

Состояние и перспектива интеграционных работ врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей в Республике Таджикистан

Б.Г. Муминов, З.А. Мирзоева

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Душанбе;

кафедра семейной медицины ТИППМК

Для улучшения преемственности службы скорой медицинской помощи с семейными врачами в Республике Таджикистан авторы предлагают различные варианты интеграции: модель оказания экстренной первичной медицинской помощи без участия семейного врача; модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача. Но более реальной, по их мнению, является модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача при обострениях хронических заболеваний (диспансерных больных) и смешанная модель – действия по ситуации.

В перспективе интеграция работы врача скорой медицинской помощи с семейным врачом приведёт к разгрузке высоко затратного коечного фонда и ресурсоёмкой службы скорой медицинской помощи, уменьшению косвенных и прямых экономических затрат и, в конечном итоге снизит инвалидность и летальность населения.

Ключевые слова: служба скорой медицинской помощи, семейная медицина

АКТУАЛЬНОСТЬ. С реформированием здравоохранения возникла настоятельная потребность в новой ресурсосберегающей системе организации амбулаторно-поликлинической помощи с переориентацией на индивидуально-посемейный принцип оказания медицинской помощи, хотя темп реформирования в этом направлении остаётся не на высоком уровне [1,2].

Основной задачей реформирования сектора здравоохранения остаётся сокращение коечного фонда в пользу реструктуризации стационарного звена с развитием стационарозамещающих технологий и снижение нагрузки на линейные бригады скорой медицинской помощи [3].

Развитие семейной медицины в Республике Таджикистан находится на начальном этапе, и наибольшее распространение она получила в городе Душанбе, хотя переход к медицинскому обслуживанию по принципу семейной медицины начался в 1998 году (Приказ Министерства здравоохранения «О поэтапном переходе к оказанию первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) на период 1998-2000гг. от 23.06.1998 г., №236).

Перспектива развития службы семейного врача широко освещается в последние годы как в специальной отечественной, так и в зарубежной литературе. В

ближайшие годы она будет способствовать снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности и количества обращаемости на станции скорой медицинской помощи, а также сокращению уровня и сроков госпитализации, что в конечном итоге приведёт к снижению общей инвалидности и смертности населения [1,4]. Анализ литературных данных указывает на скудность научного материала относительно взаимодействия работы врача скорой медицинской помощи и семейных врачей, хотя взаимоотношение со стационаром освещено в большей степени.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: улучшение преемственности работы врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей с учётом проводимых реформ в секторе здравоохранения и опыта интеграции медучреждений данного профиля в зарубежных странах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Изучены архивные материалы и статистические данные станции Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (формы 40) и Центров здоровья г.Душанбе (форма 12 и 30) за период 2000-2010 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В настоящее время обеспеченность семейными врачами составляет 37%, семейными медсёстрами - 40%. С учётом совместительства охват населения семейными



врачами составляет более 90%. Это позволяет в некоторой степени изучить преемственность между врачами скорой медицинской помощи и семейными врачами.

Динамика развития сети дневных стационаров при учреждениях ПМСМП города Душанбе за последние 10 лет показывает, что по сравнению с 2000 годом (86 коек) в 2010 году их количество достигло 151 койки или же увеличилось на 43%. Также в 2,1 раза увеличилось количество пролеченных диспансерных больных на дневных койках. Количество обслуженных вызовов бригадами скорой медицинской помощи из числа диспансерных больных на 1000 человек в 2000 году составляло 21,8 против 25,6 в 2010 году. Даже если учесть, что обеспеченность санитарным транспортом составляет 15%, количество обслуживаемых вызовов у диспансерных больных имеет динамику к росту, что указывает на низкий уровень взаимодействия с бригадами скорой медицинской помощи и развития стационарозамещающих технологий.

