

Тұжырым

«САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН» БАҒДАРЛАМАСЫ БОЙЫНША ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН ҚАЗІРГІ ҚАЙТА ҚҰРУ ШЕҢБЕРІНДЕ ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ТҰРҒЫНДАРЫНА ЖҮРГІЗІЛГЕН СКРИНИНГ ТЕКСЕРІСТЕР ТИІМДІЛІГІ

Т.К. Рахыпбеков, Ж.Б. Базарбек, М.В. Горемыкина, С.С. Кырыкбаева
Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Бұл мақалада 2011 – 2012 жылдары Шығыс Қазақстан облысы және Семей қаласы тұрғындары арасындағы жатыр мойнының обыры, сүт безі обыры, сонымен қатар қанайналымы жүйесі ауруларын өрте анықтау мақсатында жүргізілген скринингтік зерттеу нәтижелері берілген.

Summary

EFFICIENCY SCREENING EXAMINATIONS THE EAST KAZAKHSTAN POPULATION WITHIN THE FRAMEWORK OF REFORMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN ON PROGRAM «SALAMATTY KAZAKHSTAN»

T.K. Rahypbekov, Zh.B. Bazarbek, M.V. Goremykina, S.S. Kyrykbaeva
State Medical University of Semey

In the article are presented data of screening examinations of the population East-Kazakhstan Area and the Semey in 2011 - 2012 for early revealing the cancer of wombs cervix, cancer of the mammary, as well as diseases of the blood circulation system.

УДК: 614.2.003(574)

А.К. Ситказинов

Управление здравоохранения Павлодарской области, г. Павлодар

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Аннотация

В работе представлены актуальные аспекты формирования первичной медико-санитарной помощи. Дальнейшее развитие специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» является одной из важных проблем казахстанского здравоохранения. Оно будет способствовать стандартизации диагностических и терапевтических процедур в амбулаторной терапевтической практике, повысит популярность среди студентов медицинских вузов профессии семейного врача, участкового врача и терапевта в связи с появлением возможностей карьерного и интеллектуального роста.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, семейный врач, больной, доступность, наблюдение.

Согласно концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Республике Казахстан, на территории страны происходит поэтапное реформирование системы организации медицинской помощи населению. Меняются приоритеты - центр тяжести смещается с лечения на профилактику, со стационарной помощи на амбулаторное звено [1]. В этих условиях врачам общей практики (ВОП), действующим в структуре амбулаторных учреждений, отводится основная роль в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), призванной осуществлять основной объем профилактической работы, удешевить процесс лечения, обеспечить определенный социальный эффект [2].

Общая врачебная практика является основополагающим элементом амбулаторно-поликлинической помощи населению в мире, от которого зависит эффективность и качество функционирования всей системы здравоохранения, сохранение и увеличение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, в первую очередь на уровне семьи.

По определению WONCA (Европейское Отделение Всемирной Организации семейных врачей), общая врачебная практика (семейная медицина) - это академическая и научная дисциплина, имеющая собственный предмет изучения, преподавания исследований в рамках доказательной медицины, клинической деятельности; кроме того, это клиническая специальность, ориентированная на оказание первичной медицинской помощи. ВОЗ рассматривает ПМСП в качестве важного компонента при обеспечении здоровья населения с ориен-

тацией на общую врачебную практику как основополагающую в процессе ее оказания [3].

По данным статистики, около 80% всех проблем, связанных со здоровьем, в развитых странах мира на сегодняшний день решаются на этапе первичного звена здравоохранения, без перехода на более дорогостоящие этапы вторичной (стационары) и третичной (реабилитационные центры) помощи.

В разных странах мира количество врачей общей практики (семейных врачей) по отношению к докторам других специальностей составляет от 54,0 % во Франции до 15,0% в Испании. В США около 40,0 % врачей являются врачами общей практики, а все остальные работают по другим медицинским специальностям. На одного врача общей практики приходится от 850 (Австралия) и 975 (Испания) до 2430 (Швеция) пациентов. Количество часов работы врача общей практики (семейного врача) за неделю колеблется от 25 во Франции до 57 ч в Японии [4]. Семейные врачи проводят диагностику и лечение острых и хронических заболеваний, осуществляют длительное наблюдение и психологическую поддержку пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями, консультируют пациентов и членов их семей при возникновении социальных проблем, собирают информацию о побочном действии лекарств, проводят комплекс профилактических мер по предупреждению развития заболеваний, в т.ч. эпидемических [5].

Семейные врачи ежедневно выполняют широкий спектр медицинских процедур и должны быть разносторонне подготовлены не только по вопросам терапии, но и основам хирургии, педиатрии, акушерства, невроло-

гии, офтальмологии, психиатрии и другим разделам практической медицины. Постановка правильного клинического диагноза на первичном этапе оказания медицинской помощи определяет рациональность использования финансовых, человеческих и иных ресурсов на последующих стадиях лечения. В связи с этим с целью дальнейшего совершенствования диагностики и оказания качественной медицинской помощи семейным врачам необходима система четких и полных стандартов оказания первичной медицинской помощи населению.

