

УДК: 614: 616-082

ПРОПОЗИЦІЯ ПРО СТВОРЕННЯ МЕДИЧНИХ БУДИНКІВ ЯК МЕТОДУ ПЕРЕТВОРЕННЯ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**Гіріна О.Н., Бандурко М.В., Снігир Н.В.***Національний медичний університет імені академіка А.А. Прочанина, кафедра сімейної медицини і поліклінічної підготовки з курсом воєнно-польової терапії, м. Київ***Ключові слова:** медичні будинки, сімейна медицина, „російська партія”

Вступ. Що таке медичний будинок і яка його роль у реформуванні надання медичної допомоги на амбулаторному етапі, хто повинний працювати в цій медичній установі і скільки для цього необхідно виділяти засобів, які їхні джерела?

Навіщо створювати нове, якщо можна реструктуризувати старе? На ці питання ми спробуємо відповісти, починаючи, наприклад, з попереднього тесту.

| Попередній тест | Вірно | Невірно |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Організація медичних будинків (центрів сімейної медицини) дозволить заощадити засоби госпітального фонду? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Введення інституту сімейної медицини дозволить зменшити середню кількість відвідувань у рік на одного прикріпленого? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Усі медичні будинки повинні бути структурними підрозділами поліклінік? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

У країнах з перехідною економікою рано чи пізно виникає питання про перетворення, що торкається всі сфери громадського життя.[1] Охорона здоров'я, є одним з його самих головних розділів: первинна медико-санітарна допомога, не виключення. Пропонована нами модель виявляє собою синтез накопиченого досвіду нашими колегами за рубежом і власним досвідом роботи в

цій області.

Матеріали та методи. Новим і, мабуть, єдиним методом у сформованих умовах є введення інституту сімейної медицини в практичну охорону здоров'я. Новим, тому що до сьогодняшнього дня сімейний лікар в Україні не може розпоряджатися засобами, тобто бути горезвісним "фондодежрателем", а єдиним, тому що іншого методу на

сьогоднішній день просто ніхто не зміг придумати. Тут необхідно згадати про давню традицію земської медицини, що існувала в нашій країні в дореволюційні часи і тих докторів, майстрів на всі руки, що працювали в земських лікарнях і амбулаторіях. Пам'ятаючи про це, а, також розумно використовуючи досягнення наших заокеанських колег можна нарешті зрушитись з місця в потрібному напрямку.

Результати дослідження та їх обговорення. Для того щоб уявити собі проблему трохи ширше, звернемося до досвіду наших найближчих сусідів – росіян. Самим показовим буде, мабуть, приклад Санкт-Петербурга, як відзначають самі російські колеги. Хоча не можна забувати досвід організації клінік сімейної медицини в Москві, Хабаровську й інших містах. Саме в Санкт-Петербурзі реформа первинної медико-санітарної допомоги досить успішно пішла вниз, тобто з використанням адміністративної вертикалі, шляхом перетворення поліклінік у центри, як вони називаються в Росії, офіси сімейної медицини. Одною з провідних установ, є центр сімейної медицини Санкт-петербургської МАПО під егідою кафедри сімейної медицини. (завідує кафедрою професор Кузнецова О.Ю.) Досвід роботи цього центра складає 5 років, і як буде показано нижче, роботи досить успішної. Крім того, існує близько 25 подібних центрів (населення Спб близько 5 млн. чоловік), три з яких можна виділити для приклада функціонуючих моделей. Насамперед – це відділення сімейної медицини при поліклініці №54 Калінінського району під керівництвом Юбриної І.В., з чудово організованим разом з Санкт-Петербурзькою державною медичною академією ім. І.І. Мечнікова учбово-практичним центром сімейної медицини, на базі якого знаходиться курс сімейної медицини під керівництвом Доценко М.С., центр сімейної медицини (ЦСМ) у селищі Понтонний, недалеко від Санкт-Петербурга, ЦСМ страхової компанії "Медэкспресс", що працює за програмою добровільного медичного страхування та інші подібні центри.

