

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ:
ВОПРОСЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ

А.А. Гильманов, С.Я. Волгина, А.А. Бунатян

Республиканский центр медико-социальных исследований и экономики здравоохранения МЗ РТ, многопрофильная клиническая больница № 7 (главрач - Г.М. Сафин), г. Казань

Первичная медицинская помощь как центральное звено системы здравоохранения является ее главной функцией по предоставлению базового уровня медицинских услуг. Термин "первичная медико-санитарная помощь" стал широко использоваться после принятия Декларации ВОЗ в г. Алма-Ате в 1978 г., когда служба первичной медицинской помощи была провозглашена основой госпитальных служб, рассматривающихся в качестве поддержки первичной медицинской помощи, а не наоборот. Тогда же она была определена как "первый пункт контактной помощи, расположенный близко к месту жительства, включающий профилактику, диагностику, лечение, уход и реабилитацию, имеющий многодисциплинарную рабочую группу и сфокусированный на наиболее распространенных заболеваниях человечества" [16].

В литературе широко представлены сведения об организации первичной медицинской помощи в зарубежных странах. В нашей стране первичная медицинская помощь оказывается пациентам силами участковой сети, врачей общей (семейной) практики, скорой и неотложной помощи, приемных отделений больниц, травмпунктов, женских консультаций и учреждений родовспоможения [20].

Амбулаторно-поликлиническая помощь имеет первостепенное значение в медицинском обслуживании населения как наиболее массовая и общедоступная. Она включает предоставление вторичной (госпитальной) помощи (в условиях дневных стационаров) и услуг врачей узких специальностей в территориальных рамках первичной медицинской помощи. Вместе с тем поликлиника является центральным этапом восстановительного лечения. По данным ВОЗ, 20-25% больных после стационара и от 40 до 45% - после амбулаторной помощи нуждаются в медицинской реабилитации [1, 9, 16].

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 и у социально не защищенных групп населения: детей, инвалидов, лиц пожилого возраста и престарелых [16]. К сожалению, в последние годы отечественная амбулаторно-поликлиническая служба оказалась не в состоянии обеспечить население доступной и квалифицированной помощью на уровне первичного звена, на этапе которого начинают и заканчивают обследование и лечение до 80% населения, обращающегося за медицинс-

кой помощью. В настоящее время отмечается разобщенность между участковым врачом и больным. Бригадно-участковый принцип, используемый в поликлиниках с 50-х годов, стал неэффективен. Почти 40% больных непосредственно обращаются за медицинской помощью к врачам специализированных отделений [29].

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренная постановлением правительства РФ "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской помощи", предусматривает совершенствование первичной медико-санитарной помощи, перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный. Согласно "Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан" (1993), приказу МЗ РФ "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики/семейного врача" и концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ первичную медико-санитарную помощь должен оказывать врач общей (семейной) практики, что соответствует общемировым процессам реформирования первичной медико-санитарной помощи. Создание института врачей общей практики/семейных врачей - часть общей реформы системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи. В настоящее время разработана и действует федеральная целевая программа "Семейная медицина" (1999-2006 гг.).

Внедрение общей врачебной практики позволит в ближайшие два года, по прогнозным оценкам, снизить заболеваемость с временной утратой трудоспособности в днях на 10%, первичный выход на инвалидность у работающих на 20%, обращаемость на станции скорой медицинской помощи на 30%, сократить уровень госпитализации в 1,3 раза и ее сроки на 7 дней, уменьшить уровни перинатальной, младенческой и общей смертности населения на 10% [4, 5, 27].

В отдельных регионах за сравнительно короткий срок удалось подготовить новых специалистов. При этом показателен опыт Санкт-Петербурга, Самарской [29], Тульской, Свердловской и Кемеровской областей России [8, 25]. Интересные данные представлены врачами из г. Челябинска. Там в одной из городских поликлиник обращаемость к участковым терапевтам составляла 40% от всех обращений в поликлинику, а к врачам общей практики - 70% [10]. Сравнительный анализ работы семейных и участковых врачей показал, что почти 86% пациентов при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний начинают и заканчивают лечение у

семейного врача, причем количество дней нетрудоспособности на 100 работающих у них на 19,3% меньше. Отмечается тенденция к снижению частоты госпитализаций [29].

