

**ОПТИМІЗАЦІЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ
(НА ПРИКЛАДІ м. СУМ)**

В.А. Сміянов¹, О.І. Сміянова²

Актуальність організаційних перетворень в системі охорони здоров'я України на рівнях первинної і вторинної медико-санітарної допомоги, невирішеність цього питання, насамперед в практичному плані, зумовили проведення нашого дослідження стосовно удосконалення системи надання медичної допомоги міському населенню. З метою оптимізації надання медичної допомоги міському населенню на первинному і вторинному рівнях, ефективного і якісного використання наявних ресурсів у системі охорони здоров'я нами обґрунтована і частково впроваджена запропонована модель у м. Сумах.

ВСТУП

Протягом більше ніж десятилітнього періоду Україна як незалежна країна намагається побудувати економічно ефективне, соціально захищене, політично стабільне суспільство.

У колі цих завдань охорона здоров'я як важлива складова соціальної сфери держави займає чільне місце. Відповідно до стратегічного курсу держави передбачається поглиблення перетворень у медичній галузі. Метою таких втручань є забезпечення доступності якісної медичної допомоги, створення правових, економічних та організаційних умов надання медичних послуг (Москаленко В.Ф., 2004; Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., 2003).

Формування необхідних умов для надання якісної і ефективної медичної допомоги на етапі державотворення передбачає гармонізацію розвитку соціальної сфери і у т.ч. системи охорони здоров'я з Європейською спільнотою, впровадження її інноваційної моделі розвитку, запровадження моделі ринкової трансформації (Москаленко В.Ф., 2004).

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України визначена низкою нормативно-правових документів державного рівня, насамперед, в Указах Президента України, зокрема, від 06.12.2005 №1694/2005 „Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я”. На виконання якого МОЗ України розробило проект Національного плану дій, який передбачає прийняття законопроектів, внесення змін до ряду законодавчих актів, прийняття загальнодержавних програм, продовження формування мережі лікарських амбулаторій загальної практики (сімейної медицини) для міського і сільського населення, запровадження сучасної, спрямованої на ефективний розподіл ресурсів методики фінансування медичної допомоги, завершення реорганізації стаціонарного сектора на основі функціональної диференціації ліжкового фонду.

Первинна медико-санітарна допомога міському населенню в Україні забезпечується багатоланковою структурою, яка включає територіальні дорослі та дитячі поліклініки, поліклінічні відділення об'єднаних лікарень, поліклінічні відділення медико-санітарних частин, жіночі консультації тощо[1,2,3,4].

¹ Канд. мед. наук, Сумський державний університет.

² Сумський державний університет.

За даними офіційної статистики станом на кінець 2005 року, в Україні первинну медико-санітарну допомогу надавали міському населенню 2750 самостійних поліклінік, 668 поліклінік на базі міських лікарень і 467 поліклінік на базі районних лікарень [4].

Первинне обслуговування в Україні організовано за дільнично-територіальним принципом, суть якого полягає у тому, що територія району діяльності поліклініки розподіляється на дільниці з певною кількістю населення. Ключовими фігурами в наданні первинної медико-санітарної допомоги є дільничний терапевт і дільничний педіатр. Ці спеціалісти складають близько 25% від всієї кількості лікарів-практиків. Нормативна кількість населення на дільниці складає 1700 осіб дорослого населення на одну посаду дільничного терапевта і 800 дітей на одну посаду дільничного педіатра. Фактично на одну посаду дільничного терапевта у містах припадає близько 2100 осіб, навантаження на одну посаду дільничного педіатра в містах близьке до нормативного [2, 5].

Основними завданнями дільнично-територіального принципу є забезпечення:

- наближення медичної допомоги до місця проживання або роботи населення;
- довготривалості і наступності в обслуговуванні пацієнтів;
- можливості комплексного проведення профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів, диспансерного нагляду [5].

Тривалий досвід діяльності дільнично-територіального принципу на рівні первинної медико-санітарної допомоги показав не тільки позитивні результати, він має і ряд суттєвих недоліків, серед яких - відсутність вільної можливості вибору лікаря пацієнтом. Територіально-дільничний принцип на практиці не дозволив досягнути і головної мети, заради якої він запроваджувався - медичного обслуговування на довготривалій основі. Результати досліджень свідчать, що з пацієнтів поліклінік, які звертаються до дільничних терапевтів, тільки менше половини (47,6%) отримують медичну допомогу у лікаря "своєї" дільниці, інші звертаються до будь-якого дільничного лікаря, який веде прийом в момент звертання [2,4,13].

