ЗАМІСТЬ ПЕДІАТРА — «ВОРОТАР»?

Володимир Короленко, начальник управління лікувально-профілактичної допомоги департаменту охорони здоров'я Київської облдержадміністрації, кандидат медичних наук

Здоров'я дітей — одна з найвищих цінностей суспільства, адже від того, яке майбутнє чекає на них, залежить і майбутнє держави. Нині в Україні триває демографічна криза, здоров'я підростаючого покоління через економічні та соціальні проблеми, тенденцію до раннього початку трудової діяльності, зростання негативного впливу екологічних чинників та низку інших причин залишається на недостатньому рівні. Тому забезпечення медичної допомоги дитячому населенню під час системного реформування охорони здоров'я України є, без перебільшення, однією з ключових проблем.

Що написано пером

У нашій країні зараз здійснюються масштабні перетворення в охороні здоров'я. При цьому відбувається зміщення акцентів на первинну ланку медичної допомоги, що неминуче призведе до зміни процесів координації та інтеграції між ланками, які сформувалися до цього часу. «Механізм та обсяг надання медичної допомоги лікарем загальної практики-сімейним лікарем і механізм скерування пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем для отримання спеціалізованої медичної допомоги при різних клінічних станах та захворюваннях», затверджений наказом МОЗ України від 05.10.2011 № 646, передбачає: «Пацієнти з будь-якою проблемою, крім гострих станів, що потребують виклику швидкої допомоги або невідкладної допомоги в позаробочий для лікарської амбулаторії час, повинні звернутися спочатку до свого сімейного лікаря, який має визначитися з подальшим веденням пацієнта після проведення консультування». Тобто вказаний документ визначає роль лікаря загальної практики як «воротаря» системи охорони здоров'я. Цей наказ, як відомо, виданий для безпосереднього використання у пілотних регіонах, втім, судячи з того, що в назві зазначеного «Механізму. . .» згадка про пілот відсутня, його дія може бути поширена на всю територію України. Поступовий перехід до надання первинної медико-санітарної допомоги виключно сімейними лікарями (до 2020 року на первинній ланці працюватимуть також дільничні терапевти та педіатри) викликає дискусії у професійному середовищі та різнопланову полеміку серед населення. Особливо це стосується моделі надання медичної допомоги дітям, вибір якої у світі безпосередньо залежить від обраної конкретною країною концепції надання первинної медичної допомоги: чи має лікар загальної практики функції «воротарства» (первинного контакту з пацієнтом), чи ні.

Плюси і мінуси «воротарства»

У таких країнах як Данія, Нідерланди й Велика Британія лікарі загальної практики посідають центральне положення в системі охорони здоров'я, що здебільшого засноване на їхній ролі «воротарів». Усі громадяни зареєстровані в так званій системі індивідуалізованого списку загальної практики. Пацієнти звертаються спершу до лікаря загальної практики, котрий і вирішує, які саме медичні послуги потрібно надати. Більшість медичних препаратів можна придбати тільки за рецептом лікаря. До того ж, інші постачальники медичних послуг консультують хворого виключно за направленням лікаря загальної практики. Лікарі-«воротарі» прагнуть, по можливості, самостійно лікувати пацієнтів, направляючи їх до «вузьких» фахівців лише у разі нагальної необхідності. До того ж, лікарі-«воротарі» служать «гідами» пацієнтів у системі охорони здоров'я, гарантуючи, що останні отримують належне спостереження. Роль лікарів-«воротарів» — забезпечити орієнтування пацієнтів та збільшення швидкості реагування системи на загрози здоров'ю. Вони також ведуть медичну документацію пацієнтів, забезпечуючи безперервність спостереження за їхнім станом.

Контроль з боку лікарів загальної практики за зверненнями до фахівців — у лікарні або за іншими високовартісними медичними послугами — дає змогу скоротити або обмежити витрати охорони здоров'я. Завдяки своїй координуючій ролі вони поліпшують або підтримують якість медичних послуг. Таким чином, лікарі загальної практики розглядаються як координатори комплексних пакетів послуг, що одержують пацієнти, і це поліпшує безперервність спостереження. В той же час, «воротарство» є механізмом для обмеження доступу до більш вигідного лікування та скорочення витрат охорони здоров'я за рахунок пацієнта.

Існують різні точки зору на ефективність такого підходу до організації роботи сімейних лікарів. Зокрема, американські фахівці (Е.А. Хальм зі співавторами) показали, що збалансоване досягнення подвійної мети — скорочення витрат і поліпшення якості охорони здоров'я — насправді при застосуванні цієї моделі не доведене.

У Державній системі охорони здоров'я Об'єднаного Королівства Великої Британії основна увага сконцентрована на проблемах координації первинної медико-санітарної і вторинної госпітальної медичної допомоги, особливо на недостатньому обміні інформацією через професійну конкуренцію між госпітальними лікарями й лікарями загальної практики.