Поликлиники и страховые компании заинтересованы в снижении потребности населения в госпитализации и сокращении затрат на оплату стационарной помощи путем расширения объема предоставляемых медицинских услуг в амбулаторных условиях. Стационары же стремятся пролечить как можно больше больных и таким образом повысить доходы больницы, интенсифицируя обследование и лечение, сокращая среднюю длительность пребывания больного на койке и среднее время простоя койки, при сохранении высокого качества оказываемой медицинской помощи [21].

Изменение системы финансирования амбулаторно-поликлинического учреждения нацелено на поиск наиболее эффективных и экономичных методов лечения, выбор наименее затратных технологий. Развитие договорных отношений между различными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) способствует более рациональному использованию ресурсов. В середине 80-х годов в первичном звене отечественного здравоохранения появилась такая новая форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению, как дневные стационары (ДС), которые функционируют в ряде медицинских учреждений городов Москвы, Санкт-Петербурга, Архангельской, Тверской, Ростовской областей, Ставропольского края, Татарстана и Башкортостана, а также других субъектов РФ. Их организации и работе посвящено достаточное количество сообщений [5, 12].

Создание ДС в поликлинике следует рассматривать как прогрессивную организационную форму медицинской помощи населению, позволяющую в амбулаторных условиях проводить обследование, лечение и реабилитационные мероприятия тем больным, многие из которых нуждались в госпитализации в стационарные медицинские учреждения. Основную массу (91,4%) пациентов выписывали из ДС с улучшением [13].

В настоящее время отмечена важность применения стационарзамещающих технологий в практике работы амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ). Результаты специальных исследований свидетельствовали, что 20-50% лиц, получающих лечение в стационарах, особенно терапевтического, неврологического и гинекологического профилей, направлены на госпитализацию необоснованно [22].

Развитие ДС способствовало перераспределению потоков больных на более дешевый уровень организации доступной и квалифицированной помощи в привычных условиях для больного. Экономическая эффективность работы ДС в поликлинике не вызывает сомнений [22]. Рост числа развернутыхоек и персонала, а также интенсификация лечебного процесса позволяли привлечь дополнительные финансовые средства для ЛПУ и увеличить за счет этого объем оказываемых услуг [14].

Средние сроки лечения больных в ДС составляли 7-10 дней, но в отдельных поликлиниках достигали 16 и даже 26-28 дней. Продолжительность пребывания зависела от диагноза, возраста больного и эффективности лечения. Расчеты трудовых потерь показали, что средняя длительность заболеваний с временной утратой трудоспособности составляла 26,9 дня, из них 15,8 дня - в ДС. С учетом того, что большинство больных выписывали на работу, 11,1 дня приходилось на догоспитальный период. Это свидетельствовало о резервах уменьшения сроков пребывания пациента на больничном листе [19].

Вместе с тем широкая организация ДС в системе оказания медицинской помощи населению может привести к снижению оборотаоек и уменьшению числа пролеченных больных, а приобретение лекарственных средств самими пациентами - к снижению их востребованности и накоплению числа пациентов, нуждающихся в стационарном лечении. Требуется серьезного изучения и решения проблемы юридической ответственности медработников в условиях прерывистого наблюдения больного. Крайне важным остается сочетание административных и экономических методов в управлении работой стационарзамещающих структур [23].

В настоящее время существуют широкие возможности совершенствования диагностического процесса на поликлиническом этапе при использовании диагностических центров с привлечением сотрудников кафедр медицинских вузов и НИИ [4, 5].

Особое значение придается организации специализированных центров на базе областных, краевых и республиканских больниц. Вместе с тем формирование подобных структур не решило кардинальной проблемы - общедоступности и максимальной приближенности многопрофильной специализированной и консультативно-диагностической помощи к населению малых городов, сельскому населению, населению отдаленных мест проживания, расселенных по линии железных дорог. Альтернативой является создание мобильных многопрофильных специализированных формирований, мобильных комплексов диагностики и профилактики на базе теплохода или поезда. Весьма перспективно возрождение межрегиональных и межрайонных специализированных центров [15].

