

Развитие системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Казахстане: 1996-2007 годы.

Дамиля Нугманова,

Ассоциация семейных врачей Казахстана, кафедра семейной медицины АГИУВ.

Прошедшие двенадцать лет для системы ПМСП в республике были весьма сложными. Это связано с рядом психологических, организационных, экономических и социальных проблем в центре и на местах.

Закрепившиеся с 1978 года в головах организаторов здравоохранения, ученых и рядовых врачей иллюзии о том, что советская система здравоохранения – самая лучшая в мире, мешала (и мешает до сих пор) серьезной переоценке и критическому переосмыслению структуры, процесса и результатов медицинской помощи. Вначале железный занавес, затем плохое знание иностранных языков, недостаточный обмен специалистами с передовыми по развитию здравоохранения странами не позволяли (и не позволяют) систематизировать положительный и отрицательный опыт, накопленный к концу прошлого столетия. Также живучими оказались представления о том, что хорошая больница или супероснащенный медицинский центр могут решить проблемы здоровья населения. Вера в узких специалистов, в дорогостоящее оборудование, в волшебство скальпеля или капельниц перекинулась от медицинских работников на широкие слои населения. Результатом этих иллюзий и предубеждений явилось лишь декларативное приращение приоритета ПМСП, а на деле – разрушение и ослабление первичного звена.

Близко к психологическим проблемам стоят нечеткие представления у медицинской общественности о том, что такое ПМСП. Отсутствие понимания природы ПМСП позволяет манипулировать понятиями и «оттягивать» скудные средства здравоохранения на вторичную помощь. Так, в некоторых регионах службу скорой медицинской помощи относят к ПМСП. Это позволяет рапортовать о 30-40% затратах на ПМСП, тогда как фактически они не превышают 10%. Также смешиваются понятия ПМСП и амбулаторной медицинской помощи. Механически относят поликлиники к организациям ПМСП. В некоторых областях додумались суммировать к бюджету амбулаторно-поликлинической сети бюджеты туберкулезных больниц. Часто расходы на санитарно-эпидемиологическую службу также относят к первичному здравоохранению. Размытые понятия ПМСП позволяют каждому чиновнику интерпретировать их по-своему.

1. Эволюция в понимании ПМСП в мире.

Отсчет ведется с 1978 г., когда в Алма-Ате впервые ВОЗ дала определение. В Алма-атинской Декларации говорится, что первичная медико-санитарная помощь является основной функцией и средоточием системы здравоохранения любой страны и является «первым уровнем контакта человека, семьи и общества с национальной системой здравоохранения, обеспечивающим наибольшее приближение здравоохранения к местам проживания и работы людей». Слова «первый уровень контакта» позволили некоторым организаторам говорить, что скорая помощь – это тоже первый контакт человека с системой, если он раньше не болел или не получал травмы. В Декларации говорится, что первичная медико-санитарная помощь должна быть частью более широкой концепции первичной медико-санитарной помощи, включающей в себя развитие сельского хозяйства, жилищного строительства и образования. ПМСП делает акцент не только на лечении, но и на профилактике и повышении медицинской осведомленности пациента. Она может чутко реагировать на нужды населения и пользуется его поддержкой. ПМСП ориентирована на пациента и обеспечивает непрерывность медицинского обслуживания. Под непрерывностью подразумевается ситуация, при которой больной, а иногда и его семья,

обращаются к одному врачу, который постепенно узнает их медицинское и социальное положение и завоевывает их доверие, благодаря чему пациенты более строго следуют инструкциям врача. “ПМСП - существенно важная часть медико-санитарного обеспечения, повсеместно доступна как отдельным лицам, так и семьям, удобна для населения, предполагает всестороннее участие населения и несет затраты, приемлемые как для жителей, так и страны в целом” (Алма-атинская декларация, 1978).

В совместном документе ВОЗ и Всемирной организации семейных врачей 2002 г. отмечается, что страны, стремящиеся улучшить здоровье населения, должны создать ПМСП как надежный фундамент, на котором можно строить всю систему здравоохранения. Семейная медицина при этом может служить цементирующим раствором, который сделает фундамент еще более прочным. Оптимальная система первичной медико-санитарной помощи обеспечивает всеобъемлемость и непрерывность медицинского обслуживания. Это обслуживание состоит из базовой медицинской помощи, направленной на всех граждан, а также дополнительной помощи, оказываемой группам людей с общими медицинскими проблемами (1).