В Україні не існує чіткого розподілу служби первинної і вторинної допомоги. Пацієнти мають можливість звертатися до лікарів-спеціалістів самостійно без направлення дільничного лікаря. У цілому прямий доступ пацієнтів до лікарів-спеціалістів призводить до зниження якості медичного обслуговування і нераціонального використання потенціалу амбулаторно-поліклінічних закладів. Лікар первинної ланки, який повинен відповідати за здоров'я населення своєї дільниці, перетворюється у вузького спеціаліста з надання медичної допомоги лише частині хворих терапевтичного профілю [1,2].

Крім того, світовий досвід та науковий медико-економічний аналіз свідчать [4], що надання пацієнту повної свободи вибору лікаря будь-якої спеціальності збільшує вартість медичної допомоги, через те що:

1) пацієнт не в змозі зробити раціональний вибір, оскільки він недостатньо інформований стосовно того, які медичні послуги йому необхідні для вирішення проблем зі здоров'ям;

2) у пацієнта виникає стимул до отримання найбільш дорогого лікування, що нерівноцінно (а інколи навіть навпаки) отриманню якісного лікування.

Амбулаторні послуги на вторинному рівні надаються спеціалізованими кабінетами (відділеннями) територіальних поліклінік і поліклінічних відділень міських лікарень, дитячих лікарень, центральних районних лікарень, стоматологічними поліклініками, поліклінічними відділеннями диспансерів [1].

Як уже зазначалося вище, у зв'язку з відсутністю розмежування первинної і вторинної допомоги в міських поліклініках лікарі-спеціалісти надають допомогу і хворим, направленим дільничними лікарями, і хворим, які самостійно звернулися до них за допомогою.

Потрапляючи в систему надання професійної медичної допомоги, пацієнти самостійно формують свій маршрут: безпосередньо до лікаря первинної ланки звертаються 41,2% пацієнтів; третина пацієнтів (29,5%) одразу потрапляє до вузьких спеціалістів, з них кожен третій помиляється у виборі спеціалізації лікаря; кожен шостий (16,9%) самостійно звертається за стаціонарною допомогою; в середньому тільки чверть пацієнтів (26,5%) отримує медичну допомогу на одному рівні медичного обслуговування [2,4,5]. За нашими даними, безпосередньо до лікаря первинної ланки звертаються 48,7%.

Аналіз контингентів хворих, що на цей час отримують медичну допомогу у стаціонарах, свідчить, що значна їх частка не потребує цілодобового нагляду і медичної допомоги, яку можна надати лише у стаціонарних умовах. Поряд з невиправданістю лікування значної кількості хворих у стаціонарних умовах звертає на себе увагу і невідповідність профілю госпіталізації ступеня тяжкості стану хворих. Через відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від специфічних потреб стаціонарних хворих у спеціалізованих відділеннях стаціонарів перебувають, як хворі, що потребують інтенсивної допомоги, так і ті, що одужують, хворі, яким перш за все необхідний догляд, і приречені хворі (на термінальній стадії) [5,13].

За даними російських дослідників, які поглиблено вивчали склад стаціонарних хворих на початку 90-х років ХХ ст., тільки третина хворих у великих міських стаціонарах дійсно потребувала постійного нагляду та корекції життєво важливих функцій і отримувала лікувальні процедури, технологія яких не дозволяє їх надавати у домашніх умовах. Також близько третини хворих перебували у стаціонарі без відповідних показань і отримували терапію амбулаторного рівня тільки у комплексі з проживанням (готельними послугами). Невиправдано багато часу перебували хворі у стаціонарі з метою проведення рутинних обстежень [4,6,14].

Реформаторські зусилля у секторі стаціонарної допомоги останніми роками в Україні були зосереджені на скороченні, переважно адміністративними методами, занадто роздутого ліжкового фонду, однак загальна ефективність стаціонарних служб змінилася мало. Позитивного впливу на здоров'я населення внаслідок подібного реформування також не спостерігалось, тому що скорочення ліжок відбувалося без відповідного реформування системи первинної медико-санітарної допомоги [4].

Первинна медико-санітарна допомога в містах забезпечується багатоланковою мережею лікувально-профілактичних закладів.

