

УДК 614.2:34

Ж.А. АРЗЫКУЛОВ, У.Ш. МЕДЕУБЕКОВ, О.Ж. НАРМАНОВА, Н.А. ИЗБАГАМБЕТОВ, Г.С. СЕИТОВА

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, г. Алматы, Казахстан

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ В УПРАВЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН



Арзыкулов Ж.А.

В статье предлагаются меры по дальнейшему развитию хирургической службы населению РК путем усиления роли первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), создания условий для перехода к малозатратным и ресурсосберегающим формам хирургических технологий, повышения плановой санации хирургических заболеваний, доступности и своевременности оказания качественной хирургической помощи, внедрения современных высокотехнологических методов диагностики и лечения, а также создания условий для мотивации профессионального и личностного роста медицинского персонала, адаптации системы хирургической помощи к современным требованиям и рыночным условиям общества.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, мультидисциплинарная команда, региональные центры амбулаторной хирургии, амбулаторно-поликлиническое звено.

В Казахстане хирургической службой успешно освоена техника пересадки донорского сердца, печени и почек. Увеличился удельный вес новых, малоинвазивных и высокотехнологических вмешательств в кардиохирургии, ангиохирургии, торакальной и абдоминальной хирургии. Проведена большая работа по обучению специалистов и подготовке материально-технической базы к освоению в текущем году первой трансплантации легких и пересадки печени у детей.

Вместе с тем в работе хирургической службы ощущаются недостатки, от решения которых зависят дальнейшее улучшение здоровья граждан республики и качество жизни пациентов [1]. В первую очередь это слабый уровень развития хирургической помощи на уровне ПМСП и слабое взаимодействие между специалистами как на различных уровнях оказания хирургической помощи, так и между специалистами смежных специальностей, от которых зависят ранняя диагностика и своевременное выявление хирургических заболеваний, послеоперационное наблюдение и реабилитационная помощь, т.е. наблюдается слабая преемственность между поликлиникой и стационаром [2].

Отсутствует мультидисциплинарный подход на всех уровнях оказания хирургической помощи. Не на должном уровне организован мониторинг за состоянием пациентов на уровне ПМСП после оказания дорогостоящей стационарной хирургической помощи, что уменьшает эффективность результатов лечения. Отсутствуют четкие индикаторы эффективности результатов лечения. Кроме того, необходимо решать вопросы, связанные с ростом числа хронических неинфекционных заболеваний, статистический учет которых требует дальнейшей доработки, актуализации и улучшения работы существующих регистров.

В рамках долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения необходимо выровнять качество оказания хирургической помощи регионов, внедрить новые хирургические технологии, увеличить взаимодействие специалистов различных служб на всех уровнях, а также улучшить кадровый потенциал и материально-техническое оснащение медицинских учреждений [3, 4, 5, 6].

Необходимо увеличить обеспеченность хирургическими кадрами на районном уровне, т.к. отмечается диспропорция кадров, оказывающих хирургическую помощь в городе и на селе. На уровне ПМСП хирургическую помощь оказывают менее 10% от общего числа специалистов хирургического профиля.

Так, по данным официальной статистики, всего в Республике Казахстан в 2013 году насчитывалось 7 684 врача хирургического профиля, из которых почти треть (30,5%) работала в городах Алматы (1345) и Астана (1000).

Общих хирургов по всей стране насчитывалось 3 215 человек на всех уровнях оказания помощи. Из них оказанием хирургической помощи на селе занимаются всего 565 врачей общих хирургов, что составляет всего 17,6% от общего числа специалистов хирургической службы. В городах хирургическую помощь оказывают 82,4% специалистов. Эти цифры говорят о том, что за квалифицированной и качественной хирургической помощью населению районов приходится ездить в город.

В Республике Казахстан в последние годы проводится поэтапное усиление амбулаторно-поликлинического звена. В 2014 году амбулаторно-поликлиническими организациями и на койках дневного пребывания оказываются около 45,6% всех видов операций по всем службам хирургического профиля, т.е. в условиях стационара оперативных

Контакты: Арзыкулов Жеткерген Анесович – председатель правления АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова», д-р мед. наук, профессор, академик НАН РК, г. Алматы. Тел. + 7 727 279 99 61, e-mail: info@nnch.kz

Contacts: Zhetkergen Anesovich Arzykulov, chairman of the board of Syzganov National Scientific Surgery Center JSC, MD, professor, member of the National Academy of Sciences of the Republic of Kazakhstan, Almaty c. Ph. + 7 727 279 99 61, e-mail: info@nnch.kz

Таблица 1 – Количество всех выполненных оперативных вмешательств при заболеваниях хирургического профиля в организациях ПМСП РК (2014 г.)

Амбулаторно-поликлинические организации (АПО)		Организации, оказывающие стационарзамещающую помощь		Всего	
кол-во больных	кол-во операций	кол-во больных	кол-во операций	кол-во больных	кол-во операций
524 413	568 656	59 273	63 122	583 686	631 778
89,8%	90,0%	10,2%	10,0%	100%	

Таблица 2 – Количество выполненных оперативных вмешательств при общехирургических заболеваниях в организациях ПМСП (2014 г.)

Амбулаторно-поликлинические организации (АПО)*		Организации, оказывающие стационарзамещающую помощь*		Всего	
кол-во больных	кол-во операций	кол-во больных	кол-во операций	кол-во больных	кол-во операций
330 189	356 604	28 433	30 139	358 622	386 743
92,1%	92,2%	7,9%	7,8%	100%	

*- на органах брюшной полости, сосудах, коже и подкожной клетчатке

вмешательств выполняется на 19,3% больше, чем на уровне ПМСП (табл. 1).

