для пацієнта.

В Ізраїлі використовують три види структурних заходів. Перший — вимірювання системи та структури. Це оцінювання системи ззовні, з точки зору уряду, міністерства. Наприклад: чи використовуємо ми електронну систему запису, в якому обсязі ми її використовуємо і як часто ми її застосовуємо, скільки у нас є сертифікованих лікарів сімейної медицини, і яке у нас співвідношення лікарів до пацієнтів? Чи є у нас якісь невідповідності в роботі з сільськими і міськими територіями.

Найбільш важливими для сімейного лікаря є заходи оцінки процесу. Наприклад, яка частка пацієнтів отримує профілактичні послуги, такі як мамографія або профілактичні щеплення? Або частка хворих на цукровий діабет, в яких регулярно визначають рівень глюкози у крові або здійснює огляд офтальмолог? Це хороша практика, яка, однак, не є жодним із критеріїв оцінки якості надання первинної медичної допомоги.

Найкращими індикаторами є, наприклад, смертність пацієнтів хірургічного профілю, або частота внутрішньолікарняних інфекцій, або кількість ускладнень у хворих на діабет, таких як серцеві напади тощо. Оцінка результатів потребує значно більших зусиль, аніж вимірювання самого процесу. Для того, щоб виконувати таку велетенську працю, необхідно розуміти користь і цілі цієї роботи.

Цей спосіб досить складний, але є два найважливіших моменти. Перший — фіксація результатів, другий — надання доступу до зовнішньої оцінки. Це дає можливість порівнювати діяльність окремих фахівців між собою і врахувати точки зору пацієнтів, які мають право вибирати, що може бути найкращим для їх здоров'я, спираючись на дані різних клінік, лікарів і навіть окремих країн. Але найважливіше у цьому процесі — наша внутрішня оцінка; чи ми робимо те, що потрібно, чи ми рухаємося в правильному напрямку, чи ми розвиваємося, чи можемо робити краще.

Власне індикатори — це лише засіб, не ціль. Тому завжди слід дивитися, в який спосіб вони працюють, чи є вони корисними. Вибираючи індикатори якості, потрібно мати на увазі, що перш за все вони повинні бути важливими для пацієнтів, лікарів, тих, хто надає медичні послуги. Вони мають бути поширюваними, тобто застосовуватися з однаковою легкістю до всіх пацієнтів і, що найголовніше, відображати те, над чим ми працюємо. Результат має бути надійним і сучасним. На сьогодні розроблено 69 індикаторів якості, хоча починали з невеликої кількості».

За словами доповідача, в Ізраїлі є чотири системи охорони здоров'я і чотири страхові системи, які повністю підтримуються урядом. Програма запроваджена у 2004 р. і стартувала як дослідна, але швидко стала національною. Наразі вона охоплює фактично все населення, сімейних лікарів, страхові агенції, які фінансують абсолютно всі клініки Ізраїлю. Інформація про пацієнтів надсилається у віддаленому режимі прямо до бюро підрахунків. Система досліджує 8 основних нозологій, для кожної з яких застосовують різні індикатори.

«Створення бази даних відкрило можливості для широкого вивчення стану здоров'я нації. На самому початку розгортання програми лише у 5% населення Ізраїлю визначали індекс маси тіла, а за статистику 2013 р. цей показник сягав 88%. Тепер ми можемо порівняти ступінь ожиріння, індекс маси тіла, який  $\geq 30$  між різними групами, порівняти ступінь ожиріння між чоловіками і жінками, іншими верствами населення та людьми із низьким соціально-економічним статусом. Якщо пізніше буде створено програму втручання, існуюча база даних допоможе спрямувати її на те населення, що найбільше її потребує.

Скринінг раку товстої кишки почався з дуже низьких показників (лише 12% населення), і за роки існування програми підвищився лише до 57% у 2013 р. Це питання завжди становить проблему, тому що є необхідність вмовляти пацієнтів про надання необхідних аналізів. Але порівняно з показниками скринінгу раку товстої кишки в інших країнах Ізраїль займає досить непогане місце. Найголовніше, про що ми можемо сказати — можливість виявлення раку товстої кишки на ранній стадії піднялася від 20%

до практично 40%. Кількість хворих із вперше виявленим метастатичним раком прямої кишки зменшилася з 15% до майже 8%.

