

ПРОФИЛАКТИКА КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

© 2010 С.Л. Гусева

Городская поликлиника №6 г. о. Самара

Поступила в редакцию 28.09.2010

В работе проанализированы возможности превентивной медицины на уровне первичного звена здравоохранения и способы ее реформирования. Представлены новые подходы к стандартизации ключевых процессов профилактической медицины, показаны пути решения организационных вопросов на локальном уровне. На примере муниципальной поликлиники приведен многолетний анализ работы профилактического отделения, в том числе в рамках национального проекта «Здоровье».

Ключевые слова: *профилактическая медицина, структурная и экономическая эффективность, доступность медицинской помощи, программы формирования здорового образа жизни*

60-е годы прошлого века характеризуют начало общего кризиса в здравоохранении всех стран мира. В развитых странах здоровье стало рассматриваться как специфический ограничитель экономического роста. Одним из основных условий роста экономики стало дожитие подавляющего большинства населения до пенсионного возраста. Другим направлением явилось изыскание способов отодвигания начала хронических болезней на более поздний возраст и замедление их течения путем настойчивой профилактики фатальных осложнений. Методами решения поставленных задач стали превентивная медицина и рациональный образ жизни. В настоящее время в российском здравоохранении приоритетность профилактического направления на уровне первичной медицинской помощи, к сожалению, носит преимущественно декларативный характер. Действующий принцип оплаты по неограниченно возрастающему объему услуг не ведет к рационализации расходов на здравоохранение и не ориентирует ни население, ни медицинских работников на более экономичное профилактическое направление. Стоимость профилактического посещения существенно (более чем в 2 раза по действующим тарифам) ниже лечебно-диагностического у специалистов любого профиля, хотя временные затраты на формирование приверженности пациентов к здоровому образу жизни в большинстве превышают таковые при стандартном приеме.

Анализ структуры амбулаторного приема в Городской поликлинике №6 (ГП 6) г.о. Самара выявил значительное превышение

посещений неработающей части граждан по сравнению с работающей: основную долю занимают посещения неработающей части граждан: по данным ГП 6 за 2009 г. (2002 г. – 54%) – более 65% (в том числе нетрудоспособного населения – 52%). Неблагоприятная структура посещений с точки зрения доступности медпомощи для трудоспособного населения объясняется как катастрофическим «постарением» населения, так и функциональными издержками работы специалистов (социальная направленность, приоритет в работе с «незащищенными» группами населения, необоснованные повторные посещения в рамках дополнительного лекарственного обеспечения и т.д.). В условиях крайне недостаточного финансирования отрасли, с точки зрения анализа «затраты – эффективность», именно профилактическое направление в амбулаторно-поликлинической помощи становится наиболее перспективным и, возможно, единственным направлением работы первичного звена, позволяющего обеспечить доступность и качество медицинских услуг для работающих граждан. В 2000 г. в ГП 6 был открыт кабинет профилактики. С 2004 г. кабинет был преобразован в отделение профилактики, укомплектованное 2 врачами, 2 медсестрами и 1 традиционным инструктором по санпросветработе. Схема организации профилактической работы в нашем учреждении представлена на рис. 1.

Начало реализации ПНП в 2006 г. явилось пусковым механизмом для расширения штатов отделения профилактики, укомплектования отделения всеми необходимыми специалистами узкого профиля. Современная структура и функции отделения профилактики ГП 6 представлены на рис. 2.



Рис. 1. Схема организации профилактической работы в ГП 6



Рис. 2. Структура и функции отделения профилактики ГП 6

В функции работников кабинетов диспансеризации входит проведение совместно с общеврачебными практиками всех видов дополнительной диспансеризации (ДД), мониторинг, учет и отчетность по ДД, контроль полноты и качества ДД (итоговые сведения влияют

на размеры денежной премии в рамках Совета по качеству поликлиники). Функции кабинета медико-санитарного просвещения и обучения предусматривают работу в рамках первичной и вторичной профилактики: консультативный прием пациентов, скрининговые обследования,

анкетирование, организацию лекций, «круглых столов» и тематических конференций с пациентами, проведение «школ здоровья», школ для пациентов с факторами риска и хроническими заболеваниями. Важную роль в структуре отделения профилактики занимает доверенный врач, отличительными особенностями работы которого в нашем учреждении является его широкое взаимодействие с профсоюзным комитетом и комитетом по охране труда.

Неуклонная отрицательная динамика смертности мужчин трудоспособного возраста (% мужской смертности за последние 5 лет по нашему учреждению вырос с 67 до 80%) выявила необходимость создания на базе отделения профилактики консультации «Мужское здоровье», где на бесплатной основе мужчины в возрасте с 18 до 60 лет проходят комплекс лабораторно-диагностического обследования и осмотр врачей-специалистов по 1-3-дневной базовой схеме.