Крайне важным на данном этапе развития здравоохранения является совершенствование многоукладной системы оказания медицинской помощи населению, включающей частную практику, кооперативы, платные услуги и другие [17, 24]. Нарастание финансового дефицита, характерное для середины 90-х годов, остро поставило проблему соответствия выделяемых на здравоохранение средств и объемов бесплатной медицинской помощи, оказываемой населению.

Чрезвычайно значимым было принятие в 1991 г. Закона "О медицинском страховании граждан в РСФСР", который означал переход на бюджетно-страховую модель финансирования здравоохранения. За короткий период в стране была

создана инфраструктура обязательного медицинского страхования (ОМС), сформирована нормативная база, и в основном отработан порядок взаимоотношений систем здравоохранения и ОМС. С законодательным введением ОМС произошли существенные организационно-экономические изменения: функционирует механизм движения финансовых средств за пациентом, оплаты медицинской помощи в зависимости от ее объема и качества, контроля за целевым использованием финансовых средств [3, 11].

Минздравом России и Федеральным фондом ОМС была разработана и в сентябре 1998 г. утверждена правительством программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, в том числе амбулаторно-поликлинической, включая проведение мероприятий по профилактике (диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний, реабилитации как в поликлинике, так и на дому. Были рассчитаны нормативы объемов медицинской помощи: 9198 посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения на 1000 человек, в том числе 8173 в рамках базовой программы ОМС. Норматив количества дней лечения в ДС, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому составляет 660 дней, в том числе 538 по базовой программе.

В стране происходит огромный социально значимый процесс передачи многих функций управления от центра к регионам. Финансирование медицинской службы, а это основной рычаг управления, на 90% уже осуществляется из региональных бюджетов. Следовательно, оперативное управление также перешло в регионы, а за Министерством здравоохранения России останутся проблемы выработки долгосрочных стратегий.

В настоящее время большинство АПУ финансируют в соответствии с "Временным порядком финансового взаимодействия и расходования средств в системе медицинского страхования граждан". В методических рекомендациях по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС граждан в РФ, утвержденных Федеральным фондом ОМС 18.10.93 г., для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи предложено несколько основных способов: за отдельную медицинскую услугу, за отдельную услугу по единой системе тарифов, выраженных в баллах, по душевому нормативу, за случай поликлинического обслуживания (СПО), гононарный метод [18, 31]. Кроме того, существуют способы оплаты по смете расходов учреждения и комбинированные. Важен поэтапный переход от финансирования амбулаторно-поликлинической помощи за объемы оказанных медицинских услуг к финансированию по принципу частичного фондодержания [7].

Для создания экономической заинтересованности АПУ осуществлен переход финансирования по СПО. В понятие СПО входит комплекс медицинских мероприятий, проводимых в отношении одного пациента по одному поводу контакта с медицинской службой [18]. Под СПО понимается совокупность посещений, выполненных при каждом обращении пациента к врачу по кон-

ретной цели обращения. Тогда же было дано определение законченного СПО, под которым следовало понимать обращение пациента, когда цель этого обращения достигнута. Такое определение устраивало медицинских работников до тех пор, пока АПУ не вошли в систему ОМС и не стали искать экономически эффективные способы оплаты медицинской помощи за пролеченного больного.

В практических рекомендациях экспертов страховых компаний под законченным СПО предлагается понимать комплекс медицинских услуг, ограниченных временным интервалом и предоставляемых пациенту для получения лечебно-профилактической, диагностической и консультативной помощи при его обращении в АПУ [27].

Выбор показателя СПО в качестве финансирования амбулаторно-поликлинической помощи обусловлен, во-первых, статистической обеспеченностью, во-вторых, наличием нормативной базы для расчета затрат рабочего времени, в-третьих, исключением необходимости в увеличении числа посещений, так как рассчитанная на определенный период времени его стоимость будет включать в себя среднее число посещений, приходящихся на СПО у врача данной специальности [1, 30].