Для определения степени взаимодействия врачей скорой медицинской помощи с семейными врачами большое значение имеет использование ряда индикаторов, которыми являются: уровень возникновения неотложных состояний по мониторируемым (артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язва желудка и 12-ти перстной кишки, железодефицитная анемия, острые респираторные инфекции у детей, острые кишечные инфекции у детей) заболеваниям и динамике вызовов скорой медицинской помощи по данным заболеваниям [1].

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан придерживается модели исключительного контроля семейного врача по вопросам перенаправления больных из первичного звена в учреждения второго и третьего порядка, однако, эта модель не определяет взаимоотношения с бригадами скорой медицинской помощи.

На начальном этапе реализации вышеуказанной модели всё ещё существует множество проблем, из-за которых пациенты обходят семейного врача и имеют прямой доступ к услугам специалистов. В связи с этим необходимо предоставление различных путей для того, чтобы помочь семейным врачам оставаться в центре отношений с пациентами, в том числе и при взаимодействии с врачами скорой медицинской помощи.

Авторы предлагают нижеследующие модели взаимодействия врача скорой медицинской помощи с семейными врачами: модель оказания экстренной первичной медицинской помощи без участия семейного врача; модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача; более реальной является модель оказания экстрен-

ной первичной медицинской помощи с участием семейного врача при обострениях хронических заболеваний (диспансерных больных) и смешанная модель – действия по ситуации.

Мониторинг индикаторов и социологический опрос проведенные среди врачей скорой медицинской помощи семейными врачами показывают, что только в 1,5-2% случаев вызовы скорой медицинской помощи обслуживаются совместно. Практически взаимодействие врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей не превышает 5%, что подтверждается Бекиной Г.В. (1991) [14]. Профессиональные взаимоотношения между семейным врачом и врачами скорой медицинской помощи зависят от доступности специализированной помощи как на госпитальном, так и на догоспитальном этапе. Существует четыре способа возможного описания доступа - от первичной, включая обращение за скорой медицинской помощью к вторичной помощи: вариант исключительного контроля (Дания, Италия, Нидерланды и Соединённое Королевство Великобритании); доступ к вторичной помощи контролируется первичным звеном, но правом выдачи направлений обладает не только семейный врач, но и ряд работников первичной медико-санитарной помощи, (например, педиатр, акушер-гинеколог, работающие на коммунально-общинном уровне - Испания). Третья модель, где контроль является исключительной прерогативой служащих стационара, занимающихся перепитализацией (Германия). В четвёртой модели вообще никакого контроля не существует.

Вне зависимости от существующих моделей организации работа семейного врача в различных странах (семейный врач, работающие в индивидуальном порядке, групповая врачебная практика) и его взаимоотношения с врачами скорой медицинской помощи остаётся неопределённой. Только в некоторых развитых странах (например, в Великобритании) имеется относительно налаженный механизм взаимодействия между врачом скорой медицинской помощи и семейными врачами [5].

Теоретически семейные врачи должны обслуживать пациентов круглосуточно, на практике же многие из них сейчас передают эту обязанность «замещающим службам», работающим в ночные часы или выходные дни, включая службу скорой медицинской помощи, хотя во многих случаях даже в критических ситуациях многие пациенты обращаются сначала к семейному врачу [6].

Трудно оценить работу станции скорой помощи без анализа деятельности первичного звена. По мнению Комарова Б.Д. (1979) в многогранной деятельности станций скорой медицинской помощи как в зеркале отражается эффективность работы врачей амбулаторно-поликлинической сети: организация приёма больных в поликлинике и посещений на



дому, уровень и качество диспансеризации, профилактической и санитарно-просветительской работы [7,8].

На качество интеграционных работ врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей влияет отсутствие общих информационных систем. По этой причине из всех больных с нестабильной стенокардией, переданных скорой медицинской помощи на дальнейшее обслуживание участковым врачом поликлиники, в первые сутки осматриваются лишь 28% больных, в течение месяца - 40%, в срок более одного месяца или же не осмотрены вообще 32% пациентов [6].