ПМСП – это один из, хотя и самых главных, уровней медицинской помощи. Другие необходимые уровни: вторичная, третичная и неотложная (особенно при серьезных травмах) помощь. Вторичная и третичная помощь характеризуются своей непродолжительностью, а также относительной избирательностью проблем больного, которые они решают. **Вторичная помощь** носит консультативный характер, по своей природе короткая, имеет своей целью оказание помощи врачам ПМСП в их диагностических и лечебных проблемах. Вторичная помощь может оказываться путем неформальных совместных с врачами ПМСП консультаций, путем регулярных посещений врачей вторичного уровня организаций ПМСП с целью дачи рекомендаций по ведению больных с определенной патологией (например, при диабете) или путем направлений больных на консультации к врачам вторичного уровня. В противоположность этому, **третичная помощь** оказывается таким пациентам, которые страдают такой редкой или необычной патологией, которую врачи первичного звена редко видят в своей практике и, поэтому, не могут поддерживать достаточный уровень профессионализма, чтобы самостоятельно вести таких больных. В случаях, когда болезнь оказывает существенное влияние на состояние здоровья больного, врачи третичного звена оказывают основную помощь и длительно, обращаясь к врачам ПМСП по вопросам, которые те имеют возможность решить. Все эти уровни помощи должны координировать свою деятельность, чтобы больной мог получить четкий и значимый совет (2, 3).

Официальное определение ПМСП Института здоровья США (1994 г.): “Первичная медико-санитарная помощь – это предоставление комплексных, доступных медицинских услуг, оказываемых клиницистами, которые отвечают за решение большинства индивидуальных проблем со здоровьем, развитие устойчивого партнерства с пациентами и осуществление врачебной практики в рамках семьи и жителей населенного пункта/района проживания”.

2. Основные параметры ПМСП.

Таким образом, исходя из всех этих определений, можно выделить два важных аспекта ПМСП, которые в настоящее время имеют решающее значение в Казахстане:

- **Всесторонность** (всеобъемлющая, интегрированная):
 - Человек любого пола и возраста может обратиться с любой проблемой к одному медработнику в одну медицинскую организацию. Здоровье рассматривается в контексте индивида, семьи и сообщества

- **Непрерывность:**
 - Человек наблюдается в одной медицинской организации от рождения до смерти. Заболевший человек наблюдается в период ремиссии, обострения, в стационаре, после выписки из него.

Исходя из этих двух параметров, рассмотрим, кто может быть поставщиком ПМСП (таблица 1).

Таблица 1. Поставщики первичной медико-санитарной помощи*

Наименование специалиста	Основной критерий		Поставщик ПМСП
	Всесторонность	Непрерывность	
Специалист стационара	нет	нет	нет
Врач/ фельдшер скорой помощи	нет	нет	нет
Специалист поликлиники			
- кардиолог	нет	нет	нет
- эндокринолог	нет	нет	нет
- хирург	нет	нет	нет
Участковый врач поликлиники			
- терапевт	нет	нет	нет
- педиатр	нет	нет	нет
- акушер-гинеколог	нет	нет	нет
Терапевт, педиатр и акушер-гинеколог, работающие вместе как команда (группа) ПМСП	да	да	да
Обученные врачи общей практики/ семейные врачи	да	да	да

* Таблица разработана автором совместно с Региональным Директором Проекта ЗдравПлюс АМР США (ЮСАИД) Шилой О'Доуэрти в 2001 г.

Как видно из таблицы, только врачи и средние медработники, обслуживающие население по семейно-территориальному принципу, могут называться работниками ПМСП. Если посмотреть на сегодняшнюю структуру здравоохранения в РК, то она варьирует в широких пределах. В некоторых регионах, как в сельской, так и городской местности имеются самостоятельные организации ПМСП. Врачи ведут так называемый смешанный прием, т.е. ведут и взрослых, и детей. Акушерско-гинекологическую помощь оказывают пока только единицы. В большинстве же регионов, особенно в крупных городах, налицо фрагментация ПМСП на отдельные поликлиники для взрослых, детей и женщин. Не завершено отделение стационаров от поликлиник, хотя в Постановлении Правительства 2004 года «О мерах совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению Республики Казахстан» четко это прописано.