Принцип финансирования по СПО заключается в том, что берутся не сами эти случаи, а их совокупность, производятся оплата совокупной медицинской деятельности, оплата на основе статистики конечных или промежуточных результатов, получаемых АПУ. Финансирование по СПО позволяет совершенствовать лечебно-диагностический процесс за счет оптимизации трудозатрат медицинского персонала, достичь определенной экономии средств, повысить экономическую заинтересованность медицинского персонала в улучшении объемных и качественных показателей деятельности, расширении профилактической работы, диспансеризации. Поликлиника также может выставлять счета за пациентов, не проживающих в зоне обслуживания АПУ, что практически невозможно в условиях подушевого финансирования. Кроме того, оплата амбулаторной помощи по СПО позволяет включить в систему ОМС медико-санитарные части, бюджетные учреждения, оказывающие определенные объемы амбулаторно-поликлинической помощи [6].

Вместе с тем по СПО разработана лишь учетная форма, а отчетные данные по-прежнему ориентированы на посещаемость. В связи с этим в учреждениях здравоохранения проводятся расчеты стоимости как СПО, так и посещения с учетом специальности врача амбулаторного приема [32].

В каждом конкретном случае предоставления комплекса медицинских услуг конкретному пациенту соотношение длительности его лечения в стационаре и поликлинике, а следовательно и общие финансовые затраты на законченный случай лечения будут индивидуальны. Волевое административное изменение такого соотношения повлияет на качество медицинской помощи, закономерно приведет к изменению течения и длительности болезни, а также повлечет определенную корректировку уровней финансовых, кадровых и материальных затрат [28].

На данном этапе развития отечественного здравоохранения приходится констатировать, что

предпринимаемые в последние годы меры по осуществлению реформ в отрасли не привели пока к ожидаемому эффекту. Во многом это объясняется тем, что задачи структурных и качественных преобразований в отрасли невозможно решить без соответствующего ресурсного обеспечения и максимального использования экономических методов управления. Одним из основных принципов при использовании любых способов оплаты и различных расчетных единиц должна стать дифференциация тарифов, позволяющая связать уровень оплаты не только с объемом, но и с качеством медицинской помощи, что явится действенным экономическим методом управления, направленным на усиление заинтересованности медицинских учреждений в повышении эффективности их деятельности.

Таким образом, для сохранения приоритетности амбулаторно-поликлинического звена необходимо продолжить перераспределение стационарных объемов медицинской помощи, развитие сети дневных стационаров (в том числе амбулаторной хирургии, хирургии одного дня), службы врача общей практики (что является актуальным прежде всего для сельского здравоохранения) и консультативно-диагностических центров (в том числе межрайонных, имеющих в своем составе передвижные лечебно-диагностические кабинеты), совершенствование многоукладной и специализированной системы оказания медицинской помощи населению. Весьма перспективным является также привлечение сотрудников кафедр медицинских вузов (поликлинической терапии/педиатрии) к обеспечению научного сопровождения намеченных программ реформирования здравоохранения. В области системы управления и финансирования крайне важными остаются процесс децентрализации, сохранение гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, бюджетно-страхового финансирования.

Российское здравоохранение находится в сложной ситуации. Надо полагать, что общество сделает все возможное, чтобы сберечь и развить доступное, социально ориентированное здравоохранение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Г.К., Бредихин В.В. //Воен.-мед. журн. - 1995. - № 8. - С. 9 - 13.
2. Барт Б.Я., Манукян Л.М. и др. Материалы V ежегодной Российской научно-практической конференции "Повышение эффективности служб здравоохранения Российской Федерации". - Чебоксары-Москва. - 1998. - С. 181-183.
3. Болтенко Н.Н., Краснобаева Т.И. //Здравоохран. Российск. Федерации. - 1999. - № 3. - С. 37-38.
4. Бредихин В.В., Кныш В.И. и др. // Воен.-мед. журн. - 1995. - № 2. - С. 20-24.
5. Венедиктов Д.Д. Материалы II научно-практической конференции "Дальнейшее развитие первичной медико-социальной помощи в России" - М., 1995. - С. 42-46.
6. Вишняков Н.И., Павлов Ю.В., Кириллов А.В. // Эконом. здравоохран. - 1999. - № 12 - 1. - С.29 - 33.
7. Галишиников Ю.А. //Здравоохранение. - 1999. - № 11. - С. 47 - 51.
8. Гаспарян А.Ю. // Росс. семейн. врач. - 2000. - № 2. - С. 93 - 95.
9. Грознова А.В. //Мед. помощь. - 1996. - № 4. - С. 16 - 18.

