

# Обмін досвідом

УДК 61:614.254.3/477.85

*С.В. Білецький<sup>1</sup>, Л.Г. Крикливець<sup>1</sup>, В.В. Бойко<sup>2</sup>, Я.М. Марчук<sup>2</sup>*

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У ПОЛІКЛІНІЦІ № 3 М. ЧЕРНІВЦІ

<sup>1</sup>Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці<sup>2</sup>Комунальна медична установа «Міська поліклініка № 3», м. Чернівці

**Резюме.** У роботі аналізується 10-річний досвід впровадження сімейної медицини в поліклініці № 3 міста Чернівці. Встановлено більш раннє виявлення онкозахворювань, зменшення захворюваності дітей першого року життя, захворюваності дитячого населення 0-14 років на хвороби вуха, органів травлення та

сечостатевої системи, зменшення направлень пацієнтів до вузьких спеціалістів та кількості викликів швидкої медичної допомоги до хронічно хворих.

**Ключові слова:** сімейний лікар, сімейна медицина, діти, захворюваність.

**Вступ.** Світовий досвід свідчить, що найбільш оптимальною формою перебудови первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) повинно бути впровадження сімейної медицини, а основні зусилля охорони здоров'я і сімейних лікарів повинні спрямовуватися на управління здоров'ям, а не хворобою, як це має місце на практиці [1, 2, 5].

Сімейна медицина є найменш витратна та ефективна система надання первинної медичної допомоги. Країни, в яких розвинена сімейна медицина, мають достатньо високий показник якості надання медичної допомоги. Ключовою фігурою в реалізації завдань ПМСД повинен стати сімейний лікар. Він повинен бути вмільним діагностом, забезпечити профілактику та лікування хвороб, бути дорадником, консультантом, постійним членом сім'ї, «адвокатом сім'ї», інтегратором всіх проблем пацієнтів, посередником між усіма спеціалістами та хворим [2].

Розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини є одним із пріоритетних і стратегічних напрямків реформування системи охорони здоров'я України [4]. Згідно з Програмою економічних реформ Президента України на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава», головною метою реформи медичної сфери є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу всіх громадян до медичних послуг належної якості [7]. Для досягнення цього поставлено завдання підвищити якість та доступність медичних послуг шляхом структурного розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги, розвитку інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги.

Впровадження сімейної медицини як інноваційний процес в охороні здоров'я супроводжується розробкою та апробацією різноманітних моделей, кожна з яких має свою специфіку [6].

**Мета дослідження.** Аналізувати етапи та ефективність функціонування сімейної медицини в умовах міської поліклініки.

**Матеріал і методи.** Дослідження проведено у відділенні загальної практики – сімейної медицини (ЗП-СМ) комунальної медичної установи (КМУ) «Міська поліклініка № 3» м. Чернівці. Аналізувалася модель та етапи організації роботи сімейних лікарів на протязі останніх 10 років. Порівнювалися в динаміці й зіставлялися найбільш важливі показники роботи сімейних лікарів. Математичний аналіз отриманих результатів проведений на комп'ютері Pentium IV за допомогою електронних таблиць Excel-5 і статистичними програмами Statistica for Windows v. 5.0, «Biostat» з визначенням критеріїв хи-квадрат ( $\chi^2$ ), вірогідності (t) та достовірності (p) Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Перше відділення ЗП-СМ створено на базі КМУ «Міська поліклініка № 3» 01 червня 2001 року шляхом реорганізації двох терапевтичних дільниць та однієї педіатричної дільниці міської дитячої поліклініки. Уведено в штат три посади лікарів ЗП-СМ із розрахунку одна посада лікаря на 1400-1500 осіб дорослого та дитячого населення, шість медичних сестер ЗП-СМ із розрахунку дві посади на одну посаду лікаря, одна посада молодшої медсестри.

Відділення розміщене на першому поверсі поліклініки і складається з п'яти кабінетів: два кабінети прийому лікаря, кабінет здорової дитини, кабінет щеплень, кабінети завідувача відділення та старшої медсестри.

Із початку функціонування відділення на першому етапі на протязі двох років сімейні лікарі обслуговували доросле населення та дітей віком від 7 років.

На другому етапі з липня 2003 року сімейні лікарі перейшли на обслуговування дітей від народження. Цьому етапу передувало місячне стажування сімейних лікарів у дитячій поліклініці та лікарні.