При такій системі не існує чіткого поділу між службами і структурами первинної і вторинної медичної допомоги, що призводить до деперсоніфікації відповідальності медичного персоналу за результати медичного обслуговування, дублювання діяльності через відсутність чіткого розмежування завдань: функцій лікарів первинної ланки і вузьких спеціалістів, неефективного використання обмежених бюджетних коштів.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Науково обґрунтувати та розробити модель медичної допомоги міському населенню на основі реорганізації та удосконалення первинної та вторинної медико-санітарної допомоги на сучасному етапі реформування галузі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою оптимізації надання медичної допомоги міському населенню на первинному і вторинному рівнях, ефективного і якісного використання наявних ресурсів у системі охорони здоров'я нами обґрунтована і частково впроваджена запропонована модель у м. Сумах. Основними принципами її діяльності є впровадження сімейної медицини та оптимізація кількості посад вузьких спеціалістів і ліжкового фонду. Ці заходи вносять суттєві корективи в організацію системи медичної допомоги. Перш за все йдеться про створення самостійних поліклінік загальної практики/сімейної медицини та сімейних лікарських амбулаторій, які є юридично і економічно незалежними.

За умови створення повноцінної сімейної медицини спеціалізовану медичну допомогу в місті на амбулаторному етапі здатні надати 74 вузьких фахівці. "Розпорозувати" їх по численних поліклініках і філіалах стає недоцільно. Теперішній досвід наявності в поліклініці одного-двох вузьких фахівців кожної спеціальності свідчить про їхню вкрай неефективну роботу. Як показали дослідження, вузькі спеціалісти, які працюють в самостійних поліклініках або філіалах, недостатньо забезпечені необхідним інструментарієм і обладнанням.

Поліклініки при багатoproфільних лікарнях, навпаки, краще оснащені діагностичною апаратурою, а саме: рентгенологічною, ультразвуковою, комп'ютерними томографами, імунологічними лабораторіями, ендоскопічним обладнанням та сучасним інструментарієм. Спеціалісти, які працюють в поліклініках при багатoproфільних лікарнях, володіють сучасними технологіями діагностики і лікування, тому що працюють на більш сучасному обладнанні. За графіком заміни вони працюють у стаціонарних відділеннях, беруть участь у лікуванні тяжких хворих, хірургічних втручаннях, ургенціях, консилиумах та інше. Розміщення в цих поліклініках ПМСД (дільничних терапевтів і педіатрів) не є раціональним. Воно стримує розвиток матеріальної бази, призводить до змішання потоків первинної і вторинної медичної допомоги. На місці цих поліклінік мають бути консультативно-діагностичні центри (КДЦ). Кадрові та матеріальні можливості консультативно-діагностичного центру і стаціонару відкривають можливість надати спеціалізовану медичну допомогу на якісно вищому рівні.

В умовах великого міста надання медичної допомоги сімейними лікарями на базі діючих поліклінік найбільш прийнятне для України. Це доцільно з огляду на вже існуючу широку мережу поліклінік, яка дозволить заощадити кошти на будівництво нових закладів ПМСД. Впровадження сімейної медицини в таких умовах потребує лише суттєвої зміни організаційних форм її діяльності [8,11].

Відповідно до запропонованої моделі самостійно розміщені поліклініки, філіали поліклінік та поліклінічні відділення трансформуються у самостійні поліклініки загальної практики/сімейної медицини. У віддалених районах впроваджуються самостійні сімейні амбулаторії. Для розмежування потоків хворих пацієнтів і людей, які повинні проходити профілактичні медичні огляди, ми пропонуємо створити госпрозрахункову поліклініку профілактичної медицини, де будуть проводитися обов'язкові профілактичні медичні огляди працівникам підприємств і установ. Це дасть змогу:

- покращити якість роботи лікаря за рахунок зменшення навантаженості на амбулаторному прийомі;
- покращити епідеміологічне становище;
- зменшити бюджетні кошти на утримання інфраструктури, яка перейде на госпрозрахунок;

– скоротити черги і зменшити соціальну напругу населення (32% скарг у 2004р. було отримано з причини незадовільного амбулаторного обслуговування).

Структура надання первинної і вторинної медичної допомоги стає більш чіткою і набуває такої трансформації (рис. 1).