10. Дюкарева А.М., Ленгин Ю.А., Березина Е.В.// Материалы V ежегодной Российской научно-практической конференции "Повышение эффективности служб здравоохранения Российской Федерации". - Чебоксары-Москва, 1998. - С. 108-111.

11. Зыятдинов К.Ш. //Тезисы докладов Республиканской научно-практической конференции "Внебольничные учреждения в системе современного здравоохранения" г. Елабуга-Казань, 1997. - С. 5-6.

12. Зыятдинов К.Ш., Рыбкин Л.И. Дневной стационар (стационарзамещающие формы организации медицинской помощи населению): Руководство для врачей. - М., 2000.

13. Кашин В.И., Кашина М.М., Кузнецова В.Н.// Материалы V ежегодной Российской научно-практической конференции "Повышение эффективности служб здравоохранения Российской Федерации". - Чебоксары-Москва, 1998. - С. 180-181.

14. Клименко Г.Я., Захаров В.П. и др.// Главный врач. - 1999. - № 2. - С. 51-56.

15. Куделькина Н.А. //Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истор. мед. - 1999. - № 3. - С. 25-28.

16. Лекции по организации здравоохранения / Под общ. ред. А.Б. Блохина, Е.В. Ползика и др. - Екатеринбург, 2000.

17. Лисицин А.С., Воробьев В.В. Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения. - СПб, 1997.

18. Меркулов С.Н. //Эконом. здравоохран. - 1999. - № 5 - 6. - С. 37 - 39.

19. Миняев В.А., Гусев О.А. и др. // Здравоохран. Российск. Федерации. - 1989. - № 9. - С. 32-35.

20. Мыльникова И.С. //Главный врач. - 1998. - № 6. - С. 8 - 13.

21. Накатис Я.А., Ельсиновский В.И. и др.// Экон. здравоохран. - 1998. - № 4-5. - С. 26-28.

22. Омельченко В.Н., Кремлева Н.И. //Главный врач. - 1999. - № 3. - С. 96-103.

23. Павлов В.В., Галкин Р.А., Кузнецов С.И. // Пробл. соц. гиг. и истор. мед. - 1997. - № 4. - С. 24-26.

24. Рыбкин Л.И. Матер. V научно-практической конференции "Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения". - М, 2000. - С. 193 - 195.

25. Саввин Ю.Н., Воробьев В.В. //Воено-мед. журн. - 1999. - № 8. - С. 11 - 14.

26. Семенов П.Р. //Главный врач. - 1996. - № 1. - С. 8 - 18.

27. Сквирская Г.П. //Здравоохранение. - 1998. — № 2. - С. 27 - 39.

28. Тогунов И.А., Массино В.Л. и др. // Здравоохран. Российск. Федерации. - 1997. — № 4. - С. 39-41.

29. Тогунов И.А., Спирина Н.А. //Материалы V научно-практической конференции "Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения". - М., 2000. - С. 218 - 220.

30. Ушаков Г.Н. //Клин. вестн. - 1995, - окт. - дек. - С. 4 - 6.

31. Хисамудинов Р.А. //Здравоохранение. - 1999. — № 2. - С. 45 - 49.

32. Чебонок В.П., Багаткин М.Н. //Материалы ежегодной Российской научно-практической конференции "Реформа здравоохранения на региональном уровне". - М., 2000. - С. 195 - 196.

33. Шипова В.М. // Пробл. соц. гиг. и история медицины. - 1997. - № 4. - С. 29 - 31.

Поступила 18.06.01.