Як бачите, представлені і державні і приватні медичні установи, з чіткими пріоритетами контролю якості роботи (усі зазначені ЦСМ щільно співробітничать з кафедрами перед- і післядипломного навчання, будучи навчальними центрами сімейної медицини). Різні форми власності не є перешкодою для взаємного співробітництва, хоча і мають деякі особливості організації. Звідси можна зробити перший висновок: сімейна медицина – це пріоритет не тільки державної охорони здоров'я. Незважаючи на виражений адміністративний тип організації роботи, сімейний лікар може бути лікарем приватно практикуючим, не втрачаючи при цьому зв'язків із системою постійного, триваючого в часі, післядипломного навчання. Кваліфікація сімейного лікаря, у якій би структурі він не працював, залишається стабільно високою, що обумовлює успішну роботу ЦСМ поза залежністю від їхніх форм власності.

Тепер коротка характеристика центрів. ЦСМ МАПО, створений 5 років тому, функціонує, як самостійна юридична особа. Бере на себе медичне обслуговування 4,5 тис. чоловік. У штаті працюють 4 лікарі загальної практики, 8 сімейних медсестер (підготовка середнього медперсоналу проводиться на базі Медичного коледжу Спб №2), старша медсестра (менеджер), медрегистратор, санітарка. Фінансується центр за рахунок фонду обов'язкового медичного страхування (ОМС), добровільного медичного страхування (ДМС) і надання платних медичних послуг (госпрозрахунок). Створення центра стало можливим завдяки кропіткій роботі співробітників кафедри сімейної медицини МАПО, результатом якої було одержання гранта на суму порядку одного мільйона американських доларів від університету штату Айова, США. На одного лікаря приходить близько 1000 - 1200 чоловік. На одного прикріпленого приходить 2,8 відвідувань у рік (5 для поліклініки цього ж району). Економія госпітального фонду склала 2% у 1999 році і 15% у 2000 році. Є денний стаціонар на 4 ліжка. Робітник день з 9 до 20, зарплата лікаря порядку 100-150 американських доларів.

Відділення загальної практики Медичної Академії ім. І.І. Мечнікова функціонує на базі колишньої поліклініки №40 на Пискаревському проспекті. Створений з використанням засобів, отриманих у виді гранта фонду Сороса. Є структурним підрозділом поліклініки №54. Обладнано навчальний центр (комп'ютерний клас, аудиторія, фантомний клас). Сума гранта близько 30 тис. американських доларів.

Поліклініка в селищі Понтонний, має прикріпленого населення, включаючи дітей,

11 000 чоловік. Створення центра фінансувалося частково за рахунок гранта фонду Сороса, частково за рахунок держадміністрації. Поліклініка майже цілком перейшла на сімейну медицину (не вистачає сімейних лікарів).

ЦСМ страхової компанії "Медэкспресс". Являє собою автономну некомерційну організацію, що працює по програмі ДМС. Страховою компанією щомісяця перелічується визначена сума за 700 застрахованих. На одного лікаря приходить близько 70 чоловік. Робочий день не нормований. Зарплата лікаря близько 500 американських доларів. Усі лікарі мають власний автотранспорт, витрати на який, а також і мобільний телефон, оплачують самостійно.

Напрошуються цікаві історичні паралелі: у дореволюційні часи засновниками земських лікарень, гроші на пристрій яких жертвувалися, до речі, далеко не державними структурами, але приватними особами, були земства – органи місцевого самоврядування, тобто по суті своєї громадські організації. В даний час (у Росії) засновниками ЦСМ є кафедри сімейної медицини і поліклініки (професійні громадські організації по своїй природі) чи страхові компанії (трансформовані меценати минулого). При цьому лікарі в основному працюють за трудовою згодою,

не будучи самостійно практикуючими лікарями, що проходять ліцензування (це відноситься і до лікарів "Медекспреса"). У західній же медицині сімейний лікар самостійний, як у юридичному, так і у фінансовому відношенні. Але суті справи це не змінює, тому що ефективно працювати можна тільки спільно, не дроблячи на численні кабінети лікарів-однаків. Цю тенденцію, що мала місце на початку формування сімейної медицини в Західній Європі, зараз переминяє інша. Про це говорять недавні страйки лікарів первинної ланки в Бельгії і Франції. Прогресивно набудована медична громадськість створила повноцінну програму-маніфест, через яку червоною ниткою проходить об'єднання незалежно практикуючих лікарів у невеликі автономно працюючі медичні структури, підтримувані муніципалітетами (низькі тарифи оренди приміщень, оплати за електрику, можливість брати кредити на придбання устаткування, інформаційне забезпечення, забезпечення соціальної захищеності лікарів загальної практики). Дивитися, як цікаво. Ми, з нашим рівнем надання медичної допомоги прийшли до того ж, що й у високо розвитих в економічних відносинах країнах – створення працездатної системи через професійні громадські організації. Це успіх? Безсумнівно. Нехай поки не скрізь і із сильною адміністративною вертикаллю, але це працює, що і доводиться на прикладі Санкт-Петербурга.