Мировая врачебная практика сформировала три модели деятельности семейного врача:

- индивидуальная практика (на уровне врача и/или сестринского медицинского персонала);
- групповая врачебная практика (несколько врачей общей практики, объединенных в группу, что позволяет организовать замену докторов, оптимизировать финансовые затраты и трудовые ресурсы);
- центры здоровья (скандинавская модель) — стационарные амбулатории общей практики.

Однако ни одна из данных моделей не может быть адаптирована в существующую в Казахстане систему без существенных изменений, т. к. это повлечет за собой разрушение сложившейся организации амбулаторно-поликлинической помощи. Реформа здравоохранения осуществляется на основании приоритетного развития ПМСП, что позволяет в условиях глобального экономического кризиса и ограниченности финансовых ресурсов наиболее рационально расходовать средства, выделяемые государством здравоохранению.

В настоящий момент основным структурным подразделением организации ПМСП в нашей стране является территориальный терапевтический участок, а участковый врач-терапевт является специалистом, обеспечивающим первичный контакт системы здравоохранения с пациентами и членами их семей. Реформирование существующей системы оказания ПМСП необходимо осуществлять с учетом ее взаимодействия с другими службами здравоохранения. Одним из важнейших условий реализации реформ в первичном звене является рациональное использование финансовых, материальных, трудовых ресурсов отечественного здравоохранения. Основным вектором в реализации программы реструктуризации лечебно-профилактической помощи населению должно стать перераспределение пациентов из дорогостоящего стационарного сектора на поликлинический уровень.

Одной из ведущих проблем формирования системы семейной медицины является дефицит кадров. При расчете 1 500 пациентов на одного врача необходимо иметь 90 000 врачей общей практики, в то время как прошли необходимую подготовку менее 10000 врачей. Если к ним добавить 30 000 участковых терапевтов, подготовленных по традиционной системе, этого количества достаточно только для 35% населения. Укомплектованность поликлиник врачами первичного звена едва достигает 60%, из которых 50–60% составляют лица пенсионного возраста. Приток молодых специалистов общей практики явно недостаточен.

В условиях рыночных отношений, высокого уровня развития специализации участковый терапевт перестал быть центральной фигурой в первичном звене и координатором «медицинского маршрута» пациента в поликлинике. Сложившаяся ситуация потребовала пересмотра системы оказания ПМСП в амбулаторно-поликлинических условиях. Основное направление реструктуризации здравоохранения отражено в документах Министерства Здравоохранения, где определяющая

роль в решении всех клинических и профилактических вопросов на уровне первичного звена отведена терапевту, педиатру и врачу общей практики (семейному врачу).

Более 70,0% населения, обращающегося за медицинской помощью, начинают и заканчивают обследование и лечение на уровне АПУ, в которых решается большинство медико-социальных проблем. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения [6].

ПМСП представляет собой первый уровень контакта отдельных лиц, семьи и населения в целом с национальной системой здравоохранения, первый этап непрерывного процесса охраны здоровья, который дополняется далее службами специализированной медицинской помощи [7].

Проводимое в последние десятилетия приоритетное развитие специализированной медицинской помощи оказало отрицательное влияние на организацию работы участкового терапевта. Многие функции, входящие в круг его профессиональных обязанностей, были переданы другим специалистам (кардиологам, гастроэнтерологам, пульмонологом и др.). Участковый терапевт перестал быть центральной фигурой в первичном звене здравоохранения. Частота направлений амбулаторных больных на консультации к узким специалистам достигает иногда 30–40% (за рубежом - не более 10–12%). Учитывая, что стоимость посещений у специалистов выше, чем у участковых терапевтов, увеличение обращаемости к специалистам приводит к необоснованному удорожанию амбулаторно-поликлинической помощи. Врачи-специалисты, работающие в поликлиниках в настоящее время, составляют более половины врачебного персонала поликлинической службы. Развитие специализированных служб происходит без адекватных изменений в первичном звене здравоохранения. Это приводит к увеличению госпитализации больных, нагрузки у специалистов, повышению стоимости медицинской помощи и необоснованному перерасходу бюджетных средств - более чем на 30%.

Самостоятельное обращение пациента к специалистам нарушило основные принципы функционирования первичной медицинской помощи - преемственность между врачами и непрерывность наблюдения за больным. Участковый врач постепенно теряет чувство ответственности за состояние здоровья своего больного. Теперь он не координирует все вопросы лечебно-профилактической и реабилитационной помощи прикрепленному контингенту, не обеспечивает преемственность ее в различных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Так сформировался социальный заказ общества на появление в структуре ПМСП врачебной специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». Переход к оказанию ПМСП по принципу общей врачебной практики оказался чрезвычайно трудным, т. к. потребовал разработки новых нормативно-правовых документов, изменения форм финансирования и оплаты труда, создания и апробации различных моделей организации общих врачебных практик и психологической перестройки, как медицинского персонала, так и населения [8].