Третій етап впровадження сімейної медицини в поліклініці розпочатий у квітні 2005 р., коли створено ще три дільниці і склад відділення ЗП-СМ був збільшений до шести лікарських посад. На відміну від першої групи сімейних лікарів до

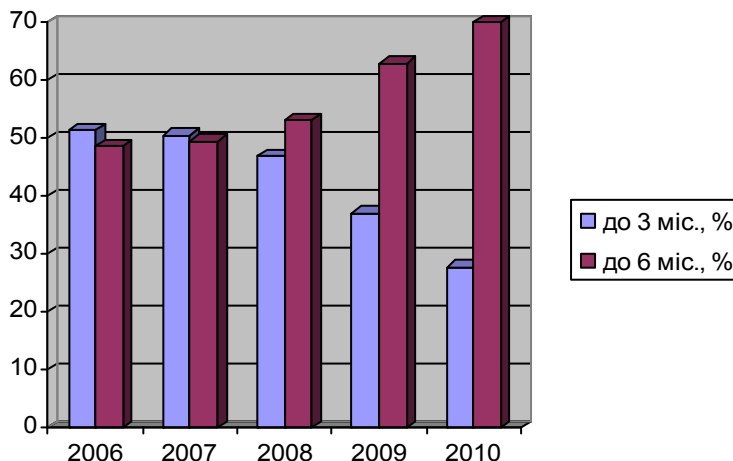


Рис. 1. Кількість дітей (%) першого року життя, що знаходилися на грудному вигодовуванні у 2006-2010 рр.

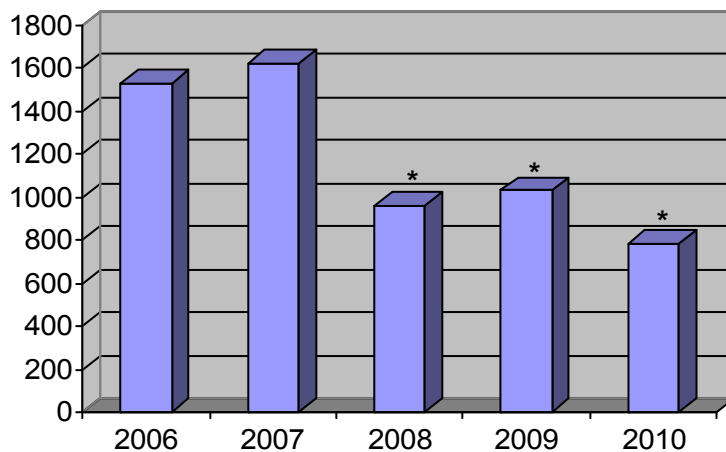


Рис. 2. Захворюваність дітей першого року життя (%) у 2006-2010 рр.

Примітка. \* -  $p < 0,05$  порівняно з 2006 роком

складу відділення сімейної медицини ввійшли два терапевти та один педіатр, після спеціалізації за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» на кафедрі сімейної медицини Буковинського державного медичного університету. Враховуючи певні труднощі в переході колишніх терапевтів та педіатрів до індивідуальної лікарської практики, для них створена загальна територіально-сімейна дільниця (4500 пацієнтів), в якій працювали два сімейних лікарі з обслуговування дорослого та один сімейний лікар з обслуговування дитячого населення. Синхронізація часу роботи дала змогу сімейним лікарям обмінюватися досвідом роботи як з дорослими пацієнтами, так і з дітьми. Через шість місяців лікарі перейшли на індивідуальну практику сімейної медицини [3].

Станом на 2011 рік штат відділення ЗП-СМ такий: завідувач відділення, шість лікарів ЗП-СМ, 14 медичних сестер, одна молодша медична сестра. У трьох лікарів – вища категорія, у двох – друга категорія і у двох – сертифікат спеціаліста. Серед медичних сестер три мають вищу категорію, одна – першу, три – другу.

У відділенні ЗП-СМ обслуговується 2237 сімей, 7134 дорослих пацієнти та 1245 дітей (у т.ч. дітей до року – 86).

За 10 років роботи відділення ЗП-СМ можна відмітити значний вплив профілактичної роботи лікарів та медичних сестер. Збільшилася питома вага дітей, які перебувають на природному вигодовуванні (рис. 1). За останні три роки вірогідно ( $p < 0,05$ ) зменшилася захворюваність дітей першого року життя (рис. 2). За цей період мав місце тільки один випадок смерті дитини першого року життя (не попереджуваний) – уроджена вада розвитку.

