

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА): ПРОЦЕСС СТАНОВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

ПРОРЕКТОР
МОСКОВСКОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ
ИМ. И. М. СЕЧЕНОВА
МЗСР РФ,
АКАДЕМИК РАМН
Игорь Николаевич
Денисов



Развитие общества, науки и практики здравоохранения заставляет постоянно предпринимать попытки по повышению эффективности системы здравоохранения страны и совершенствованию ее структуры. Работа учреждений здравоохранения в условиях значительного ограничения финансовых ресурсов является не только вынужденной реальностью последнего десятилетия, но и важным фактором, стимулирующим поиск эффективных организационных форм работы.

Основные цели любой системы здравоохранения – *оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности.*

Принятая в 1978 году Всемирным сообществом декларация «Здоровье для всех к 2000 году» основана на взглядах и позициях, системно сформулированных на Всемирной ассамблее здравоохранения в 1977 году и впервые провозглашенных на Алма-Атинской конференции в 1978 году. В соответствии с этими решениями развитие систем здравоохранения, включая общественное здоровье, должно реализовываться при опережающем развитии в государствах первичной медико-санитарной помощи.

Первичная медико-санитарная помощь является центральным звеном всей системы здравоохранения, основным, наиболее доступным, экономически и социально приемлемым видом массовой медицинской помощи, обеспечивающим ее качество и эффективность,

составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основной функцией системы здравоохранения любой страны и «первым уровнем контакта человека, семьи и общества с национальной системой здравоохранения, обеспечивающим наибольшее приближение здравоохранения к местам проживания и работы людей».

Это было еще раз убедительно подтверждено в октябре 2003 года на конференции в Алма-Ате, посвященной 25-й годовщине принятия Декларации по первичной медико-санитарной помощи в этом же городе в 1978 году. В конференции приняли участие генеральный директор ВОЗ доктор Йонг Вук Ли, директор Европейского бюро ВОЗ доктор М. Данзон, заместитель исполнительного директора ЮНИСЕФ К. Гаутман, министры здравоохранения государств СНГ и Балтийского региона. Конференция проходила под девизом «Здоровье для всех – человек прежде всего».

Участники конференции высказались за необходимость продолжить работу на уровне стран по реализации основополагающего положения конференции: «Равенство в доступности медицинской помощи». Этот показатель должен иметь измеряемые и проверяемые результаты для каждой страны-члена ВОЗ.

Процессы глобализации в российском обществе привели к миграции кадров; к кадровому дисбалансу (врачи и сестринский персонал, город и село); к чрезмерной специализации врачебных кадров в ущерб ПМСП; к отсутствию должного внимания в подготовке кадров по общественному здоровью и управлению здравоохранением.

Нет сомнения в том, что для улучшения здоровья населения требуется эффективная, гибкая и экономически приемлемая система здравоохранения. «Центр тяжести» медицины все больше перемещается из лечебной деятельности в сферу профилактики.

Являясь ключевым моментом структурной перестройки, реформа амбулаторно-поликлинической по-

мощи все же не определилась в своих основных направлениях и не набрала необходимые темпы проведения действенных преобразований.

Это связано не только с нестабильностью финансовой ситуации, частой сменяемостью руководящих кадров и значительным снижением управляемости на всех уровнях здравоохранения, но и с отсутствием четкой научной доктрины преобразования амбулаторно-поликлинической помощи, полиморфизмом взглядов на задачи и методологию деятельности системы здравоохранения на различных ее этапах, включая первичную медицинскую помощь.

При существенном сокращении больниц в Российской Федерации (за последние 10 лет на 2,2 тыс.) число врачебных учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, не включая врачебные здравпункты, с 1990 по 2001 год сократилось почти на 1500 учреждений.

Не вызывает сомнений, что деятельность поликлиник направлена на достижение максимальной доступности, обоснованности, высокого качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, удовлетворенности пациента этой помощью при минимизации ресурсных и финансовых затрат, оказание, в пределах компетенции, позитивного влияния на здоровье населения и профилактику заболеваний.

