

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.Н.Пилипцевич, Т.П.Павлович, А.Н.Пилипцевич

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
УЗ "7-я городская поликлиника" комитета по здравоохранению Мингорисполкома, г. Минск

Население не удовлетворено состоянием своего здоровья. Заинтересованность им и претензии по данному поводу появляются при возникновении его нарушений. К профилактической работе в целях сохранения и надлежащего поддержания здоровья у большинства населения отношение преимущественно небрежное. Обращения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические организации в основном носят вынужденный характер, связаны с заболеванием. Необходимы расширение и оптимизация работы по сохранению и укреплению здоровья населения. Имеет значение адаптация территориальной поликлиники, особенно ее участкового звена, к складывающимся новым условиям.

В конце 2006 г. руководством отрасли здравоохранения Республики Беларусь перед организаторами здравоохранения поставлена задача по оценке современного состояния амбулаторной компоненты медицинского обслуживания населения в целях ее совершенствования. Предлагаемый читателю материал находится в рамках указанной тематики, представлен в виде двух взаимосвязанных частей. В первой акцентируется внимание на факторах, определяющих здоровье населения, во второй – обсуждаются некоторые стороны деятельности современной поликлиники.

Разграничение ответственности за здоровье

В организации и результатах амбулаторного медицинского обслуживания населения имеются узкие места. Они связаны с определенными предпосылками. Выделим из них две, наиболее очевидные и значимые. Первая касается здоровья населения. Его показатели изменяются пока не в лучшую сторону. Вторая – это уровень развития общества и его социальное благополучие. За последние десятилетия они заметно улучшились. Следовательно, имеются основания ожидать позитивного влияния указанных факторов на здоровье населения. Однако, создался некий порочный "вариант ножниц". Как отмечено, движение в сторону улучшения здоровья пока мало заметно. Зато отчетливо виден рост потребности населения в медицинском обслуживании.

Население в ряде случаев не удовлетворяется как формой, так и качеством медицинской помощи, предоставляемой амбулаторно. Причем доминирующим в оценках часто является субъективный фактор. Суть его в формировании в обществе некоего "синдрома должного". То есть кто-то другой, а не мы сами, должен нести ответственность за наше здоровье и прилагать извне усилия для его сохранения.

Удовлетворенность населения медицинским обслуживанием может быть стабильной только при

хорошем его здоровье. Перефразируя формулировку ВОЗ о здоровье, можно с полным основанием утверждать, что удовлетворенным (счастливым, адекватным в обществе и пр.) может быть только здоровый человек. Для того, чтобы он таким стал, следует определиться с зонами ответственности. А именно, каждый свое здоровье должен беречь сам и нести за него ответственность. А ответственность общества, интересы которого выражает государство, четко сформулирована в статье 45 Конституции Республики Беларусь: "Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения" [1]. Государством создан институт – система здравоохранения, которая реализует его обязательства по сбережению народного здоровья.

Очевиден факт – государство не сможет обеспечить здоровье каждому, независимо от объема вкладываемых в отрасль средств. Это невозможно без заинтересованного участия со стороны населения. Как показывает практика, мобилизовать население в данном направлении достаточно трудная задача.

Единого и приемлемого для всех рецепта, как сохранять здоровье, нет. Наиболее распространенной является позиция, что этот процесс должен включать взаимодействие пациента и врача. Однако, они далеко не всегда единомышленники. Ведущим в плане наличия свободы действий считает себя пациент, который предпочитает самостоятельно распоряжаться собственным здоровьем. Он же оставляет за собой право в случае его потери обращаться в службу здравоохранения с требованием восстановить утрату.

Механизм позитивной ориентировки населения по отношению к своему здоровью заложен в "формуле здоровья" [2]. Она нацеливает каждого на личную заинтересованность в здоровье. Опорным в "формуле" является не столько количественное определение вклада здравоохранения в сохранение и укрепление здоровья, что чаще всего является пред-

метом научных споров, а ориентировка населения относительно целесообразности реализации его личных возможностей в данном процессе. По сути, "формулу" нужно рассматривать как обоснованное разделение зон ответственности в деле сохранения здоровья и приглашение населения к участию в нем.