В условиях реформирования системы оказания ПМСП назрела необходимость разработки единых клинических протоколов обследования и лечения пациентов для врачей общей практики. На данном этапе развития здравоохранения существует потребность в глубоком научном изучении проблем, которые тормозят разработку соответствующих протоколов: недостаточ-

ная нормативная база, регламентирующая деятельность врача общей практики и участкового терапевта, не до конца определен тип создаваемых протоколов (клинико-диагностические, лечебно-диагностические, по нозологиям, по симптомам). Основные причины дезинтеграции в отечественной системе ПМСП - нерациональное использование ресурсов (кадровых, финансовых, материально-технических), недостаточная квалификация медицинских работников общей практики, тенденция к узкой специализации врачей в поликлиниках, снижение у медицинских работников мотивации к совершенствованию и систематическому повышению квалификации вследствие недостаточной оплаты труда и другие экономико-социальные проблемы.

В процессе проведения реформ здравоохранения необходимы создание актуальной законодательной базы, разработка действенных механизмов адаптации общей практики как научной специальности к сложившимся условиям, построение механизмов финансового взаимодействия и внедрение организационно-правовых принципов функционирования учреждений здравоохранения первого контакта с пациентом. От состояния ПМСП зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, решение большинства медико-социальных и экономических проблем [9]. Основными векторами ПМСП должны стать:

- доступность (как финансовая, так и территориальная) семейной медицины;
- наблюдение за здоровьем гражданина, а также профилактические мероприятия;
- наблюдение за пациентом в течение всей жизни, а не только в период болезни;
- координация деятельности узких специалистов по сохранению и улучшению здоровья пациента.

Анализ внедрения общей врачебной практики позволил выявить положительные изменения в организации первичной медицинской помощи, проявившиеся в снижении частоты вызовов скорой медицинской помощи, интенсивном внедрении стационарозамещающих технологий, сокращении уровня госпитализации в стационары, улучшении преемственности в работе врачей общей практики и специалистов, работающих в поликлинике. Объективным показателем, подтверждающим этот вывод, служит снижение частоты посещаемости врачей-специалистов за период функционирования врача общей практики.

Тұжырым

АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНА-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТІҢ КӨКЕЙКЕСТІ ТҰРҒЫЛАРЫ

А.К. Ситказинов

Жұмыста алғашқы медицина-санитарлық көмектің құрастыруының көкейкесті тұрғылары елестеткен. (отбасылық дәрігерлік) Ортақ дәрігерлік тәжірибенің мамандығының ары қарай дамытуы қазақстандық денсаулық ақтаудың маңызды мәселелерінің бірі болып табылады. Ол амбулатория терапевтиялық тәжірибесіндегі диагностикалық және терапевтиялық процедуралардың стандартизациясының мүмкіндік туғызады, отбасылық дәрігердің мамандығының дәрігерлік ЖООларының студенттерді ара арасында аларын мәлімділікті жоғарылатады, уческелік карьер және зияткерлік өсудің мүмкіндіктерінің пайда болуымен уческелік дәрігер және терапевт байланысты.

Негізгі сөздер: алғашқы медицина-санитарлық көмек, отбасылық дәрігер, бақылау, ауру ашықтық

Summary

ACTUAL ASPECTS OF PRIMARY MEDICAL SANITARY CARE

A.K. Sitkazinov

In work actual aspects of formation of primary medical sanitary care are presented. Further development of specialty «The general medical practice (family medicine)» is one of important problems of the Kazakhstan health care. It will promote standardization of diagnostic and therapeutic procedures in out-patient therapeutic practice will increase popularity among students of medical schools of a profession of the family doctor, the district doctor and the therapist in connection with emergence of possibilities of career and intellectual growth.

Key words: primary medical sanitary care, family doctor, patient, availability, supervision

Таким образом, дальнейшее развитие специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» является одной из важных проблем казахстанского здравоохранения. Оно будет способствовать стандартизации диагностических и терапевтических процедур в амбулаторной терапевтической практике, повысит популярность среди студентов медицинских вузов профессии семейного врача, участкового врача и терапевта в связи с появлением возможностей карьерного и интеллектуального роста.

Литература:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 годы»;
2. Синявский В. М., Журавлев В. А. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе // Главврач - 2006. - № 6. - С. 41-50.
3. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи. Хроника ВОЗ. - 1979. - Т. 3. - №3. - С. 123-146.
4. Voerma W.G.W, Dubois K. A. (2006). Mapping primary care across Europe // Saltman et al. - 2006. - P. 22-49.
5. McCallum A., Brommels M., Robinson R., Bergman S. E., and Palu T. The impact of primary care purchasing in Europe: a comparative case study of primary care reform // Saltman et al. - 2006. - P. 105-128.
6. Боерма И. Г., Флеминг Д. М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. - Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ. - 2001. - 182с.
7. Комаров Ю. М. Перспективы развития общей врачебной (семейной) практики // Экономика здравоохранения.-1997.- № 1.- С. 8-13.
8. Хальфин Р. А., Какорина Е. П., Воробьев П. А. Клинико-экономические матрицы планов ведения больных как основа расчета затрат на обеспечение медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2004. - №9. - С. 3-11.
9. Чертухина О. Б., Гусева С. Л. Методы материального стимулирования сотрудников как основа повышения эффективности работы АПУ // Главврач.- 2006. - №1. - С. 86-93