3. О санитарно-эпидемиологической службе. Почему она не может быть отнесена к ПМСП.

ПМСП оказывается отдельному человеку, семье и общине (группе людей, живущих в одном географическом месте, объединенных местом жительства). Санитарно-эпидемиологическая служба не имеет дело с индивидом или семьей. СЭС оказывает услуги отдельным населенным пунктам, лечебно-профилактическим организациям, предприятиям, всему государству. Некоторые аспекты деятельности СЭС входят в ПМСП, но только на уровне общины. Отдельные вопросы гигиены быта, питания, жилищ и

эпидемиологические мероприятия могут решаться совместно с поставщиками ПМСП. Таким образом, СЭС не может быть отнесена к ПМСП, потому что не имеет дело с отдельным человеком и семьей.

4. О скорой помощи.

Данная служба имеет дело с отдельными пациентами, но эпизодически и только по поводу болезни (травмы). Из физиологических проблем скорая помощь сталкивается с беременными женщинами. Таким образом, скорая помощь, несмотря на свою важность, не может быть отнесена к ПМСП, потому что не является непрерывной и всеобъемлющей, решает только часть проблем здоровья человека, причем проживающего в городах.

5. Предшествующий опыт.

Быстрый темп перестройки существующего амбулаторно-поликлинического звена в 1998-1999 гг. имел свои преимущества, поскольку было вовлечено большое количество медицинских работников и там, где реорганизация была проведена грамотно, новая модель ПМСП приобрела сторонников. Однако в большинстве регионов создание семейных врачебных амбулаторий (СВА) прошло непродуманно. Основные проблемы – это неподготовленность помещений для СВА, необеспеченность оборудованием, транспортом, мебелью, расходными материалами, необученные кадры. Например, старшим врачам предлагали самим искать помещения, без финансовой поддержки производить ремонт, находить оборудование, мебель, инструменты, расходные материалы. В некоторых областях руководители управлений здравоохранения требовали от врачей с первого дня открытия СВА вести так называемый смешанный прием. Педиатр без подготовки должен был принимать взрослых, а терапевт детей. Ни в одном документе по реформированию ПМСП не говорилось о подобном. Вина центра в том, что был задан слишком быстрый темп реформ. Отсюда произошли многие издержки, которые породили недовольство, как населения, так и самих медицинских работников. Появился термин «сванизация», отражающий отрицательное общественное мнение по поводу таких скоропалительных реформ.

Другой серьезной проблемой развития ПМСП, института семейного врача в стране стало отсутствие преемственности политики центра. Это частые смены руководства отрасли и диаметрально противоположные указания. Например, о необходимости закрыть СВА, восстановить поликлиники в городах. Модель семейной врачебной практики была объявлена пригодной только для села. Единую интегрированную и непрерывную первичную помощь стали вновь делить на помощь детям, женщинам, отдельным категориям больных и пр. Яркий пример отката в прошлое – город Кокшетау. Там в течение ряда лет работали СВА, врачи вели и детей, и взрослых. В один день вновь произошла реорганизация в виде отдельных поликлиник для взрослых и детей. Врачи опять стали терапевтами и педиатрами. Население было разочаровано. Безусловно, жизнь и организация оказания медицинских услуг в ауле и городе в чем-то различаются, но ПМСП, осуществляющая первый контакт с населением, оказывающая помощь вне зависимости от возраста, пола, дохода, на протяжении всей жизни человека, затратоэффективная, не должна различаться существенно из-за места жительства. Принципы первичного звена здравоохранения едины для всего мира. Поспешность реформ на местах и отсутствие стабильной политики в центре являются основными негативными факторами развития первичного здравоохранения.

6. Препятствия на пути развития ПМСП.