Первично к врачу пациент должен обращаться, будучи здоровым. К сожалению, это лишь теория. Реальная практика свидетельствует об обратном. Норматив обращаемости за медицинской помощью, составляющий 11–12 раз в год, является одним из очевидных и наглядных свидетельств нездоровья общества. В первую очередь потому, что эти обращения вынужденные. В отрасли данный показатель рассматривается как доказательство доступности для населения медицинской помощи. Обоснована ли необходимость такой чрезмерной нагрузки на ЛПО?

Выносить на всенародное обсуждение проблемы нашего здравоохранения в настоящее время нет необходимости. Акцент на этом связан с убежденностью в том, что имеющие место публикации о недостатках системы здравоохранения в средствах массовой информации, пусть даже с благими намерениями, однозначно приносят мало пользы. Они ожесточают население, отдают пациента от врача, затрудняют процесс взаимодействия при лечении больных.

Проблемные вопросы функционирования современной поликлиники.

Роль и место врача общей практики

В Республике Беларусь население располагает правом свободного обращения за медицинской помощью, получает ее без ограничений в объеме имеющихся возможностей ЛПО. Это обеспечивается адекватным количеством, мощностью, кадровой укомплектованностью и материальной оснащенностью организаций здравоохранения в соответствии с территориальным принципом медицинского обслуживания. А недостатки, нарекания со стороны населения в процессе работы следует изучать, оценивать, исправлять и не допускать в последующей деятельности. Это один из компонентов совершенствования деятельности отрасли.

Рассмотрим некоторые аспекты в работе ЛПО при организации медицинской помощи, предоставляемой населению амбулаторно.

1. До 40% жителей Западной Европы недовольны уровнем медицинского обслуживания ("Медицинская газета" №78 от 30.10.2006 г.). Закономерна постановка вопроса: реально ли добиться удовлетворенности всех обращающихся за медицинским обслуживанием? Среди специалистов вряд ли найдется оптимист, убежденный в этом, так как обращаются за помощью люди, потерявшие свое здоровье, вернуть которое далеко не всегда возможно. Отсюда основной повод поиска виновных. Себя самих большинство наших пациентов таковыми не считает.

Медицинские работники психологически должны быть готовы к работе с такими пациентами; достаточно терпимыми ко многому из того, что те могут себе позволить, помнить, что у них нарушено состояние здоровья. В противном случае специалисту будет трудно справляться со своими непосредственными обязанностями.

2. У великого китайского мыслителя Конфуция (III век до н.э.) спросили: "Что нужно, чтобы поправить дела в государстве?". Мыслитель ответил: "Первым делом нужно исправить названия..." (цит. по "Медицинской газете" №67 от 31.08.2005 г.). То есть, навести порядок в определениях.

Данное высказывание приведено в связи с тем, что во многих наших официальных определениях также требуется наведение порядка. В ряде случаев имеет место неправильная трактовка и подмена понятий. Несколько тому примеров. Реально не существует амбулаторно–поликлинической помощи. В толковом словаре Ожегова "амбулатория – это лечебница для приходящих больных" [3]. В амбулаторно–поликлинических ЛПО помощь оказывается амбулаторно. В официальных документах ее без всякого обоснования называют видом медицинской помощи, как и первичную медико–санитарную и скорую. Охват населения медицинским обслуживанием именуется объемом помощи. В действительности для здравоохранения – это объем работы.

В основе настойчивости с нашей стороны по вопросу терминологических неувязок лежит выверенное человечеством знание о том, что единство определений предполагает единство и адекватность восприятия, за этим следует грамотность управленческих решений и адекватность практических действий.

Вопрос терминологической унификации сам по себе важен еще и в связи с тем, что в разных медицинских университетах преподаватели, руководствуясь официальными документами, дают студентам разные определения. Это недопустимо.

3. В настоящее время профессия врача является мало престижной. По рейтинговой оценке в сравнении с другими профессиями она в конце первой десятки. Если судить о престижности по такому критерию, как укомплектованность ЛПО кадрами, то в Беларуси ситуация сложная. Медицинские университеты, работая на полную мощность, ежегодно выпускают большое количество молодых специалистов. Казалось бы, должна быть восполнена потребность в них. Но врачебных кадров не хватает.