Однако до настоящего времени оценка результатов работы медицинского персонала осуществляется без учета перечисленных выше требований, а при помощи введения новых количественных нормативов.

Существующий порядок формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий по обеспечению граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью основан на внедрении в практику норматива среднего числа посещений на 1000 жителей с учетом возрастных групп пациентов. Это не побуждает учреждения и специалистов на повышение уровня и качества лечебно-профилактической помощи, возвращает систему к временам вынужденных приписок в учетно-отчетной документации и в конечном итоге – к формализму в отношении к прикрепленному контингенту.

В результате при среднем числе 9,4 посещения врача на одного жителя в год продолжает оставаться высокой диагностика онкологических заболеваний в III и IV стадиях и туберкулеза среди лиц, достаточно часто посещавших медицинские учреждения. Уровень смертности на дому трудоспособного населения от управляемых причин также не имеет существенной тенденции к снижению.

Основные причины дезинтеграции в отечественной системе здравоохранения: остаточный принцип финансирования; нерациональное использование основных ресурсов (кадры, финансы, оборудование); медленное внедрение современных медицинских технологий; снижение квалификации медицинского персонала в первичном звене; сохранение чрезмерной специализации врачей в поликлиниках; снижение у медицинских работников мотивации к улучшению показателей работы и систематическому повышению квалификации.

В процессе проведения реформ здравоохранения необходимо создать новую законодательную базу, разработать механизмы адаптации отрасли к работе в новых условиях, отработать механизмы финансового взаимодействия и внедрить организационные принципы функционирования амбулаторно-поликлинических учреждений в изменившихся условиях.

При этом основными принципами функционирования отрасли должны стать:

- единство всей системы здравоохранения независимо от территориальных и ведомственных различий;
- единство лечебно-профилактической и экономической эффективности;
- единство врача и пациента в достижении максимальной эффективности результатов профилактической и лечебной деятельности.

Амбулаторно-поликлиническая помощь – ведущее звено отечественного здравоохранения – должна получить в XXI веке дальнейшее развитие и совершенствование. ПМСП является сегодня неотъемлемой частью действий ООН по развитию человеческого капитала. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, возникающих на уровне семьи.

Основные функции ПМСП: доступность; наблюдение за здоровьем человека и общества; наблюдение пациента в течение всей жизни, а не только в период болезни; координация усилий всех специалистов при оказании ПМСП.

Ключевой фигурой в организации и оказании ПМСП является врач общей практики (семейный врач), который не может (и не должен) заменить собой врачей-специалистов, в том числе и педиатров. Главными задачами врача общей практики (семейного врача) являются объединение усилий различных специалистов для создания системы охраны здоровья на уровне небольшой и компактно проживающей группы населения (1200–1500 человек) и осуществление там необходимых мероприятий по первичной профилактике заболеваний как в сельской, так и городской местности. Поскольку в современных условиях имеется выраженная необходимость интегрального видения проблем пациентов с самых первых его контактов с системой здравоохранения, то альтернативы общей врачебной (семейной) практике фактически нет.

Кроме этих задач, врач общей практики (семейный врач) оказывает необходимую первичную медицинскую помощь по семейному принципу, что делает ее более доступной для населения. Таким образом, речь не идет о разрушении каких-либо сложившихся медицинских специализированных служб. Напротив, благодаря внедрению общей врачебной (семейной) практики их авторитет и эффективность должны значительно повыситься. Именно поэтому врач общей (семейной) практики должен обладать более широким объемом знаний, включая вопросы социального



обеспечения. Это вместе со специфическим характером работы и отличает его от других специалистов.

При этом врачи-специалисты останутся для него консультантами, и, естественно, во всех необходимых случаях пациенты будут к ним направлены. Общая врачебная практика будет постепенно заменять собой участковую терапевтическую службу, которая, как показывают исследования, особенно терапевтическая, работает с крайне низкой результативностью. В городах крупные поликлиники постепенно будут приобретать статус консультативно-диагностических центров с дневными стационарами с необходимым числом врачей-специалистов и соответствующим медицинским оснащением.