В г.Кемерово в целях улучшения преемственности информация о пациентах с хроническими заболеваниями и другими неотложными состояниями передается в поликлиники по электронной почте. В результате внедрения этой оптимизационной технологии за 1,5 года работы число больных, осуществляющих вызовы более 10 раз, сократилось с 314 до 107, более в 7 раз - с 596 до 115 [9].

По мнению Солодовника А.Г. и соавт. (2004), для улучшения преемственности между скорой медицинской помощью и амбулаторно-поликлинической службой в организации помощи больным необходимы повышение квалификации врачей первичного звена, минимизация сроков посещения больных участковым врачом после вызова бригады скорой медицинской помощи, алгоритмизация действий врача поликлиники у кровати именно таких больных [10].

Исследованием Ивановой А.А. (2008) установлено, что из общего числа больных, экстренно госпитализированных бригадами скорой медицинской помощи, 18,5% находились в это время на активном (но недостаточном) лечении в поликлинике, а 7,3% пребывали на больничном листе. Так, из общего числа больных, госпитализированных бригадами скорой медицинской помощи в период с 8 до 21 часа, с обострениями хронических заболеваний было 38,8% от всех больных, доставленных бригадами скорой медицинской помощи в приёмные отделения больниц. Больные с хроническими заболеваниями в стадии обострения госпитализируются бригадами скорой медицинской помощи чаще (57,5%), чем больные с острыми заболеваниями (33,3%). При этом из числа хронических больных, госпитализированных по экстренным показаниям, 43,1% состояли на диспансерном учёте в поликлинике по поводу заболевания, послужившего причиной для обращения за скорой помощью, что свидетельствует о низкой эффективности диспансерного наблюдения больных [7].

В целях разгрузки службы СМП во многих развитых странах внедрена стационарозамещающая технология при лечении различных заболеваний [11].

Пациенты, страдающие болезнями органов дыхания и получившие стационарозамещающее лечение составили 26,4%, а больные, госпитализированные по поводу болезней мочеполовой системы и лечившихся в дневных стационарах - 18,8%. Среди больных гастроэнтерологического профиля стационарозамещающее лечение получили 16,5%, а среди госпитализированных пациентов с травмами и отравлениями 4,1% находились в дневных стационарах [12].

Представляет интерес стоимостная характеристика стационарозамещающей помощи. Средняя стоимость одного пациента - дня в дневных стационарах в 2006 году составила 230,9 рубля. Но если рассмотреть величину этого показателя в разных возрастных группах, то будут заметны довольно существенные отличия. Так, в возрастной группе до 17 лет средняя стоимость пребывания пациента в день составляет 68,9 руб., в группе 18-59 лет - 266,5 руб., в 60-79 лет - 217,1 руб., в 80 лет и старше - 121,8 руб. [12].

В структуре потребления медицинской помощи городским населением 45,7% занимает больничная помощь, 35,0% - амбулаторно-поликлиническая, 15,7% - скорая медицинская помощь и 3,7% - стационарозамещающая [13].

Анкетирование проведённое среди пациентов медико-социальных отделений показало, что более трети респондентов (38,5 %) вообще в течение последних трёх лет за скорой помощью не обращались [12].

Анкетный опрос и отчёты семейных врачей показывают, что вопросам интеграции с врачами скорой медицинской помощи уделяется недостаточное внимание.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, для улучшения преемственности службы скорой медицинской помощи с семейными врачами в Республике Таджикистан целесообразно принятие некоторых нормативных актов, способствующих улучшению взаимоотношения соответствующих служб, стимулирующих работу с диспансерными больными, поощряющих стационарозамещающие технологии и повышающих роль информационных технологий.