На протязі 2008-2010 років встановлені вірогідно нижчі ( $p < 0,05$ ), ніж у цілому по місту Чернівці, показники захворюваності дитячого населення 0-14 років на хвороби вуха та соскоподібного відростка, хвороби органів травлення, хвороби сечостатевої системи (у 2010 році), тенденція до зниження захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби (таблиця).

Кількість направлень пацієнтів до вузьких спеціалістів упродовж 2006-2010 рр. зменшилась із 21,9 % до 15,1 %. Відмічена тенденція до змен-

Таблиця

**Захворюваність дитячого населення (0-14 років) відділення ЗП-СМ КМУ  
«Міська поліклініка №3» за 2008-2010 рр. (показник на 1000 дитячого населення)**

Нозологія	2008 рік		2009 рік		2010 рік	
	Відділ. ЗП-СМ	Місто Чернівці	Відділ. ЗП-СМ	Місто Чернівці	Відділ. ЗП-СМ	Місто Чернівці
Інфекційні та паразитарні хвороби	83,0	51,53	62,7	49,86	59,1	45,46
Новоутворення	0,0	2,19	3,7	2,48	1,0	2,65
Хвороби ендокринної системи	27,7	36,26	34,8	36,64	16,7	27,46
Хвороби крові та кровотворних органів	26,4	11,97	11,2	19,37	19,7	16,2
Хвороби нервової системи	31,4	22,14	27,3	24,85	11,8	19,96
Хвороби ока та придатків	46,5	21,89	48,4	41,21	19,7	44,52
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	20,1*	48,48	26,1*	51,38	21,7*	60,22
Хвороби системи кровообігу	6,3	3,51	6,2	3,88	3,0	4,06
Хвороби органів дихання	1179,9	1178,98	1362,7	1376,8	1085,6	1260,19
Хвороби органів травлення	20,1*	61,09	26,1*	73,76	21,7*	82,37
Хвороби шкіри	46,4	64,72	33,5	56,75	37,9	60,78
Хвороби кістково-м'язової системи	8,8	19,71	17,4	20,85	13,0	17,76
Хвороби сечостатевої системи	13,8	19,44	9,9	18,88	5,9*	17,87
Окремі стани, що виникли в перинатальному періоді	20,1	13,46	6,2	6,39	9,87	6,97
Уроджені аномалії	10,1	7,19	6,2	6,39	9,8	6,97
Травми та отруєння	20,0	22,44	17,0	17,27	6,9	14,9

Примітка. \* —  $p < 0,05$  відносно показника по м. Чернівці

шення кількості викликів швидкої медичної допомоги до хронічно хворих на території обслуговування сімейного лікаря (129 – у 2008 році, 114 – у 2010 році).

За останні п'ять років відмічено зростання виявлення онкозахворювань на ранніх стадіях і відповідно зниження показника онкозахворювань у запущених стадіях – від 50,0 % у 2006 р. до 25,0 % у 2010 р., що свідчить про краще виявлення осіб даної категорії.

Захворюваність на туберкульоз останні чотири роки на території обслуговування відділення сімейної медицини склало в середньому 28,9 на 100 тис. населення, що у два рази менше, ніж у цілому по місту Чернівці (57,2 на 100 тис. населення).

На всіх етапах переходу на сімейну медицину налагоджувалася робота з консультації дітей педіатрами вузьких спеціальностей у КМУ «Міська дитяча поліклініка», що створювало де-

які труднощі. Починаючи з третього етапу впровадження сімейної медицини, вузькі дитячі спеціалісти консультують дітей за графіком у відділенні загальної практики – сімейної медицини КМУ «Міська поліклініка № 3».

Доросле населення знаходиться у вигіднішій ситуації, тому що вузькі спеціалісти є в цій же установі, що і сімейні лікарі.

Постійно, за потреби, проводиться консультування хворих дорослих і дітей співробітниками кафедри сімейної медицини Буковинського державного медичного університету, основна база якої знаходиться в КМУ «Міська поліклініка № 3». Значна частина хворих проходить лікування в умовах денного стаціонару відділення ЗП-СМ.

Розширилося коло обов'язків медичних сестер ЗП-СМ. Вони почали проводити консультування населення з медико-соціальних та медико-психологічних питань планування сім'ї, антропометричні виміри, оцінювати нервово-психічний

розвиток дитини, організувати раціональне вигодовування та догляд за доношеними та недоношеними дітьми.