Несмотря на взятый Министерством здравоохранения и реализуемый в регионах курс на реформы в первичном звене здравоохранения, до сих пор не утихают дискуссии по поводу целесообразности этих преобразований.

Надо настроиться на критический анализ ситуации и отказаться от мифа о том, что существовавший в нашей стране высокий уровень ПМСП и сейчас находится на должном уровне. Необходимо осознать, что сегодня основой для оценки работы первичного звена здравоохранения, да и отрасли в целом, является *эффективность*.

Число штатных должностей врачей за последнее десятилетие увеличилось на 7,2%, в том числе работающих в стационаре – на 15,9%, а в поликлинических учреждениях уменьшилось на 3,2%. Численность узких специалистов в стационаре и в поликлинике практически сравнялась. А ведь эти учреждения работают по разным стандартам и критериям.

Количество терапевтов в период с 1991 по 2002 год сократилось на 19 561, то есть на 21% за 11 лет. При этом наблюдается рост числа специалистов терапевтического профиля в среднем на 25%. Наибольший рост числа врачей наблюдается по специальностям: ультразвуковая диагностика – на 6207 человек (рост на 79,2%), аллергология и иммунология (рост на 57%), нефрология (рост на 38,3%), функциональная диагностика (рост 35,7%).

В этот же период число больничных учреждений сократилось на 1586 (14,5%), в том числе участковых и районных больниц – на 1210 (76,3% от общего сокращения). Это происходит при стабильной доле сельского населения (27%). В каждой шестой сельской амбулатории и каждой тринадцатой участковой больнице сегодня нет врачей.

В России специалисты терапевтического профиля составляют 21,6% от всей численности врачей, а участковые терапевты – всего 6%, или 36 230 человек. Если учесть, что более 30% из них – пенсионного возраста, становится ясно, что уже через 12–15 лет страна может остаться без участковых терапевтов.

В последние 10 лет численность участковых терапевтов в поликлиниках сократилась с 44 до 40%. Сегодня число врачей-терапевтов первичного звена менее пяти на 10 000 жителей, зато узких специалистов – достигает тринадцати человек. У ОМС и государства не хватает средств на содержание работающей по такому принципу системы организации медицинской помощи населению.

В первичном звене здравоохранения по-прежнему работают врачи с сертификатом по специальности «терапия». *Участковый терапевт при отсутствии специальной подготовки стал тоже «узким специалистом», но только по терапевтической патологии внутренних органов. Таким образом, с любой патологией, кроме ограниченного перечня самых распространенных внутренних болезней, весь прикрепленный контингент пациентов сегодня вынужден обращаться к другим специалистам.*

Основоположниками отечественного здравоохранения в нашей стране была создана система оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению. Работа поликлиники была организована по участковому принципу оказания медицинской помощи. Участковый врач был центральным действующим лицом, обеспечивавшим эту помощь.

Н.А. Семашко указывал, что «участковый принцип дает возможность лечащему врачу лучше знать свой участок, условия труда и быта своего населения, выявлять часто и длительно болеющих, знать своих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, лучше бороться с возникновением и распространением заразных болезней. Участковый врач делается, таким образом, «домашним» врачом, другом семьи». Вводя должности участковых врачей, Н.А. Семашко считал, что это будет фактически семейный врач. Участковый врач и сестринский персонал несли ответственность за всех жителей участка.

К большому сожалению, система организации работы поликлиники и условия деятельности участкового врача в последние десятилетия не способствовали становлению его как хорошего домашнего доктора. Волна чрезмерной специализации на уровне поликлиник разрушила эту идею и привела к появлению должности участкового терапевта, который сегодня оказывает больным только терапевтическую помощь, да и то по ограниченному перечню заболеваний. Этому способствовало появление в поликлиниках многочисленного отряда других специалистов – пульмонологов, нефрологов, эндокринологов, аллергологов, ревматологов, геронтологов, гастроэнтерологов и многих других.