Важным препятствием для развития ПМСП являются устаревшие требования СЭС, которые не соответствуют современным представлениям об инфекционном контроле. Например, еще 30 лет назад было показано, что кварцевание операционных и процедурных комнат не

влияет на уровень инфекционных заражений раневых поверхностей и пр. Также установлено, что ношение масок во время эпидемии гриппа не предотвращает распространения инфекции. Более того, если человек получил небольшую дозу вируса, то под маской создается благоприятная влажная среда для размножения вируса, и он быстрее и чаще заболевает гриппом, чем тот, кто маску не носит. Наиболее эффективный метод предупреждения заражения вирусом гриппа является, как ни странно, частое мытье рук горячей водой с мылом. Особенно это важно для медицинских работников, которые после каждого больного должны мыть руки. Во всех СВА в каждой комнате должен быть раковина с прокипяченной водой или, если есть водопровод, раковина и кран с водой. Также не соответствует международным критериям указание в 555 Приказе по туберкулезу о необходимости иметь отдельную комнату по забору мокроты и для приема таблеток (комната химизатора). Мокроту нужно отхаркивать на улице. Таблетки амбулаторным больным (которые никогда не выпишутся и стационара, если они заразные, т.е. бацилловыделители) можно выдавать в любой комнате СВА. На западе давно семейные врачи не носят медицинские халаты. Халат препятствует установлению доверительных отношений с больным, является лишней и иногда непреодолимой преградой. В семейных практиках в Великобритании только процедурные медсестры носят халаты. Врачи и другие работники ходят в обычной деловой одежде.

Большая проблема – метод оплаты услуг ПМСП и амбулаторной специализированной помощи. Новые формы финансирования призваны способствовать повышению качества медицинской помощи. На первом этапе, когда на СВА отдаются деньги в расчете на одного прикрепленного жителя, врачи ПМСП учатся самостоятельно принимать решения о том, куда, когда и сколько денег тратить. Им, которые целиком и полностью зависят от прикрепленных жителей, лучше знать, чем кому-бы то ни было, что нужно им и их СВА для улучшения качества услуг населению. Им виднее, надо ли в первую очередь повысить зарплату сотрудникам, купить компьютер, шторы, оплатить бензин и учебу врача. Для того, чтобы подушевое финансирование заработало как мощный фактор повышения качества ПМСП, необходимо дать СВА так называемую внутреннюю свободу. Давать деньги бесстатейно. Не контролировать процесс, а только оценивать конечный результат. Никто не должен утверждать СВА штатное расписание, смету расходов и контролировать постатейно. Иначе никакого повышения качества не будет, не будет и развития новой специальности – семейный врач. В бизнесе принято оценивать результат и не вмешиваться в процесс. Это один из основополагающих принципов управления (менеджмента). Обучение персонала СВА медицинскому аудиту, внедрение новых форм аттестации кадров будут служить эффективным инструментом внутреннего контроля и механизмом непрерывного повышения качества медицинской помощи.

Один из самых главных критериев деятельности СВА есть удовлетворенность пациентов. На такие показатели, как смертность общая, материнская и младенческая, ни СВА, ни вся система здравоохранения не могут оказать существенного влияния. Конечные результаты оценивать раз в год. Индикаторы, по которым оценивается работа, должны быть ПМСП-зависимыми (4). Например, случаи запущенных заболеваний (туберкулез, онкология и все др.), соотношение родов к абортам (что отражает охват контрацепцией и качество работы с женщинами фертильного возраста), количество госпитализаций и число вызовов скорой помощи диспансерных больных («хроники» не должны часто поступать в стационар или вызывать скорую помощь при правильном обучении и лечении). Можно разработать критерии по конкретным заболеваниям. Например, сколько у больных сахарным диабетом гангренов (ампутаций конечностей), слепоты, инфарктов и инсультов. У гипертоников - количество инфарктов, инсультов, летальных исходов. Надо отходить от старых приемов оценки диспансеризации и оценивать опять же не процесс, а конечный результат (инфаркты, инсульты, гангрена). Положительные результаты можно получить только при

использовании принципов доказательной медицины в диагностике, лечении, профилактике заболеваний и обучении больных. Здесь предстоит серьезная работа по изменению диспансерных групп, сроков наблюдения, наборов диагностических тестов, лечебно-профилактических мероприятий.