Звідси другий висновок: організація надання первинної медичної допомоги населенню через створення професійних об'єднань лікарів загальної практики є логічним і що дуже важливо, традиційним методом, з дотриманням наступності поколінь.

Однак, при всій райдужності перспективи є велика ложка дьогтю в цій бочці з медом. У російському варіанті сімейний лікар пасивний стосовно структури, у якій він працює. На ньому лежить основне навантаження і зростає

відповідальність, а заробітна плата залишається невеликою (у Санкт-Петербурзі всі сімейні лікарі одержують 150% надбавку до заробітної плати, однак загальна сума залишається невисокою). У поліклініках, що перейшли на сімейну медицину, структура керування залишилась старою, керувати продовжують лікарі не практикуючі. По свідченнях колег, у більшості випадків відбувається просто зміна вивіски. Придбані прилади видаються лікарям "за вимогою", відсутній вільний вибір пацієнтом свого лікаря, обмежується приступність сімейного лікаря у вихідні дні. Практично відсутня інформатика. Немає відповідного програмного забезпечення, лікарі погано вміють звертатися з комп'ютером, інформатизоване медичне досьє (комп'ютерна амбулаторна карта) існує тільки в представленні невеликої кількості лікарів. Невиправдано велика роль віддається медичним сестрам. Уводиться навіть відповідний "лист сестриних призначень" в амбулаторній карті, скарги також записуються в карту медичною сестрою, часто можна побачити медичну сестру на прийомі. Однак, незважаючи на ці, на наш погляд, недоліки вони обертаються перевагами в роботі. Наприклад, на придбання комп'ютерів не витрачаються зайві засоби, а медсестра розвантажує лікаря від потоку "непрофільних" пацієнтів. Лікарська таємниця при цьому страждає, але робота – ні. Що ж, це можна віднести до "національних особливостей", але в цілому перераховані вище моделі цілком працездатні.

Отже, уже можна підвести деякі підсумки. Виходячи з вище викладеного, вимальовується чітка модель організації надання первинної медико-санітарної допомоги, яку можна назвати "російською партією", по шаховій термінології. У нижче приведеній схемі присутні кілька основних компонентів. Структура їх не міняється, можуть мінятися тільки їхні назви в залежності від типу керування і форм власності:

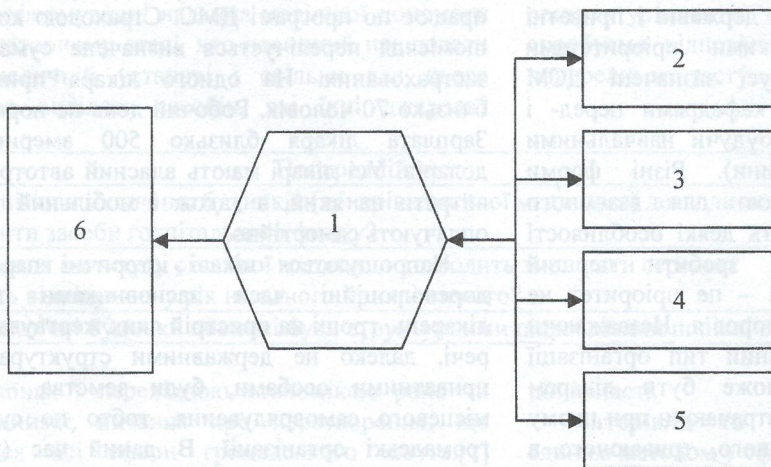


Рис. 1. Схема "Російська партія"

Примітка. 1 - структура, що засновує центр сімейної медицини (поліклініка, кафедра, професійна асоціація); 2 - державне фінансування (фонд обов'язкового медичного страхування); 3 - недержавне фінансування (добровільне медичне страхування); 4-госпрозрахункове фінансування; 5 - інші фінансові джерела; 6 - центри сімейної медицини.