Рис. 3. Динамика количества пациентов, обученных в «школах здоровья ГП 6

Основные задачи работы кабинета медико-санитарного просвещения и обучения – реализация программ формирования здорового образа жизни и активной мотивации у населения заботы о собственном здоровье и здоровье окружающих. Общее количество пациентов, принятых в «школах здоровья» с 2001 по 2009 г., составляет 18028 (из 45 тысяч прикрепленного территориального населения). Динамика количества пациентов, обученных в «школах здоровья» поликлиники за 8 лет, представлена на рис. 3. С 2001 по 2009 гг. число школ возросло с 4 до 14. В связи со значительным ростом патологии щитовидной железы и вирусными поражениями печени только в 2008 г. были открыты 3 новые школы: «Тиреошкола», «Школа для больных с вирусными гепатитами», «Школа для больных с заболеваниями позвоночника». В 2009 г. начал действовать «Кабинет отказа от курения». Приоритет в работе школ отдается практическим навыкам. Сотрудниками кабинета готовятся многочисленные информационные материалы, в том числе и для индивидуального пользования пациентов.

Наиболее объемной и трудоемкой, начиная с 2006 г., является работа кабинета диспансеризации. Для системной работы всех подразделений, в нашей поликлинике был разработан Маршрут пациента по ДД (рис. 5). Потoki работающего населения формируются врачами общей практики (ВОП), врачами-специалистами с приема, регистратурой при обращении, самообращениями, руководством предприятия по заключенным договорам. По сути, это обслуживание пациентов «в одно окно», являющейся наиболее приемлемой для работающих граждан.

При проведении диспансерных осмотров в нашем учреждении используется несколько организационных схем:

1. Использование выездных бригад.
2. Однодневная схема – однократное посещение работающими гражданами, включающее лабораторно-инструментальные исследования и осмотр врачами-специалистами. Прием свободный или по приглашениям по утвержденному графику.
3. Прерывистая схема – 2-х или 3-х кратное посещение поликлиники.



Рис. 4. Структура проученных в «школах здоровья» и школах для больных с хроническими заболеваниями ГП 6, 2001-2009 гг.



Рис. 5. Маршрут пациента ГП 6 по дополнительной диспансеризации

Анализ результатов проведенной диспансеризации (2006-2009 гг.) показал существенное преобладание 3 группы здоровья во всех категориях обследуемых, что связано как с возрастным составом (преимущественно 45-55 лет), так и низкой культурой здорового образа жизни населения. Среди осмотренных работники бюджетной сферы имели наименьшее значение по 1 группе здоровья - 5% и по 2 группе - 7%, что обусловлено и возрастными характеристиками этой группы, так и менее строгими требованиями к состоянию здоровья при приеме на работу. Наибольшее количество практически здоровых - 1 группа (15%) и группы риска (13%) у работников с профвредностью, что обусловлено как своевременным проведением предварительных и периодических медицинских осмотров с последующим лечением, более молодым возрастом, системой

оздоровительных мероприятий и сравнительно высокой заработной платой работников на осматриваемых предприятиях.

Лидирующее место у работников бюджетной сферы занимают заболевания органов кровообращения - 26%, на 2-м месте - заболевания мочеполовой системы - 22%, далее - 13% доброкачественные новообразования. На первом месте у работающих с вредными производственными факторами находятся заболевания органов кровообращения - 24%, на 2 - болезни мочеполовой системы (16%), на 3 - болезни эндокринной системы - 10% (у остальных работающих - на 3 месте заболевания КМС). Большой процент выявленных эндокринных заболеваний и заболеваний МПС по всем контингентам связан с тем, что многие пациенты впервые были осмотрены эндокринологом и урологом, прошли

соответствующие диагностические исследования. В целом можно сказать о более высокой заболеваемости у работников бюджетной сферы и «вредников» по сравнению с остальным контингентом работающих. Анализ распространенности отдельных заболеваний показал, что у работников бюджетной сферы она в несколько раз выше по всем наиболее значимым нозологиям (рис. 6).

Таким образом, выявляемость заболеваний в процессе проведения ДД достаточно высока. Недостаточной является работа по разработке и осуществлению программ (организационно и технически) по снижению выявленных медицинских факторов риска, в том числе и канцерогенных рисков (рис. 7).