В перспективе интеграция работы врача скорой медицинской помощи с семейным врачом приведёт к разгрузке высоко затратного коечного фонда и ресурсоёмкой службы скорой медицинской помощи, уменьшит косвенные и прямые экономические затраты, что в конечном итоге снизит инвалидность и летальность населения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник нормативно-правовых и отчётно-учётных документов по семейной медицине / С.Р.Миралиев, Н.Ф.Салимов, Д.Н.Садыкова, С.З.Зарипов, Джабарова Т.С., Сайфиддинов С.Р. – Душанбе 2006. -12с.
2. Тишук Е.А. Актуальные вопросы управления здравоохранением / Е.А.Тишук, В.О.Щепин / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины -2003.-№2. -С.28-30
3. Митронин В.К. Об измерении уровня конкурентоспособности профессионала и медицинской организации / В.К. Митронин // Экономика здравоохранения. - М., - 2002. -№ 9-10. - С. 18
4. Салтман Р.В. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / R.B Saltman [et. al.]. Пер. с англ - М, ГЭОТАР Медика, -2000. - 432с.
5. Сквирская Г.П. Развитие общей врачебной / семейной практики в России. Пути активизации и совершенствования её деятельности (социально-гигиеническое исследование): автореф. ... канд. мед. наук / Г.П.Сквирская. - М. - 1999. -27с.
6. Ахмедов А. Системы здравоохранения Великобритании / А.Ахмедов [и др.] Материалы 3-ей научно-практической конференции. Душанбе. -1997. - 14с.
7. Иванова А.А. Роль организационных технологий в совершенствовании скорой медицинской помощи городскому населению крайнего севера: дисс. ... канд. мед. наук /Хабаровск, -2008. -59с.
8. Основы организации скорой медицинской помощи (догоспитальный этап) /Под ред.Б.Д. Комарова. - М. - 1979. - С. 38 - 58
9. Шпилянский Э.М. Преемственность оказания медицинской помощи и современные формы передачи информации / Э.М. Шпилянский, И.С. Янец, Е.И. Куракина // Медицина в Кузбассе. - 2004. - Спецвып. -№8. - С. 60-65
10. Солодовник А.Г. Анализ преемственности в работе городской станции СМП и участковой поликлинической службы с больными нестабильной стенокардией / А.Г. Солодовник, Л.К. Исаков // Медицина в Кузбассе. - 2004. - Спецвып. № 8. - С. 36 - 38
11. Shan C.P. Day care surgery in Canada evolution policy and experience of provinces /C.P.Shan // Canad Anaesth Soc. J. -1980. -Vol. 27. -№4. -P. 399-405
12. Ларионов Ю.К. Влияние демографических и экономических факторов на совершенствование организации медицинской помощи населению региона Российской Федерации: дисс. ...док-ра мед. наук / Ю.К.Ларионов. -М. - 2008. -163с.
13. Ситникова О.Ю. Особенности планирования медицинской помощи сельскому населению Московской области (на примере Ногинского муниципального района): дисс. ... канд. мед. наук /О.Ю. Ситникова. -М. -2007. -131 с.
14. Бекина Г.В. Исследование преемственности между станциями скорой медицинской помощи и поликлиниками в оказании терапевтической помощи на дому: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.В. Бекина. - М., 1991. - 25с.

Summary

Condition and vision of work's integration of emergency doctors and family doctors in Tajikistan

B.G. Muminov, Z.A. Mirzoyeva

To improve the continuity of ambulance service with family physicians in the Republic of Tajikistan, the authors suggest various options for integration: a model for emergency primary health care without a family doctor, a model of emergency primary health care with a family doctor. But, more real, in their opinion, is the model for emergency primary health care with a family physician to treat chronic diseases in acute stage (dispensary patients) and mixed model - of the situation.

In the long term integration of physician medical emergency with a family doctor leads to high discharge of the cost of beds and resource-intensive emergency medical services, reduction of indirect and direct economic costs and ultimately reduce disability and mortality of the population.

Key words: Emergency medical care, family medicine

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Б.Г. Муминов – главный врач ГКБ СМП; Таджикистан, г.Душанбе, I пр. Айни, 46
E-mail: muminov_bobocul@inbox.ru