Вимірюючи перший, найпростіший показник стану здоров'я, лікарі насправді створюють цілий ланцюжок процесу, що дає пацієнту перспективи до покращення свого стану, допомагає вчасно усвідомити можливі проблеми або навіть виявити захворювання на більш ранніх стадіях.

Аналіз даних скринінгу хворих на цукровий діабет в Ізраїлі свідчить, що багаторічна робота не дала різкого контрасту в показниках (81% на початку і 93% — останні 6 років). Вочевидь, це найбільший результат охоплення, на який здатна система. Але разом з тим існує якісний індикатор для цієї нозології — рівень глікованого гемоглобіну, який знизився від 21% на початку спостереження до 13% станом на 2013 р. Такі зміни відбулися у 91% пацієнтів.

Індикатори дають розуміння, чи покращилося лікування, що можна зробити додатково, яким чином допомогти пацієнтам. Так, для хворих на цукровий діабет індикаторами є зменшення кількості ампутації нижніх кінцівок, зменшення випадків сліпоти, але не можна сказати, що це все лише завдяки індикаторам якості. Це було б неправдою. Якісніше лікування, збільшення лікарських засобів, краще усвідомлення власних дій лікаря — ось справжня причина. Індикатори лише допомагають зосередитися на певних параметрах.

Важливо зауважити, що результативність досягається лише командною роботою сімейного лікаря, медсестри, сертифікованої медсестри, персоналу, секретаря, управлінців, менеджменту. Всі мають думати про найкращий спосіб лікування для конкретного пацієнта. Кожен етап роботи необхідно перевіряти, застосовуючи критерії оцінки, перевіряти перш за все самого себе. Отримавши результат, лікар усвідомлює, що може зробити краще. Весь час потрібно себе перевіряти, переглядати критерії, можливо, інколи їх змінювати. Досягнення якості — це нескінчений процес».

## Досвід Естонії



Наступний доповідач доцент, член Естонської асоціації сімейних лікарів, представник EURACT, декан Тартуського університету **Рут Калда** поділилася досвідом атестації сімейних лікарів на прикладі естонської моделі.

Р. Калда запропонувала учасникам зосередити увагу на питаннях безперервної медичної освіти й атестації сімейних лікарів у Європі та Естонії зокрема. «Перш за все, — зауважила доповідач, — я б хотіла визначити, чим є безперервна медична освіта. Це не лише навчання, яке продовжується час від часу, але це, перш за все, професійний розвиток, який може відбуватися на семінарах, на воркшопах, у період професійного життя та професійної роботи лікаря. Це важливо, оскільки головна мета освітньої роботи — викликати довіру серед колег і серед пацієнтів. Потрібно гарантувати абсолютно одну якість надання медичних послуг у всій Європі.

Три роки тому в Естонії проведено аналіз системи забезпечення і фінансування атестації сімейних лікарів. Розглядаючи тотожні моделі у кожній з європейських країн, їх критерії, правила для всіх європейських лікарів, вирішено було додатково залучити 42 представники різних європейських країн до спільного вироблення власної системи атестації. Проведено анкетування лікарів із 38 країн Європи (21 Західної та 17 — Східної), яке базувалося на особистому досвіді, власних враженнях опитуваних від того, як працює система атестації, а також їх посилання на певні правові документи, законодавчі акти і правила.

Формальна процедура повторної сертифікації або ліцензування сімейних лікарів існує далеко не в усіх країнах. Серед 23 країн Європи лише у 17 вона обов'язкова, а у решти — добровільна. Розроблення системи атестації в різних країнах почали досить давно, але більшість запровадили її саме після 2000 р. В Естонії відповідальність за систему атестації покладено саме на організації сімейних лікарів. Це не завдання уряду, не завдання керівництва, це завдання власне лікарської спільноти. У більшості випадків сімейні лікарі Естонії сплачують за курси проходження кваліфікації власним коштом, але ці гроші закладено



у заробітну плату вже атестованого фахівця, і таким чином вони повертаються лікареві.