Существенное влияние на повышение мотивации оказывают методы оценки конечного результата. В Великобритании врачи имеют управленческую и финансовую самостоятельность, система наказания заменена системой поощрения. Оказалось, что давая награду лучшим, каким-то образом отмечая их успех, вы очень сильно стимулируете работу остальных без всякого понукания или угроз. Отмечая лучших, вы стимулируете худших изучать опыт лучших и огромное желание стать лучшим. В Великобритании за хорошие показатели по вакцинации, охвату женщин после 40 лет гинекологическим осмотром и мазками из цервикального канала на опухолевые клетки дают в конце года премию.

7. Будущее ПМСП.

Барбара Старфилд, профессор Университета Джона Хопкинса США, известный в мире специалист ПМСП, в своих работах доказывает, что «ориентация системы здравоохранения какой либо страны на первичную медико-санитарную помощь позволяет добиться более низкой себестоимости лечения, большей удовлетворенности населения медицинским обслуживанием, более высоких показателей эффективности медицинской помощи и более низкого объема потребления лекарственных средств» (5, 6).

Озабоченность по поводу фрагментированной, затратной и недостаточно эффективной медицинской помощью в США заставила объединиться все семь ведущих национальных организаций семейной медицины и ПМСП для изучения будущего данной специальности и всей системы здравоохранения США (7). В документе приведены простые правила для системы здравоохранения в 21 веке (таблица 2).

Таблица 2. Простые правила системы здравоохранения 21 века.

Современный подход	Новые правила
Помощь основана на посещениях	Помощь основана на непрерывных взаимоотношениях по выздоровлению
Профессиональная автономность порождает разную помощь	Помощь приводится в соответствие потребностям и ценностям больного
Профессионалы контролируют помощь	Больной – источник контроля помощи
Информация записывается для персонала	Знаниями делятся, и информация свободно передается (течет)
Принятие решений базируется на обучении и опыте	Принятие решений исключительно основано на доказательствах
Принцип «Не навреди!» относится к индивидуальной ответственности	Безопасность – есть свойство системы здравоохранения
Необходима секретность	Необходима прозрачность
Система реагирует на потребности	Потребности прогнозируются (предвосхищаются)
Подразумевается снижение стоимости (экономия)	Непрерывно снижаются бесполезные затраты
Предпочтение отдается роли профессионалов, нежели системы	Сотрудничество между клиницистами является приоритетом

8. Заключение.

Несмотря на указанные проблемы, в Казахстане наметились положительные тенденции развития ПМСП. Прямые текущие трансферты для обучения врачей и медсестер ПМСП, для оборудования, лекарственного обеспечения, ремонта и транспорта для ПМСП играют положительную роль. Вместе с тем, крупным недостатком таких инвестиций является централизованная закупка услуг, оборудования или лекарств. Здесь идет нерациональное использование ресурсов и отсутствует самостоятельность как организаций ПМСП, так и отдельных работников. Трансферты должны превратиться в дополнительный подушевой норматив на оборудование, ремонт, строительство, лекарства. При этом организация ПМСП сама должна решать, что конкретно покупать. Деньги на обучение должны поступать на счета врачей и средних медработников, которые сами должны выбирать, когда, где и у кого учиться. Последнее будет способствовать развитию конкуренции в медицинском образовании. Такое перераспределение ресурсов повысит ответственность организаций ПМСП и ее работников, что, в свою очередь, повысит устойчивость самой системы, существенно сузит поле для коррупции и повысит затратоэффективность.

Список литературы.

1. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine (Улучшение системы здравоохранения. Вклад семейной медицины). A Guidebook of the Wonca and WHO, 2002 (www.globalfamilydoctor.com).
2. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA, eds. Committee on the Future of Primary Care Services. Institute of Medicine. Primary Care. America's Health in a New Era. Washington, DC: National Academy Press; 1996.
3. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 2001. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.
4. Шерил Кашин, Ольга Зюсь, Надежда Хе, Аскар Нурбаев «Система мониторинга для сектора первичной медико-санитарной помощи города Караганды». Алматы, 2001, Проект АМР США ЗдравПлюс
5. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York, NY: Oxford University Press; 1992.
6. Starfield B. Primary care: is it essential? Lancet 1994; 344:1129-1133.
7. The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. Annals of Family Medicine, Vol. 2, Suppl. 1, March/ April 2004