В первую очередь это связано с экономической оценкой работы врача. В настоящее время его заработная плата складывается из серии надбавок. Их основное предназначение – поощрять деятельность работника. На самом деле оплата труда, благодаря им, приближается к прожиточному минимуму. Например, заработная плата врача в поликлинике, работа-

ющего первый год после окончания университета, составляет ~200 тыс. белорусских рублей + 10% надбавки. Тарифный оклад узких специалистов 211250 руб. + надбавка за медицинский стаж. В участковой службе существует 40%-ная надбавка, для узких специалистов таковой нет. Молодой специалист лишен возможности получить кредит на постройку жилья, ему не из чего его выплачивать.

Молодые медицинские работники в значительной мере ограничены в реализации возможностей планирования семьи. Кроме нехватки средств, у многих нет жилья. Временным вариантом выхода из сложившейся ситуации может явиться возврат к предоставлению служебного жилья, увеличение количества общежитий семейного типа для молодых специалистов.

4. Нарекания населения на ограничение доступности к врачам–специалистам во многом порождает мы сами. Опыт здравоохранения многих стран показывает, что первым врачом для пациента при любом обращении является ВОП. В его обязанности входит решение вопросов о нуждаемости в медицинской помощи, лабораторных и инструментальных методах исследований, направлении к узким специалистам, на лечение в стационар. Здесь же пациент получает талон на право последующего посещения узких специалистов.

В связи с этим, участковая служба (как сельской местности, так и города) должна быть ориентирована на работу по принципу врача общей практики. По сравнению с нынешним участковым врачом, он обладает более широкими возможностями диагностических исследований и лечебных назначений. Небольшой отечественный опыт подтверждает обоснованность наращивания мощности сельского участкового здравоохранения путем становления ВОП. Применительно же к городской участковой службе есть неопределенности. Пока никто не ратует о необходимости создавать амбулатории ВОП в районах, где население охвачено обслуживанием территориальными поликлиниками. Это не значит, что вопрос сам по себе уже снят. Для окончательного решения необходимо определиться со статусом ВОП, объемом работы, возможностями в рамках функционирующего поликлинического звена. Такая потребность связана с тем, что участковая служба в определенной мере не оправдала ожидания населения. Сейчас нужен ответственный представитель государства – работник отрасли здравоохранения, который для населения прикрепленного участка будет основным лечащим врачом, а не диспетчером, рассылающим больных по специалистам.

В нацеленности на ВОП применительно к городскому населению имеется несколько моментов. Потребуется кардинально модернизировать его рабочее место, а это – новые затраты. Нет смысла дублировать под ВОП материальную базу, создавая ее параллельно имеющейся в поликлинике. Последняя

обеспечивает работу всех врачей и, в первую очередь, узких специалистов. Тем более, у нас пока нет полноценного специалиста (ВОП), способного взять на себя часть их функций. В условиях современной действительности узкие специалисты поликлиники несут на себе значительную долю задач по лечебно-профилактическому обеспечению населения.

Сдерживающим фактором внедрения службы ВОП является отсутствие нормативных критериев, регламентирующих его работу в городской поликлинике. Требуется проведение полноценного научно-практического исследования.

5. Регистратуру образно называют "зеркалом поликлиники". В наш компьютерный век переходят на электронный вариант медицинских карт амбулаторного больного. Есть два варианта совершенствования деятельности регистратуры.

Первый – от такого "зеркала" пора начинать отказываться. В республике с сохранившимся и стабильно функционирующим здравоохранением наличие компьютерных систем позволит лучше организовать взаимодействие как внутри отдельных ЛПО, так и между ними.

Вся информация (медицинская документация) о пациентах должна быть в руках участкового врача (ВОП) и работающего под его началом среднего медицинского персонала. Это позволит участковому врачу (ВОП) стать центральной фигурой в процессе лечебно-профилактического обслуживания населения.

Второй вариант – не упразднить регистратуру. Она – диспетчерский пункт поликлиники, здесь распределяются потоки больных, регулируется нагрузка врачей участковой службы и узких специалистов.

В регистратуре очень значим человеческий фактор. На уровне этого структурного подразделения рождается много сложностей, неувязок, конфликтов, претензий к поликлинике со стороны пациентов. Ее следует укомплектовывать квалифицированными кадрами.

Несомненно, в каждом конкретном случае вопрос о регистратуре должен решаться согласно реальной действительности, так как речь идет о технологии оптимизации потоков больных, первичной гармонизации работы всех подразделений и врачей, максимальном обеспечении удовлетворенности пациентов по принципу "одного окна" в одном кабинете, то есть у врача своего участка (ВОП).