Головний принцип системи атестації полягає в накопиченні кредитних балів, але валідність кожного балу є різною залежно від країни. Так, в Естонії за період від 3 до 5 років лікарі повинні набрати щонайменше 300 балів. У більшості випадків вони нараховуються за активну діяльність: участь у воркшопах, семінарах, симпозіумах, обговоренні або піднятті важливих питань. Вагомими є різні публікації не лише в наукових, а також і в місцевих виданнях. Якщо атестований повністю відповідає критеріям для повторної сертифікації, в деяких країнах він отримує новий сертифікат або нову ліцензію, як у Боснії та Хорватії. У деяких країнах, таких як Македонія, Чорногорія, Норвегія, Бельгія та Естонія, такий працівник отримує ще й грошову винагороду. Коли ж сімейний лікар не відповідає критеріям професійності, в деяких країнах він отримує додатковий час для добору кредитних балів, а в деяких — тимчасово втрачає ліцензію і має пройти повторну атестацію. У Великій Британії, наприклад, лікарі повинні отримати певну кількість відгуків про свою роботу. У деяких країнах потрібно скласти усний іспит, у інших — письмовий, а ще в інших — іспит складається з обох: усної та письмової частини.

Внаслідок пошуку виявилися значні відмінності між системами різних країн щодо розвитку, саморозвитку і повторної атестації лікарів сімейної медицини. Але всюди помітна перевага пасивних методів навчання, і значною мірою саме сімейні лікарі сплачують за отримання сертифікації. У деяких країнах можливість проходження курсів підвищення кваліфікації повністю оплачували фармацевтичні компанії, роль яких в Естонії наразі значуща. Але буквально кілька років тому уряд вирішив не зараховувати балів, здобутих таким способом, тому що аналогічний досвід можна здобути у лікарнях, в університетах, в місцях навчання. Професійні організації, які надають сертифікати з удосконалення, повинні бути незалежними від уряду, від пацієнтів та від фармакологічних компаній.

Важливо, щоб системи атестації мали достатньо фінансування для забезпечення якісної роботи та якісного професійного зростання. Їх ініціація є справою професійних організацій сімейних лікарів. Навчання і дослідження можна й потрібно зараховувати та винагороджувати певною кількістю кредитних балів, відповідно до окремих регіонів. Але найголовніше, що не уряд, а організації сімейних лікарів повинні робити повторну сертифікацію, брати участь у гуртках якості з використанням даних про їх продуктивність, розуміючи, що їх оцінка не буде мати ніяких негативних наслідків. Мета не у створенні системи покарань, а у розробленні моделі вдосконалення».

## Досвід Республіки Молдова

Наступний доповідач колега з Республіки Молдова, кандидат медичних наук, магістр громадської охорони здоров'я, доцент кафедри сімейної медицини Державного університету медицини і фармації імені М. Тестеміцану **Наталія Забраїлова** підготувала матеріал про розвиток практики сімейної медицини і оцінку діяльності сімейних лікарів у своїй країні.

«Завдяки невеликим розмірам, — зауважила доповідач, — Республіка Молдова зручна для реалізації різних пілотних проєктів. Запровадження сімейної медицини почалося тут майже 30 років тому, коли у 1988 р. в реєстр медичних професій було внесено спеціальність «Сімейний лікар». У 1993 р. розпочато підготовку сімейних лікарів в інтернатурі. Тоді заінтересованості ні з боку системи, ні з боку лікарів практики ще не було. Створена пізніше кафедра сімейної медицини (спочатку департаменту первинної медико-санітарної допомоги) чимось нагадувала сучасні українські міждисциплінарні кафедри. Але її поява була значним прогресивним кроком і вже у 1998 р. почалася первинна спеціалізація дільничних педіатрів і терапевтів зі спеціальності «Сімейний лікар». Спочатку показники діяльності лікаря загальної практики дуже нагадували звіти дільничних лікарів. Тодішній наказ Міністерства охорони здоров'я до переліку показової діяльності сімейного лікаря відносили: смертність дітей, смертність на дому, ускладнення захворювань, особливо хронічних, частка госпіталізації, ускладнення вагітності; та ще й такий показник, що раніше належав до компетенції акушерів-гінекологів та жіночих консультацій, як ускладнення перинатального та післяпологового періоду. Вже тоді оцінювалися показники профілактичних заходів і ранньо-