У чому переваги "російської партії"? Насамперед, у чіткості визначення фінансових потоків, що забезпечують її роботу. Фондодержателем є структура, що безпосередньо відноситься до сімейної медицини, що засновує її основні механізми. Вона бере на себе організаційну функцію, займаючись насамперед кадровою підготовкою, наданням сімейним лікарям пацієнтури, устаткування, приміщень для роботи. От у чому переваги того об'єднання, про яке говорилося вище, згадуючи Західну Європу. Є і ще один плюс. Схему можна змінювати, наповнюючи іншим змістом без втрати її практичного значення, стосовно до наших, українських реалій, про що буде сказано нижче.

Але є і недоліки. У переважній більшості випадків структурою №1 за нашою схемою є установа первинної допомоги, але не сам ЦСМ чи асоціація лікарів. Тобто поліклініка, головний лікар якої далеко не завжди розділяє ідеологію побудови сімейної медицини. На практиці виходить, що зкономлені ЦСМ засоби госпітального фонду назад у ЦСМ не повертаються. Звинувачують у цьому і фонд ОМС, що може розподілити ці засоби за своїм розсудом, а сімейні лікарі, не маючи своєї самостійності, не можуть змінити положення речей. Відсутність матеріального стимулу дискредитує ефективну роботу ЦСМ, кадри ідуть і все повертається на кола своя.

Звідси третій висновок: на етапі первинної допомоги необхідно зменшити вплив адміністративної вертикалі [3] щоб уникнути втрати чи розпилена матеріальних ресурсів шляхом прийняття вольових адміністративних рішень.

Помітьте, горизонтальні зв'язки в нашій схемі пріоритетні. А тепер уявіть собі, що це усього лише компонент, причому основний, адміністративної піраміди. Тільки зв'язки спускаються вниз не на осередки №№ 2-5, а тільки на №1. Тобто зверху контроль здійснюється не над фінансовими потоками, а над структурами, що організують роботу на етапі первинної допомоги. Контроль же за фінансами залишається на місцевому рівні.

Чи варто цілком відмовитися від твердої ієрархії чи тільки частково, питання складне. Без твердого керівництва за умови відсутності самостійності і яких-небудь прав, а найчастіше й ініціативи в практикуючих лікарів, провести реформування гарно не вдасться. Осьде і варто врахувати досвід наших західних колег, "індивідуалізм" яких пішов значно далі нашого.

Яким же чином можна розіграти "російську партію" в Україні? Пропонуємо наступну комбінацію.

Ключовою ланкою є створення медичного будинку, як способу організації роботи лікарів "першої лінії" (осередок № 6 у нашій схемі). Його

можна назвати амбулаторією чи центром сімейної медицини, суть від цього не зміниться. Важливо інше. Медичний будинок повинний бути самостійною ланкою первинної медичної допомоги, її найменшим осередком, її цеглинкою, поєднуючи у своєму понятті місце роботи сімейного лікаря, медичний персонал і пацієнтів, що приходять у нього для одержання медичної допомоги. Засновником медичних будинків можуть бути: асоціації практикуючих лікарів, страхові компанії, муніципалітети, поліклініки й інші організації, що мають відношення до медицини. Види власності засновників у даному випадку значення не мають. Створювані медичні будинки повинні відповідати єдиним стандартам [2], мати відповідне оснащення.

Чому створенням медичних будинків буде займатися саме асоціація практикуючих лікарів? Насамперед, тому, що лікарі зможуть самостійно розпоряджатися засобами, виділеними на кожного прикріплену людину. Не буде адміністративної надбудови, що гальмує розвиток шляхом затримок виплат і перерозподілу засобів не по призначенню. Практикуючі лікарі вибирають (призначають) керівників у своєму середовищі на загальних зборах асоціації. Хочу відразу підкреслити, що медичні будинки - це не комерційні медичні фірми, але автономні некомерційні організації, весь прибуток яких йде у витрати. Тільки в цьому випадку сімейна медицина стане загальнодоступною, і не буде медичною допомогою для обраних, якийсь вона зараз є через свою дорожнечу. Крім того, асоціація сприяє в підготовці (перепідготовці) лікарів загальної практики, що працюють у медичних будинках асоціації. Якщо ж до складу правління асоціації входять співробітники кафедр перед- і післядипломного утворення, асоціація може створювати навчальні центри на базі медичних будинків, що дозволить проводити підготовку лікарів на амбулаторній, а не стаціонарній базі, як це робилося і робиться дотепер.