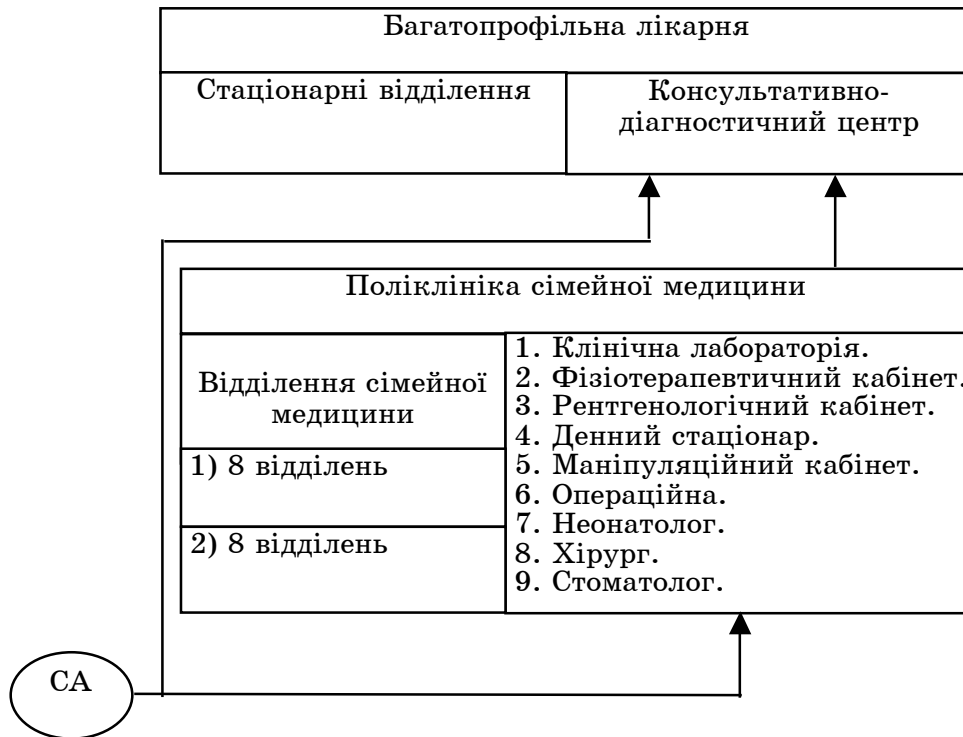


Рисунок 1 - Структура поліклініки загальної практики/сімейної медицини

Сімейний лікар виконує функцію контрольно-пропускного характеру. Всі медичні послуги пацієнт отримує у свого сімейного лікаря, або за його направленням. Хворі не мають вільного доступу до спеціалістів і в стаціонари (крім невідкладних станів).

У 2003 році в м. Сумах було відкрито поліклініку загальної практики/сімейної медицини на базі 4-ї міської поліклініки (18 дільниць), два самостійних відділення сімейної медицини (21 дільниця), 7 сімейних дільниць в діючих поліклініках і 1 самостійну сімейну амбулаторію. Всього в місті працює 47 лікарів загальної практики/сімейної медицини.

Лікарі загальної практики – сімейної медицини надають медичну допомогу – 81303 чол., з них дорослих – 68143, дітей до 17 років – 8514.

Показник звернень до лікаря на одного жителя зріс з 1,7 до 2,2, а показник відвідувань вдома на 100 жителів зріс з 67,0 до 76,0. Зросла питома вага відвідувань з профілактичною метою з 21,2% до 29,1%.

За 2005 р. у лікарів загальної практики-сімейної медицини перебувало на диспансерному обліку 46984 чол. При цьому рівень диспансеризації зріс з 309,6 до 577,8 на 1000 населення.

Оздоровлено 46984 чол. з хронічними хворобами – 100%, з них стаціонарно - 11078 (2,3%), санаторно-курортно – 603 (1,3%). Закінчили лікування у сімейного лікаря 17427 чоловік – 96,4%.

Бригадами СШМД за 2005р. було здійснено 91813 виїздів (у 2004р. – 90440). Кількість виїздів на 1 тис. населення становить 312,5 9 (у 2005р.

– 306,6). Показник відносно стабільний і вище за обласний (285,4 на 1 тис.), по Україні 282,6 (2005р.). Група „Раптові захворювання та стани” складає 75% від усіх виїздів, „Нещасні випадки та травми” – 11,6%, інші – 13,4%.

На дільницях, які обслуговуються поліклінікою сімейної медицини, кількість виїздів на 11,4% менше і становить 280,3 на 1 тис. населення (2005р.). У групі “Інші захворювання” на цих дільницях виїздів було 7,4%, що менше, ніж по місту в цілому (2005р.).