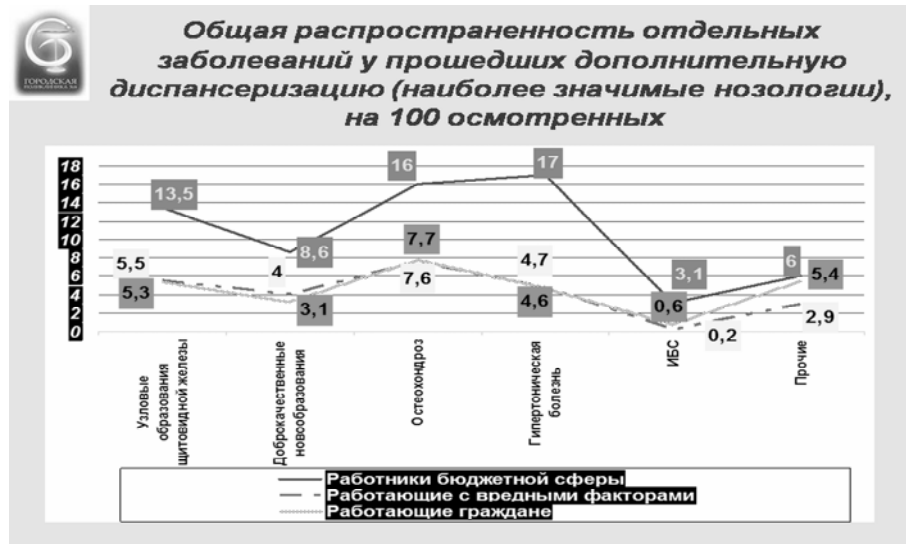


Рис. 6. Распространенность отдельных заболеваний у прошедших дополнительную диспансеризацию в ГП 6 (2006-2009 гг.)



Рис. 7. Структура выявленных факторов риска у прошедших дополнительную диспансеризацию в ГП 6 (2006-2009 гг.)

Новым направлением деятельности отделения профилактики является работа в консультации «Мужское здоровье». Начальными результатами ее работы является крайне неутешительная медицинская статистика: 62% обследованных мужчин имеют 2 и более факторов риска, впервые выявлен сахарный диабет у 5,2% пациентов, заболевания сердечно-

сосудистой системы у – 17,9%. На лечение и наблюдение к урологу направлено 10,5% мужчин. К сожалению, существенной проблемой в реализации данной программы является стойкое уклонение мужчин от диагностики и последующих лечебных мероприятий («маршрутом» пользуются от 3 до 5% активно приглашаемых пациентов), что, по-нашему мнению,

связано с занятостью на работе, ментальным страхом перед врачом («угроза» постановки диагноза), низкой социальной культурой. Особую озабоченность вызывает невозможность пропаганды здорового образа жизни среди маргинальных групп населения.

Реализация Национального проекта «Здоровье» безусловно, послужила основой для интенсивного роста профилактической направленности в первичном звене здравоохранения. Как показывает практика, современные тенденции развития профилактической медицины могут быть достаточно полно реализованы на уровне первичного звена здравоохранения без значительных финансовых затрат. В рамках существующего бюджетного финансирования только организационные мероприятия могут существенно изменить структуру оказываемой амбулаторно-поликлинической помощи в направлении профилактического приоритета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вялков, А.И. Оценка эффективности деятельности учреждений здравоохранения // Главный врач. 2005. №3. С. 25-33.
2. Здоровье для всех: основы политики Европейского региона ВОЗ. Обновление 2005 г. факты и цифры ЕРБ ВОЗ–Копенгаген-Бухарест, 2005. 5 с.
3. Кучеренко, В.З. Основные направления реформирования российского здравоохранения на современном этапе / В.З. Кучеренко, М.А. Татарников, Н.Г. Шамшурина // Экономика здравоохранения. – 2005. №8(96). С. 11-19.
4. Первичная медико-санитарная помощь: основа для будущих стратегических направлений деятельности // ВОЗ. Женева, 2003. 44 с.
5. Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы. СИНДИ, - Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2003. 165 с.
6. Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни. Основы Европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения. – ЕРБ ВОЗ. 2005. 14 с.
7. Чертухина, О.Б. Практический опыт реформ муниципального здравоохранения на примере г. Самары – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 118 с.

PROPHYLAXIS AS THE BASIS OF DEVELOPMENT THE PRIMARY HEALTH CARE

© 2010 S.L. Guseva

City Polyclinic №6, Samara

In work opportunities of preventive medicine at a level of a primary part of public health services and ways of its reforming are analysed. New approaches to standardization of main processes of preventive medicine are presented, ways of the decision of organizational questions at a local level are shown. On an example of a municipal polyclinic the long-term analysis of preventive unit work, including the national project "Health" is brought.

Key words: *preventive medicine, structural and economic efficiency, availability of medical care, programs of formation the healthy way of life*