Це основне, як бачите, немає нічого неможливого в тім, щоб ця структура стала частиною практичної діяльності лікаря. Варіантів допускається маса. Сімейна медицина багатоліка, як саме життя, її не можна загнати у вузькі рамки наказів і формулярів. Головне - дати вільно працювати тим, хто цього хоче, окресливши основні рамки, все інше люди зроблять самі.

А де ж узяти гроші на все це, запитає обурений головний лікар чи просто розсудлива людина, адже в Україні немає обов'язкового медичного страхування, грошей з бюджету виділяється мало і т.п.

Насправді все не так складно. Бюджет, під час відсутності фонду обов'язкового медичного страхування, є його заступником. Збільшити розміри вкладень у первинну медичну допомогу можна за рахунок декількох джерел. Насамперед

необхідно усунути відомчу медицину [3], що забирає на себе великі бюджетні ресурси. Потім залучити засоби приватних страхових компаній, більшість з яких не мають власних лікувальних установ і змушені укладати договори з поліклініками на обслуговування своїх застрахованих. Однак, якщо поліклініка, як і стаціонар зацікавлені розтратити засоби страхової компанії, то медичний будинок, що одержує щомісяця (щокварталу, щорічно) визначену суму за прикріплених до нього пацієнтів прагне заощадити, що добре видно з даних по ЦСМ МАПО Санкт-Петербурга. От воно, фондодержання в дії! Далі, є засоби в міста й у районів. Муніципалітет повинний бути зацікавлений, тому що добре організована медична допомога на первинному етапі – це вибори на другий, а може бути і третій термін керування. Недарма в поліклініках Києва вивіски з назвою "відділення сімейної медицини" виростили, як гриби після дощу саме перед виборами.

Є ще джерела, може і не настільки ефективні. Ті самі меценати, про які вже згадувалося. Податкові пільги за пожертвування ніхто не скасовував, але ж розміри цих самих пільг податкова інспекція може і збільшити, при бажанні. Ну і зовсім крамольне. Громадські організації мають право засновувати не тільки медичні будинки, але і комерційні організації, що будуть займатися немедичною діяльністю, що приносить визначений дохід. Приміром, організацією підприємств суспільного харчування, здорового харчування, адже це вигідно. Чи ще чим-небудь, не зв'язаним з медициною. Осьде можна зацікавити дрібний і середній бізнес. Виходить те саме історичне "земство", самоврядування і фінансова незалежність.

Тут напрошується четвертий висновок: шляхів для рішення проблеми розвитку сімейної медицини багато, необхідно тільки відійти від декларацій, наказів і страйків із приводу низької зарплати і починати реформу знизу, із самого себе – кожного окремо взятого практикуючого лікаря.

Щоб не бути голослівними приведемо один приклад з нашої, української практики, програма реалізації якого близька до вище викладеної схеми. У 2001 році в м. Комсомольське, Полтавської області при особистій участі міського голови і завідувача кафедрою охорони здоров'я д.м.н., професора Лехан В.М. створена асоціація "Сімейна медицина", однієї з задач якої є створення амбулаторій сімейної медицини в тому числі і з приватними лікарями що практикують. Цікаво, що реформування в порядку експерименту почалося ще в 1997 році, а громадська організація створена в 2001. Усвідомлення необхідності існування такого об'єднання назріла після кропіткої роботи (докладніше про це можна довідатися на нашому сайті "Земський лікар", сторінка присвячена сімейній медицині

www.asklepion.kiev.ua). До речі в Санкт-Петербурзі 150% до заробітної плати нараховується саме з міського бюджету, лікарі називають їх "яковлевские" на честь мера міста.

Висновок п'ятий: сімейна медицина не повинна поділятися на державну і приватну. Штучне розмежування приведе до порушення загальнодоступності і наступності, підсиливши напруженість у відносинах між колегами.