По имеющимся данным, научной оценки деятельности регистратур и их влияния на лечебный процесс ранее не проводилось.

6. Диспансеризация – один из методов профилактической работы с населением. В отечественном здравоохранении ей более 80 лет. Из прошлого опыта следует, что интерес к этой стороне деятельности здравоохранения имел волнообразный характер. Причиной тому является отсутствие значимых результа-

тов от ее проведения. Рейды на предприятия если и отличались массовостью охвата, то имели низкую эффективность. Отсюда и соответствующее отношение к ее целесообразности.

В настоящее время в очередной раз заговорили в полный голос о диспансеризации. Это связано с высокой заболеваемостью, потребностью поиска путей донозологической диагностики, возрастанием значимости профилактики. Практика прошлых лет показала невозможность решения данного вопроса при ориентировке преимущественно на узких специалистов. Участие участковой службы (ВОП) позволит более эффективно организовать и обеспечить эту работу. Она должна быть важнейшим компонентом повседневной деятельности по обслуживанию населения территориального участка.

7. Значительную долю в структуре пациентов амбулаторных ЛПО составляют люди пожилого возраста. Им тяжело добираться до своей территориальной поликлиники, сидеть в очереди, ожидая приема врача. С учетом существующей возрастной структуры населения и прогнозируемых тенденций на последующий период, ситуация пока не изменится в лучшую сторону. Одним из путей решения данной проблемы может быть вариант работы участковой службы таким образом, чтобы пациенты могли согласовать со своим участковым врачом (ВОП) время посещения или же, удовлетворившись телефонной консультацией, временно отказаться от визита. Речь в данном случае идет о расширении доступности контактов между врачом и пациентом. Одно из условий – врач должен быть технически доступен для связи. Это позволит уменьшить очереди у двери его кабинета. Возможно, при наличии тесных контактов (связи) со своим врачом, не потребуется 11–12 посещений на человека в год. Целесообразность внедрения такой формы работы с пациентами может подтвердить только серьезный эксперимент.

8. Напряжение в работе поликлиники вызывают нарекания со стороны лиц, имеющих льготы. Они связаны преимущественно с запросами на конкретные лекарственные средства по сниженной стоимо-

сти на основании льгот. В ряде случаев лекарства, к которым проявляют интерес пациенты, не показаны при имеющихся заболеваниях. Нередки попытки записаться лекарствами впрок. Право настаивать базируется на гарантиях льгот со стороны государства. Позиции врачей в таких ситуациях часто воспринимаются как искусственно создаваемые "ограничения". Одним из вариантов выхода может быть российское решение – монетизация льгот.

Есть еще одна сторона данного вопроса. Речь идет о быстро устаревающих клинических протоколах обследования и лечения. Первоначально при их разработке закладывались лишь минимальные параметры. То есть, то, что обязательно должно быть выполнено при конкретной нозологической форме заболевания. Вскоре эти параметры стали и верхней границей. Об искусстве врачевания уже речь не идет, врач становится простым исполнителем предписаний. Он ограничен в своих возможностях назначить иные, действенные препараты.

9. Среднее медицинское звено должно взять на себя часть самостоятельной работы по обслуживанию населения и ответственности за нее. Быть "писарем" при докторе на приеме и мало за что отвечать – это сужение возможностей участковой службы. Ушла на второй план изумительная позиция в работе сельского фельдшера – это подворные обходы. Работа с населением должна быть главной обязанностью участковой медицинской сестры. Тогда она действительно станет помощником врача, с которым работает на участке.

Здравоохранение сегодня может многое сделать в плане восстановления нарушенного здоровья. Но оно не может нести ответственность за сохранение здоровья населения. Это под силу всем общественным институтам – семье, учреждениям образования, культуре, науке, спорту, и, главное, – каждому отдельному человеку. Свою часть ответственности здравоохранение реализует в повседневной работе, совершенствуя формы и методы предоставления медицинских услуг, иницируя медицинскую активность всех слоев населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конституция Республики Беларусь. – Минск: Беларусь, 1997. – 94 с.
2. Лисицин Ю.П. Теории медицины XX века. – М.: Медицина, 1999, – 176 с.
3. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. 3–е изд. – М.: "АЗЪ", 1996. – 908 с.

Поступила 31.10.2006 г.