го виявлення захворювань онкологічного профілю, туберкульозу, рівень імунізації населення, кількість інфікованих хворобами, що передаються статевим шляхом. Цього було достатньо для ілюзії правильності, коректності, то ж система мала розвиток. Тепер щорічно кафедра готує близько 4 тис. студентів, у тому числі англійську групу з Ізраїлю і російськомовні групи. На кафедрі отримують освіту близько 160 резидентів одночасно і 200–300 сімейних лікарів проходять курси підвищення кваліфікації.

З 2001 р. існує система акредитації закладів первинної медико-санітарної допомоги, яку, відповідно до стандартів, проводять кожні 5 років. Стандарт оновлений і неодноразово переглянутий, що дало можливість уніфікувати вимоги стосовно кількості приміщень, обладнання, кількості персоналу в розрахунку на 1 сімейного лікаря.

Важливим кроком було запровадження національної системи обов'язкового медичного страхування. Пілотування відбувалося у 2003 р., а остаточно система запроваджена у 2004 р., згідно з рішенням керівництва країни. Трішки пізніше, у 2007-му, з'явився документ «Єдина програма обов'язкового медичного страхування», який із певними новаціями наразі є чинним. Система розвивалась, інфраструктура вже була окреслена, дуже багато закладів, які не відповідали критеріям, були реконструйовані за рахунок великих інвестицій.

Національна страхова медична компанія всі ці роки намагається адаптувати способи оплати в секторі сімейної медицини. Якщо спочатку страхова компанія переказувала на рахунки установ з надання первинної допомоги лише оплату з розрахунку на одну людину, то зараз вже існує диференціація залежно від структури населення, приписаного до сімейного лікаря, лікаря, який доглядає дітей віком до 4 років, а також кількості осіб віком старше 50 років, оскільки вони є основними споживачами медичних послуг.

У 2008 р. було апробовано перший національний клінічний протокол. На сьогодні в Молдові налічується 192 стандартизовані протоколи для сімейних лікарів, кожен з яких містить лише один стандартний аркуш двобічного тексту, на якому розміщено рекомендації стосовно хвороб або проблем, що ґрунтуються на доказовості. Тоді ж було ініційовано систему медичного аудиту, але, на жаль, вона ще не набула поширення в масштабах країни.

Згідно з єдиною програмою обов'язкового медичного страхування в Молдові, сімейний лікар — це перший спеціаліст, до якого звертаються застраховані й незастраховані особи, яким необхідно надати первинну медичну допомогу та, залежно від випадку, забезпечити доступ до інших медичних послуг. Ми спробували зберегти рекомендації Мадридської декларації та перейняти важливі функції Британської моделі, тобто стати воротами в систему до інших рівнів медичного обслуговування.

Центри надання первинної медико-санітарної допомоги в Молдові укладають прямий контракт із Національною компанією обов'язкового медичного страхування без посередників і відповідно звітують за проведену діяльність. На сьогодні в Республіці близько 1500 сімейних лікарів працюють у 280 закладах надання первинної медичної допомоги, обслуговуючи загалом до 10 млн відвідувачів на рік.