Проблеми обміну інформацією між постачальниками медичних послуг поширені також у Нідерландах. Вони призводять до труднощів у інформуванні пацієнтів (які одержують різну інформацію від різних постачальників), порушення безперервності (необхідність очікування обслуговування та відсутність «плавного потоку» пацієнтів через систему охорони здоров'я), менш ефективного використання ресурсів охорони здоров'я (постачальники медичних послуг не знають, які діагностичні процедури або яке лікування вже призначали попередні лікарі, і тому дублюють їх). Ще одна проблема — значна кількість обов'язків, покладених на лікарів загальної практики, які включають профілактичні заходи, невідкладну медичну допомогу, спостереження пацієнтів із хронічними захворюваннями, а іноді й екстрену медичну допомогу (поза офісом). Координувати ці завдання досить важко, враховуючи, що середній розмір індивідуалізованого списку включає 2250 пацієнтів. Дослідження, проведене в Нідерландах, засвідчило, що робоче навантаження лікарів загальної практики впливає на якість медичних послуг, які вони надають щоденно. Перевантажені лікарі загальної практики проводять коротші за часом консультації з пацієнтами, здійснюють менше технічних медичних втручань (ін'єкції, малі хірургічні втручання), частіше пропонують медикаментозне лікування й частіше направляють пацієнтів до інших постачальників первинної медичної допомоги (в основному до фізіотерапевтів), ніж їхні колеги, які менш зайняті. Крім того, координування потребує від лікаря додаткового часу, якого не завжди вистачає через велику кількість пацієнтів, більшу кількість адміністративних завдань, необхідність підвищувати медичну кваліфікацію.

Коли обирає сам пацієнт

У системах охорони здоров'я інших європейських країн загальна практика-сімейна медицина не посідала центрального положення. Наприклад, у французькій системі охорони здоров'я пацієнти могли самі обирати постачальника медичних послуг, тобто в разі необхідності амбулаторного лікування вони могли звернутися до лікаря загальної практики або ж до лікаря-спеціаліста без направлення чи інших обмежень. І при цьому вибирати між приватними медичними практиками або амбулаторними відділеннями в лікарнях. Хоча обов'язкова реєстрація в одного лікаря загальної практики не потрібна, пацієнти зазвичай віддавали перевагу одному лікареві (лише зрідка фіксувалися випадки пошуків іншого).

Цікава деталь — соціальний статус пацієнтів впливає на вибір «свого лікаря». Зокрема, пацієнти верхніх соціальних прошарків віддають перевагу спостереженню у лікарів-фахівців, а представники фізичної праці воліють звертатися до лікарів загальної практики.

Із 1 січня 2005 р. у Франції вступив у дію закон про обов'язкове «воротарство». Базову медичну допомогу (сімейна медицина) надають приватні лікарі загального профілю, вони ж виконують функцію «воріт» у систему. Пацієнт може не декларувати вибору певного лікаря, але якщо він цього не зробив або якщо звернувся до лікаря-фахівця без направлення сімейного лікаря, то фонд обов'язкового страхування рефінансує тільки 30% вартості консультації.

У Німеччині відповідно до законодавства фонди державного обов'язкового страхування повинні надавати оплату амбулаторного, стаціонарного та стоматологічного лікування. Пацієнти мають право самостійно обирати лікаря загальної практики, за бажанням змінювати його або ж звернутися безпосередньо до фахівця. Проте з 2004 року за кожну консультацію лікаря широкого профілю чи фахівця хворі повинні платити 10 євро, що в принципі є лише формальною оплатою, оскільки медичні послуги державі обходяться в кілька десятків разів дорожче.

В Італії послуги громадської охорони здоров'я надають локальні медичні підприємства, що працюють у сфері профілактики захворювань та формування здорового способу життя, безпеки продуктів харчування, запобігання професійним захворюванням і виробничим травмам, ветеринарії.

Послуги первинної медико-санітарної допомоги надають лікарі загальної практики, педіатри та самозайняті незалежні лікарі, які працюють самостійно за державним контрактом. Пацієнти можуть отримати допомогу «вузького» спеціаліста за направленням лікаря загальної практики, в окремих випадках громадяни можуть звернутися до «вузького» спеціаліста безпосередньо, скориставшись центральною електронною системою запису.

А як же діти?

Останнім часом питання вибору моделі роботи первинної медико-санітарної допомоги, і в першу чергу допомоги дітям, як і питання координації та інтеграції в охороні здоров'я, стали особливо актуальними у зв'язку зі збільшенням захворюваності, поширення й домінування хронічних захворювань, а також супутніх патологій. Це стимулює зростання попиту на медичні послуги в цілому й складніші, міждисциплінарні медичні послуги зокрема. Виникне потреба у більшій кількості та різноманітності медичних послуг. Пацієнти, яких лікує більш ніж один постачальник медичних послуг, стануть особливо беззахисними перед несприятливими наслідками неефективної координації й обміну інформацією. Тому питання вибору лікаря первинного контакту для дітей є надзвичайно важливим. На сьогодні життєво необхідним є перегляд «Механізму та обсягу надання медичної допомоги лікарем загальної практики-сімейним лікарем і механізму скерування пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем для отримання спеціалізованої медичної допомоги при різних клінічних станах та захворюваннях», обговорення за участю фахової громадськості результатів його застосування у пілотних регіонах, об'єктивний аналіз виявлених позитивних та негативних моментів. Слушно було б також розробити за участю зацікавленої громадськості і видати відповідний нормативно-правовий акт для врегулювання координації діяльності спеціалістів різних медичних фахів і визначення маршруту пацієнта системою охорони здоров'я.