Відношення населення до сімейних лікарів за період функціонування відділення ЗП-СМ кардинально змінилося, люди стали більш прихильними до сімейних лікарів і це дуже помітно на дільницях, де лікар працює більше 3-5 років безперервно.

#### Висновки

1. На етапі переходу від дільничної служби до сімейної медицини можливе існування індивідуальної та групової медичної практики сімейної медицини в стінах одного медичного закладу (поліклініки).

2. Впровадження сімейної медицини в умовах міської поліклініки супроводжується покращенням профілактичної роботи, більш раннім виявленням онкозахворювань, зменшенням захворюваності дітей першого року життя, захворюваності дитячого населення 0-14 років на хвороби вуха, органів травлення та сечостатевої системи, зменшенням направлень пацієнтів до вузьких спеціалістів та кількості викликів швидкої медичної допомоги до хронічно хворих.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні ефективності роботи сімейних лікарів та медичних сестер загальної практики – сімейної медицини з проведення диспансеризації населення, втілення здорового способу життя та профілактики серцево-судинних захворювань у пацієнтів.

#### Література

1. ВОЗ: Всемирный доклад о состоянии здравоохранения в мире «Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо». – 2008. – 125 с.
2. Доцільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи та переходу до практики сімейного обслуговування населення / О.М. Гиріна, В.О. Сірик, Н.М. Горобець [та ін.] // Сім. мед. – 2010. – № 3 (33). – С. 8-10.
3. Модель впровадження сімейної медицини в умовах міської поліклініки / С.В. Білецький, П.Д. Коцобан, Л.Г. Крикливець [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2008. – Випуск реєстру № 28-29. – С. 142-143.
4. Москаленко В.Ф. Актуальні питання підготовки лікарів сімейної медицини в Україні / В.Ф. Москаленко, О.І. Висоцька // Сім. мед. – 2011. – № 3 (38), спецвипуск. – С. 7-11
5. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина / З.М. Митник, Г.О. Слабкий, Н.П. Кризина [та ін.]; За ред. В.М. Князевича. – К., 2010. – 402 с.
6. Ціборовський О.М. Моделі організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської-сімейної практики і реструктуризації системи медичної допомоги / О.М. Ціборовський: матеріали I українського з'їзду сімейних лікарів. – К., Львів, 2001. – С. 65-70.
7. Устінов О.А. Реформування охорони здоров'я: стратегія, тактика, ризики / О.А. Устінов // Укр. мед. ж. – 2010. – № 5 (79). – С. 5-7.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПОЛИКЛИНИКЕ № 3 Г. ЧЕРНОВЦЫ

*С.В. Билецкий, Л.Г. Крикливец, В.В. Бойко, Я.Н. Марчук*

**Резюме.** В работе анализируется 10-летний опыт внедрения семейной медицины в поликлинике № 3 города Черновцы. Установлено более раннее выявление онкозаболеваний, уменьшение заболеваемости детей первого года жизни, заболеваемости детского населения 0-14 лет болезнями уха, органов пищеварения и мочеполовой системы, уменьшение направлений пациентов к узким специалистам и количества вызовов скорой медицинской помощи к больным с хроническими заболеваниями.

**Ключевые слова:** семейный врач, семейная медицина, дети, заболеваемость.

### EFFICACY OF THE FUNCTIONING OF FAMILY MEDICINE AT POLYCLINIC №3 OF THE CITY OF CHERNIVTSI

*S.V. Bilets'kyi, L.H. Kryklyvets', V.V. Boiko, Ya.M. Marchuk*

**Abstract.** The paper analyzes a 10-year experience of introducing family medicine at polyclinic № 3 of the city of Chernivtsi. An earlier detection of oncologic diseases, a decrease of the disease incidence of infants of the first year of life, the morbidity rate of the children's population aged 0-14 years afflicted with diseases of the ear, the organs of digestion and the genitourinary system, a reduction of patients' referrals to narrow specialists and the number of emergency call to patients with chronic diseases have been established.

**Key words:** family doctor, family medicine, children, disease incidence.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)  
Communal Medical Institution «Municipal Polyclinic № 3» (Chernivtsi)

Рецензент – проф. В.Л. Таралло

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 2 (62). – P. 213-216

Надійшла до редакції 27.12.2011 року