Міністерство охорони здоров'я Молдови після отримання допомоги від Світового банку видало Оновлений наказ про надання первинної медико-санітарної допомоги, який містить абсолют-



но всі стандарти її надання на рівні первинної ланки, в тому числі критерії оцінки якості надаваних медичних послуг сімейних лікарів. Але оцінка якості — це дуже складний процес, який, однак, дуже часто здійснюють ті, з ким працює лікар. Враховуючи сучасне ставлення соціуму до медицини в цілому, коли медики перестали бути безсумнівним авторитетом, коли справи лікарів потрапляють до судів, поява критеріїв адекватної оцінки роботи лікаря є важливою також для захисту авторитету професії. Зараз у державі при центрах надання первинної медико-санітарної допомоги створено центри, дружні до молоді, гуманітарні центри ментального здоров'я. Для сімейних лікарів була запроваджена надбавка за показники діяльності.

Намагаючись піти шляхом Ізраїлю, великий список показників спростили до 5 великих груп: 1-ша — група раннього виявлення, спостереження і навчання пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями і цукровим діабетом; 2-га — група раннього виявлення онкопатології (рак шийки матки і товстої кишки); 3-тя — виявлення і супроводження хворих на туберкульоз (тривале лікування на дому під наглядом сімейного лікаря); 4-та — антенатальний догляд (підготовка до вагітності, вагітність і ранній післяпологовий період); 5-та — догляд за дітьми першого року життя.

Усе було б добре, якби розрахунок результатів цільових показників не становив такої проблеми для сімейних лікарів. На перший погляд лише 5 груп потребують розрахунку показників, насправді ж залишається ще 19 проміжних. Порядок розрахунку доволі складний. Рівень роботи інформаційної системи не дозволяє формувати звіти автоматично. Все ще різниться характер надання медичних послуг у міській та сільській місцевостях. В останній значну роль відіграє командна робота, і роль медичної сестри в діяльності сімейного лікаря все більше зростає, в тому числі й за оцінками менеджерів вищої ланки. Вища освіта для медичних сестер дозволяє перенести до їх компетенції частину управлінських функцій.

Велике навантаження, опіка над хворими, відповідальність за своєчасний розрахунок індикаторів, чисельні контракти не лише зі страховими компаніями, а й із постачальниками інших медичних послуг для автономних центрів — все це призводить до того, що відтік сімейних лікарів йде з системи, а не в систему. Престиж сімейної медицини порівняно з іншими спеціальностями, навіть за умов високої оплати, на жаль, визначається великим обсягом роботи, яку покладено на плечі сімейного лікаря. Українським колегам слід врахувати цей досвід у процесі розроблення власних індикаторів і за можливості уникнути подібних ситуацій. Тенденційне прагнення фахівців — до зменшення кількості показників діяльності сімейного лікаря і перехід від показників процесу до показників результативності, які потребують часу для їх досягнення.

Перспективи сімейного лікаря — в розширенні повноважень. Вже зараз сімейні лікарі у Молдові відповідають за догляд пацієнтів із психічними відхиленнями, їх залучають до паліативної допомоги на дому. З'явилось багато нових обов'язків, яких 20 років тому не було. Усе це потребує додаткової компетентності не лише лікаря, а і його команди. Зростає роль медсестри, яка може взяти на себе профілактичне навчання, пропаганду здорового способу життя і власне комунікації.

Національні клінічні протоколи Молдови побудовані за принципом управлінських, що дає надію на якісне інтегрування всієї вертикалі надання первинної медико-санітарної допомоги. Нестача сімейних лікарів потребує компенсації за рахунок інших спеціалістів, а тут вже важливе інтегрування дій на горизонтальному рівні, в тому що стосується соціальної служби, неурядових організацій, які можуть надавати зокрема й медичні послуги по догляду на дому і також контракуються страховою компанією. Органи місцевого самоуправління можуть вирішувати не лише питання забезпечення інфраструктури, а й профілактичних заходів на рівні субспільноти, створювати комунітарні центри.