При таком многообразии специалистов ни один врач персонально не отвечает за состояние здоровья пациента и не осуществляет основной функции первичной помощи – проведение профилактики, раннего обнаружения и своевременного лечения заболеваний.

Общая врачебная практика (семейная медицина) является составной частью медицины, имеющей порой существенные отличия от клинической медицины. Так, в отличие от описания картины отдельных заболеваний в клинической медицине в центре внимания врача общей практики стоит решение медицинских проблем пациента и членов его семьи при всех жизненных обстоятельствах. Следовательно, специфику семейной медицины составляет не только соматическое, но также психическое и социальное консультирование здоровых и больных.

Ведущей причиной сложившейся ситуации является незаинтересованность врачей первичного зве-



на, в первую очередь участкового терапевта, в здоровье пациента в связи с отсутствием показателей качества его работы, чрезмерной нагрузкой на врача, не позволяющей осуществлять планомерную и тщательную работу с прикрепленным населением.

Контролирующие органы, проверяя работу участкового врача, замечая ошибки в диагностике и лечении, считали основной причиной его ошибок то, что он не направил больного на консультацию к специалисту, а не то, что у него низкая квалификация. В дальнейшем участковый терапевт стал направлять больных к специалистам для страховки даже без особой необходимости.

Специальности «участковый терапевт» нет во врачебном перечне, утвержденном Министерством здравоохранения, отсутствуют учебные планы и стандарт его подготовки к профессиональной деятельности. Таким образом, участковая служба оказалась самым слабым звеном в работе амбулаторно-поликлинических учреждений. Поэтому вопросы организации участковой службы приобрели особую значимость в последние годы. Работой поликлиники в России удовлетворены менее половины городского населения. Престиж участковой службы настолько упал, что выпускники вузов «обходят поликлинику за версту».

Причины подобных изменений очевидны для всех:

- участковая служба в системе здравоохранения была негласно, хотя и не умышленно, отодвинута на вторые роли;
- дефицит и отсутствие системы целенаправленной подготовки участковых терапевтов во всех регионах страны;
- отсутствие системы подготовки и повышения квалификации участковых терапевтов;
- плохое оснащение рабочих мест;
- отсутствие преемственности между участковыми терапевтами и специалистами в поликлинике;
- слабая функциональная связь между поликлиниками и стационарами.

Реструктуризация ПМСП обусловлена также ограничением всех видов ресурсов, появлением новых потребностей у потребителей медицинской помощи, развитием новых медицинских технологий (дневные стационары, стационары на дому). Поэтому переход к семейной медицине закономерен и весьма актуален. Не надо его рассматривать лишь как наиболее экономичный и рациональный способ организации медицинской помощи. Это механистический подход. К человеку, к его здоровью и болезням надо подходить интегрально. Это и есть задача врача общей практики, семейного врача.

Существовавшая в стране система оказания медицинской помощи включала профилактику, диагностику и лечение, но в последние годы она все больше становится ориентированной на синдром боли. Человек только тогда идет к врачу, когда у него что-то заболело. Сегодня призывают открыть в поликлиниках кабинеты профилактики. Но разве кабинет, в котором работает один или два врача и два-три сотрудника, в состоянии решить проблему профилактики для тысяч пациентов, проживающих на территории,

закрепленной за поликлиникой? Ведь *профилактика – первейшая обязанность врача общей практики*, что признается во всем мире и у нас в России.

Врач общей практики осуществляет непрерывное наблюдение не только больных, но и здоровых пациентов – практически со времени вынашивания его матерью во время беременности до последних дней жизни. Это и делает семейного врача уникальным специалистом. Лучше него пациента не знает ни один врач.