І у висновку хотілося б запропонувати подоба алгоритму, як доповнення до нашої "росіянки", а вірніше буде, напевно, сказати, "слов'янської партії":

Необхідне створення асоціації (асоціацій) практикуючих лікарів у кожному місті, що має свій великий медичний освітній центр.

Засновувані медичні будинки повинні організовуватися по чіткому стандарті, з урахуванням фінансових можливостей асоціації.

Призвати міністерство охорони здоров'я делегувати повноваження у видачі ліцензій на медичну практику в регіони, що особливо актуально для віддалених куточків нашої країни.

Дозволити видавати ліцензію всім колегам, починаючи з моменту одержання диплома по закінченні медичного Вишу.

Створити при асоціаціях спеціальні комітети (комісії), що займалися б справами випускників, що побажали стати сімейними лікарями, даючи їм напрямки на роботу в медичні будинки.

Коментарі:

- до пункту 1 – асоціацію, наприклад, може створити лікарський колектив поліклініки (поліклінік), зі збереженням адміністративного типу керівництва, головне – не ламати стару систему, а спробувати її перетворити. У самих поліклініках можна організувати діагностичні центри, де будуть працювати тільки фахівці, залишиться функціонувати лабораторія. Тільки не треба називати це "поліклінікою сімейної медицини" з "бригадною" чи "груповою" відповідальністю лікарів за родину. Це безграмотно і не відповідає положенням сімейної медицини. Крім того, використовуючи досвід Санкт-Петербурга, створити на базі площ поліклінік, що звільнилися, центри амбулаторної хірургії безпосередньо для хірургів (колишні хірурги поліклінік) і навчання навичкам амбулаторної хірургії сімейних лікарів;

- до пунктів 3 і 4 – і неможливе – можливо, хочеться тут сказати, але постаратися треба. Навіщо молодим, не минуло інтернатуру, колегам ліцензії? У медичному будинку під час інтернатури він, молодий фахівець, працює стажистом. В ідеалі, він там ще до закінчення інституту з'являвся, його знають і хочуть бачити в колективі. Якщо в цьому медичному будинку виплачують заробітну плату, то ліцензія начебто б і не потрібна, але при одержанні засобів по системі "капітаци" (поголовне чи подушове

фінансування) плюс госпрозрахункові гроші, кожен лікар одержить стільки, скільки заробив сам. А це вже індивідуальна трудова діяльність. Інакше колегам прийдеться скидатися на зарплату своїм інтернам. А не буде молодого поповнення, система не заробить. Ми далекі від думки, що всі молоді доктори побіжать реєструватися, як приватні підприємці й одержувати ліцензію на медичну практику, але можливість така повинна бути, це аксіома.

Висновки. Як бачите у вище викладеного багато спірних питань і напрямків діяльності. Ми не знаємо, скільки знадобитися медичних будинків

для України, скільки лікарів захочуть у них працювати, але нам зрозуміло одне: ніхто і ніколи не в змозі зупинити процес еволюції, накази і закони повинні визначати сформовані відносини, а не навпаки. Система охорони здоров'я повинна реформуватися не тільки вниз чи нагору, але і горизонтально, пам'ятаєте, ми говорили про пріоритетність горизонтальних зв'язків у нашій схемі. Кожен лікар, що має відношення до сімейної медицини, повинний глибоко задуматися над цим, тому що від цього залежить його майбутнє і майбутнє України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Менеджмент в охороні здоров'я: Бюлетень №2. Асоціація Університетних програм по Керуванню Охороною здоров'я в Росії. Москва 1996
2. Практичне керівництво для лікарів загальної (сімейної) практики / В.Н. Алексеев, В.П. Медведев, Э.И. Подольцева, Т.А. Сидорова / Під ред. И.Н. Денисова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 720 с.: іл.
3. Шишкін С. Дилеми реформи охорони здоров'я // Питання економіки. – 1998. - №3. - С.90-108.

SUMMARY

PROPOSITION ABOUT CREATION OF MEDICAL HOUSES AS METHOD OF TRANSFORMATION OF FIRST MEDICAL-SANITARY AID

Girina O.N., Bandurko M.V., Snihir N.V.

In the article the way of improvement of the quality of the first medical-sanitary aid delivered for the population are discussed.

Key words: medical housed. family medicine