За 2005р. госпіталізовано в стаціонари II-III рівнів 2936 чоловік – 1,6% від прийнятих у зв’язку із захворюваннями, а у стаціонарах вдома проліковано 4333 чоловік (94,1 на одного лікаря проти 85,7 у 2004 році). У 2005 році під диспансерним наглядом перебувало 1594 дитини – 242,2 на 1000.

Загальна смертність серед закріпленого населення зменшилася з 8,3 до 7,05, у тому числі у працездатному віці з 2,58 до 2,1 на 1000 населення.

Поліклініка загальної практики/сімейної медицини (рис.1) обслуговує 22553 дорослих і 4106 дітей з 0 років. У поліклініці створено два відділення по 9 дільниць у кожному. В середньому один сімейний лікар обслуговує 1480 чол. Поліклініка має: клінічну лабораторію, кабінет рентгенодіагностики, фізіотерапевтичний кабінет, денний стаціонар, операційний блок, маніпуляційний кабінет.

До штату поліклініки, крім лікарів загальної практики, повинні бути введені педіатр-неонатолог, хірург, рентгенолог і лікар-лаборант клінічної лабораторії.

ВИСНОВКИ

1 У запропонованій моделі оптимізація надання медичної допомоги ґрунтується на функціональних, структурних і організаційних змінах, що на первинному рівні стосуються створення самостійних сімейних лікарських поліклінік і амбулаторій, які повинні мати повну юридичну і економічну самостійність.

2 На вторинному рівні - перепрофілювання сучасних поліклінік при багатопрофільних стаціонарах на консультативно-діагностичні центри та оптимізація ліжкового фонду.

3 Планується розширити дослідження в інших регіонах України.

SUMMARY

Urgent need of organizational changes in the system of health protection of Ukraine at the levels of primary and secondary health care, outstanding of this problem in practice first of all conditioned carrying out our investigation regarding improvement of medical care of townspeople. With the purpose of medical care of townspeople optimization at the primary and secondary health care levels, we have grounded efficient and qualitative use of existent resources in the system of health care and partially realized the introduced in Sumy city model.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Європейська база даних «Здоров’я для всіх», 2004.
2. Іпатов А.В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні : Монографія.- Дніпропетровськ : Пороги, 2000.-262с.
3. Крячкова Л.В. Стационарзамещающие формы медицинской помощи как пример замещения в организационных структурах здравоохранения// Главный врач.-2002.-№8.-С.41-54.
4. Лехан В.М., Рудий В.М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров’я в Україні. Спільний звіт // Видавництво Раєвського .-К.-2005.
5. Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та ін. Стратегічні напрями розвитку охорони здоров’я в Україні / За заг. ред. В.М.Лехан.-К.: Сфера, 2001. - 176с.
6. Меляченко Н.В. Здравоохранение территориального уровня в условиях перехода к рыночной экономике.-Кемерово: ИнСЭПЗ, 1993. - 216с.
7. Москаленко В.Ф. Здоров’я населення і проблеми охорони здоров’я в світі та Європі. Стан питання та тенденції //Охорона здоров’я України.-2004.-№1.-С.5-10.

8. Москаленко В.Ф. Реалізація концепції розвитку сімейної медицини в Україні // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сімейна медицина-досягнення і перспективи». -2002.-С.3-4.
9. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С. Методичні підходи до визначення сучасних реальних потреб населення у медичній допомозі як основи для розрахунку гарантованого обсягу її надання //Охорона здоров'я України.-2004.-№4.-С.50-61.
10. Москаленко В.Ф. Особливості та тенденції становлення і розвитку європейського законодавства з питань охорони здоров'я //Охорона здоров'я України.-2004.-№3.-С.5-15.
11. Москаленко В.Ф., Гойда Н.Г., Латишев Є.Є. Аналіз стану та визначення напрямків наукових досліджень з актуальних питань сімейної медицини в Україні // Охорона здоров'я України.- 2002.-№3-4 (6-7).-С.71-74.
12. Парій В.Д. Розвиток інфраструктури первинної медико-санітарної допомоги на селі //Охорона здоров'я України.-2004.-№2.-С.24-26.
13. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко та ін.- К.: Здоров'я, 2003.-396с.
14. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения.-2000.-№5.-С.26-34.

Надійшла до редакції 26 січня 2007р.