Включив в поликлиническое звено узких специалистов, мы хотели сократить число больных, направляемых в стационар. Но этого не произошло. В России по-прежнему госпитализируются около 30% больных, обратившихся за оказанием медицинской помощи в поликлинику, в то время как в мире число пациентов, направляемых на госпитализацию, не превышает 20%.

По сей день пациентам в стационаре повторяют все анализы (общий анализ крови, мочи), электрокардиографию, лучевые методы диагностики. Такое дублирование при проведении лабораторных исследований ведет к дополнительному расходу средств.

Планировали сократить число вызовов скорой медицинской помощи, а что на деле? В течение года врачами скорой помощи в России проведено 46,3 млн. вызовов, при этом в 18,4% случаев оказывалась только амбулаторная помощь. Один выезд скорой помощи обходится государству в 359 рублей. Можно привести много примеров, когда после 18.00 часов по вызову на дом выезжает врачебная бригада, чтобы сделать пациенту обезболивающий укол или ввести антибиотики. Почему не организованы для этого фельдшерские бригады? Количество фельдшерских бригад на станциях сократилось вдвое, а число специализированных бригад увеличилось на 11%.

Как оценивается сегодня деятельность врача первичного звена здравоохранения? Никакие количественные показатели работы участкового терапевта не принимаются во внимание, кроме статистического талона, как и 10–15 лет назад. Разве может быть у врача заинтересованность в здоровье пациента при отсутствии количественных показателей качества его работы?

В экономически развитых странах в первичном звене здравоохранения врачами общей практики работают 35–55% специалистов от общей численности врачей.

В США до 75% операций проводится в амбулаторных условиях; у нас – не более 25–35% от всех хирургических вмешательств. В наши стационары госпитализируются больные с липомами, атеромами, варикозным расширением вен нижних конечностей. Весь мир давно ушел от этой практики, а мы держим человека 7–10 дней в стационаре ради пустяковой операции и на седьмой день выписываем из больницы после снятия швов. С утра – операции в дневном стационаре, а после обеда – консультирование пациентов от врачей общей практики, вот такой должна быть схема работы специалиста в условиях городской поликлиники.

Существующим положением недовольны и сами специалисты: менее 25% врачей удовлетворены тем, как организована работа в поликлиниках, а все остальные



хотели бы сменить профессию или не удовлетворены своей деятельностью. Так что проблема перехода к общей врачебной практике назрела.

Разумеется, переход к системе врача общей практики (семейной медицине) нельзя осуществить за один год, он должен быть поэтапным: требуется реорганизация не только первичного звена, но практически всей системы здравоохранения. Здесь важно все, в том числе отработка взаимоотношений между участковым терапевтом и его коллегами – узкими специалистами, между участковым терапевтом и врачами стационара и т.д.

За последние годы подготовлено 5 тыс. врачей общей практики, но на должностях ВОП работают лишь немногим более 2 тысяч. Конечно, выпускник медицинского вуза, окончивший ординатуру по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)», сможет работать и участковым терапевтом. Но зачем государству, затратив деньги на подготовку специалиста – врача общей практики, использовать его не в полную силу в должности участкового терапевта? Правда, сейчас во многих регионах просят помочь в организации подготовки специалистов, но сколько времени упущено!

В соответствии с планом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации уже к 2006 году число врачей общей практики должно достигнуть 9 тыс., а к 2010 году их численность должна составлять 20 тыс. человек.

Одна из главных проблем – оплата труда ВОП (семейного врача). Основное, что заложено в работу врача общей практики, – это прагматизм и эффективность. Если мы ждем от врача повышения качества и эффективности первичной медицинской помощи (наряду с профилактическими программами), то и оплата его деятельности, и престиж в обществе должны быть соответствующими.

Анализ работы врачей общей практики показывает, что более 80% населения от прикрепленного контингента находится у них под диспансерным наблюдением. Отмечается снижение уровня госпитализации – на 30%, уменьшение обращаемости в службу неотложной и скорой помощи – на 40%.