Орієнтир в цілому на систему охорони здоров'я — це орієнтир на європейську модель. Наразі в Республіці Молдова одночасно впроваджуються три реформи: реформа суспільної охорони здоров'я, реформа первинної медико-санітарної допомоги і реформа госпітальної допомоги. Метою всіх цих реформ є забезпечення покриття більшої кількості населення послугами сімейних лікарів, особливо в сільській місцевості, за рахунок перерозподі-

лу медичного персоналу, підвищення якості послуг і довіри пацієнтів до сімейних лікарів. У контексті реформ перед нами знов постало питання старих критеріїв якості, розроблених ще страховою компанією. Добре, що в Україні ініціатива прийшла не від міністерства, не від страхової компанії, а від УАСМ. Підтримка цієї ініціативи лікарями-практиками дозволить уникнути безплідних зусиль, виробити раціональний підхід до ресурсів. Оцінка не повинна стати самоціллю, вона потребує певного рівня мотивації для збору якісних даних, для того, щоб люди дійсно рухалися в бік професійного розвитку. Оцінка діяльності стимулює навчання і переводить людей з рівня «знати» на рівень «знати, як», «вміти і втілювати».

## Досвід Республіки Польща



Консультант Світового банку **Адам Козієркевич** запропонував доповідь «Інформатизація первинної медико-санітарної допомоги як інструмент впровадження економічних методів управління». Зміст повідомлення ґрунтується на досвіді, здобутому в ході розвитку системи охорони здоров'я Польщі.

«20 років тому, — повідомив доповідач, — значним кроком, який позначився на реформі системи охорони здоров'я в Польщі, було проведення комп'ютеризації первинної ланки надання медичної допомоги. До 1999 р. рівень комп'ютеризації був надзвичайно низьким. Впровадження нових методів фінансування, лікарняних кас, лікарняних фондів зробило свій внесок у поширення процесу інформатизації галузі.

Для того щоб система запрацювала, ми створили центральний реєстр. Він містить інформацію про всіх учасників процесу: лікарів, медсестер, фармацевтів і, звичайно, пацієнтів. Принциповим у роботі реєстрів є визначення, хто є тією одиницею, що надсилає інформацію. Система надає номер кожному учаснику процесу охорони здоров'я, кожному пацієнту, кожній медсестрі, кожному лікарю тощо. Також є інші види реєстрів: які враховують лікарські препарати, приписи, взагалі все, що виконує лікар. Таким чином, кожен реєстр має централізоване зберігання, щоб надати всі дані у стандартизованому вигляді.

Лікарі здебільшого використовують менеджерські функції систем: визначають страхові можливості пацієнта; рапортують про обсяг і характер медичних послуг; доповідають про кожну оплачену опцію. Нещодавно до цієї системи додано реєстрування направлень до онкологів. Також можливо оформити лікарняний лист в електронному вигляді й одразу зареєструвати його в системі. Медична статистика — обов'язковий додаток, дані якого оновлюються раз на рік. Загалом лікар працює зі власною системою, а вона надає статистичні дані до цієї форми.

Додатково кожен лікар може вибрати потрібні йому функції для забезпечення свого комп'ютеризованого робочого місця. Можливості вибору залежать від системних технологій, але найчастіше це планування прийому, направлення на лабораторні аналізи, друк рецептів, електронне документування необхідними формами, автоматична розсилка sms-повідомлень і електронної пошти.

Наразі у Польщі близько 30 компаній-розробників надають програмні послуги для лікарів за доступними цінами. Вони також забезпечують підтримку, апгрейд і обслуговування своїх замовників. Пропозиції щодо вмісту програмного забезпечення різні: від каталогів лікарських засобів до словників із термінології. 93% лікарів мають доступ до комп'ютерів, 92% — до інтернету, 88% мають можливість електронного підрахування скарг, 18% використовують безпечний електронний підпис. 65% фахівців користуються лише менеджментною частиною функцій, але 24% — медичною, 11% — міжнародним стандартом обміну електронними даними медичного профілю».

Продовження висвітлення конференції «Первинна медична допомога: кращі практики сімейної медицини» читайте на шпальтах нашого видання найближчим часом.

*Олександр Гузій,  
фото автора і Сергія Бека*