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан предусмотрено право семьи на выбор семейного врача (ст. 22), обеспечивающего медицинскую помощь по месту жительства членам семьи независимо от их пола и возраста. Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» к числу субъектов медицинского страхования отнесены медицинские учреждения, которыми являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.1997 №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицин-

ской науки в Российской Федерации» определено, что первичная медико-санитарная помощь является основным звеном при оказании населению медицинской помощи, при этом ведущая роль отведена врачу общей практики (семейному врачу).

В Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года, одобренной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.08.2000 №1202-р, говорится об увеличении доли финансирования первичного звена здравоохранения – амбулаторно-поликлинических учреждений – с целью развития профилактического направления их работы и об укреплении нормативной и финансовой базы для работы врача общей практики.

Минздравом России был издан приказ о поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача). Была утверждена отраслевая программа «Общая врачебная (семейная) практика», основной целью которой было создание организационно-правовой и научно-методической базы для реформирования первичной медицинской помощи с поэтапным переходом к организации ее по принципу врача общей практики (семейного врача).

Вместе с тем процессы реформирования в этой области протекают довольно медленно. В докладе Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 году и мерах по повышению качества медицинской помощи населению» отмечалось, что переход к семейной медицине – это не только поиск наиболее эффективных и экономичных форм организации медицинской помощи. Это и создание благоприятных условий для структурных и кадровых преобразований в амбулаторном и стационарном звене здравоохранения (перераспределение объемов медицинской помощи между стационаром и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, направление средств на развитие ОВП, повышение оплаты труда специалистов высокой квалификации). Вместе с тем внедрение службы тормозится из-за отсутствия механизмов реализации в области реформирования первичной медико-санитарной помощи; нет единых подходов к этой проблеме на уровне регионов.

Очередным шагом к решению вышеуказанных проблем стало включение центров общей врачебной (семейной) практики в Единую номенклатуру государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (приказ Минздрава России от 03.06.2003 №229).

В системе обязательного медицинского страхования участие ОВП предусмотрено законодательно. За последние годы они достаточно убедительно доказали эффективность такой формы организации оказания медицинской помощи в амбулаторном звене.

Анализ участия ОВП в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования (по данным на 01.05.2003), проведенный Федеральным фондом ОМС, свидетельствует, что общая врачебная практика (семейная медицина) внедрена в 51



субъекте Российской Федерации (57,3%), а в остальных 38 субъектах ОВП не зарегистрирована в системе ОМС. Общее количество зарегистрированных ВОП составило 1017. Наибольшее количество их работает в Чувашской Республике (100), Тульской области (96), Республике Бурятия (84), Омской (72), Ленинградской областях.

Качество оказания медицинской помощи зависит от многих факторов, и первый из них – это *подготовка высокопрофессионального специалиста*.

Залогом качественного оказания помощи пациентам должны быть высокий уровень подготовки врачебного и сестринского персонала, наличие необходимого оснащения, материальное обеспечение сотрудников. Если их умение и навыки соответствуют требованиям, предъявляемым стандартом последиplomной подготовки по семейной медицине, в амбулаторных условиях может быть выполнен достаточно большой объем медицинской помощи, включая реализацию профилактических программ. Это приведет к сокращению

расходов на дорогостоящее лечение в стационарах, а значит, обеспечит рациональное расходование тех пока небольших средств, которые выделяются для финансирования системы здравоохранения.

Необходимо, однако, учитывать, что такая работа должна быть выгодна для сотрудников отделений общей практики. Без их заинтересованности в обеспечении высокого качества оказания помощи, без их участия в распределении средств, которые удалось сэкономить при сокращении необоснованной госпитализации либо вызовах скорой помощи, трудно повысить престиж данной специальности и привлечь в нее молодые кадры.

Реформы в здравоохранении затрагивают сегодня практически каждый сектор здравоохранения. Интересы ключевой фигуры системы здравоохранения – пациента – требуют обеспечения оптимального взаимодействия всех участников лечебно-диагностического процесса, логического по содержанию и адекватного по этапам оказания медицинской помощи.