Несмотря на ежегодное увеличение доли хирургической помощи на уровне ПМСП, до сих пор отмечается перевес в сторону оказания стационарной хирургической помощи.

Как видно из таблицы 1, в структуре оказания хирургической помощи на уровне ПМСП в 2014 году амбулаторно-поликлиническими организациями выполнено 568 656 оперативных вмешательств 524 413 больным, а организациями, оказывающими стационарзамещающую помощь, выполнено 63 122 хирургических операций у 59 273 больных.

В то же время только оперативных вмешательств при общехирургических заболеваниях на уровне ПМСП, включающих выполнение операций на органах брюшной полости, органах дыхания, сосудах, пищеводе, эндокринной системе, прямой кишке, коже и подкожной клетчатке, выполнено в 386 743 случаях у 358 622 больных, что составило 61,4% от общего количества хирургических больных, получивших амбулаторную и стационарную хирургическую помощь (табл. 2).

В структуре оказания хирургической помощи на уровне ПМСП больным общехирургическими заболеваниями в 2014 году амбулаторно-поликлиническими организациями и организациями, оказывающими стационарзамещающую хирургическую помощь, выполнено 65,5% хирургических вмешательств, а в стационаре 34,5%. Из них амбулаторно-поликлиническими организациями выполнено 356 604 операции 330 189 больным, что составило 63,0% от общего количества хирургических больных. Это операции на сосудах – 1 261, органах брюшной полости – 1 419, коже и подкожной клетчатке – 289 719, а также прочие вмешательства – 64 205.

Организациями, оказывающими стационарзамещающую помощь, выполнено 30 139 хирургических операций у 28 433 больных, что составило 5,4% от общего количества хирургических вмешательств. Это те же операции на сосудах – 253, органах брюшной полости – 1 670, коже и подкожной клетчатке – 10 393 и прочие – 17 823 [7].

Несмотря на то, что внедрен минимальный комплексный подушевой норматив (КПН), сокращено неравенство в

обеспечении ГОБМП, а также увеличен объем финансовых средств на ПМСП с 17 до 26%, вследствие того, что тарифы стационарной хирургической помощи выше тарифов хирургической помощи на уровне ПМСП, отмечаются высокий уровень необоснованной госпитализации и нерациональное распределение стационарных больных по уровням оказания помощи.

Например, в 2014 году в стационарах республики только общехирургических вмешательств на коже и подкожной клетчатке выполнено в 47 893 (23,5%) случаях, большую часть которых могли бы адекватно оказать на уровне ПМСП.

Анализ вышеуказанных данных показывает, что более ¼ части больных стационаров составляют амбулаторные больные.

Вместе с тем слабое развитие хирургической службы на уровне ПМСП и низкая преемственность между службами не позволяют кардинально улучшить ситуацию. Поэтому одной из главных задач Концепции являются усиление роли ПМСП и внедрение программы мультидисциплинарного подхода к раннему выявлению хирургических заболеваний на уровне ПМСП, преемственность ведения больных до стационара, а также послеоперационного мониторинга за состоянием и реабилитацией пациента на уровне ПМСП.

Из 160 районов Казахстана, не входящих в состав городов, 15 районов в четырех регионах насчитывает население от 108 тыс. до 320 тыс. человек (табл. 3).

Для дальнейшего усиления роли ПМСП и улучшения качества хирургической помощи, а также уменьшения числа необоснованных госпитализаций, в этих 15 районах на базе существующих районных больниц необходимо организовать «Региональные центры амбулаторной хирургии» (РЦАХ), оснащенные современным диагностическим и хирургическим оборудованием и с концентрацией в них специалистов смежных профилей с целью мультидисциплинарного подхода в выявлении и лечении хирургических заболеваний. Кроме того, РЦАХ будет оказывать не только амбулаторно-поликлиническую, но и стационарзамещающую помощь. Дополнительно, при необходимости, в РЦАХ можно будет оказывать первую травматологическую и реабилитационную помощь.

Таблица 3 – Районы Казахстана, насчитывающие более 100 тыс. человек населения (2014 г.)

№	Наименование региона	Количество населения в районе
Южно-Казахстанская область		
1	Сайрамский район	320 477
2	Сарыагашский район	315 638
3	Махтааральский район	303 043
4	Толедбийский район	134 094
5	Ордабасынский район	118 721
6	Тюлькубасский район	109 159
7	Казыгуртский район	108 788
Алматинская область		
8	Карасайский район	295 508
9	Енбекшиказахский район	288 121
10	Илийский район	199 427
11	Талгарский район	193 194
12	Жамбылский район	148 310
13	Панфиловский район	124 674
Жамбылская область		
14	Кордайский район	137 444
Мангистауская область		
15	Мунайлинский район	128 657

Еще одной положительной стороной организации РЦАХ на базе функционирующих районных больниц является возможность при необходимости использования диагностического оборудования районных больниц, быстрой госпитализации больных в хирургический стационар и оказания интенсивной терапии, т.к. в больницах уже развернуты стационарные койки и палаты интенсивной терапии. Это позволит уменьшить число необоснованных госпитализаций, уменьшить сроки догоспитального этапа при выявлении случаев неотложных состояний, укоротить и оптимизировать маршрут пациента.

Кроме того, с целью эффективного достижения поставленных задач по модернизации ПМСП нужно и дальше планомерно увеличивать финансирование ПМСП и стимулировать специалистов хирургического профиля первичного звена путем увеличения оплаты их труда. Для примера, в странах Организации экономического сотрудничества и развития (34 страны-участницы) структура финансирования медицинской помощи составляет 34% – стационар, 61% – ПМСП и 5% – скорая помощь, к чему мы должны прийти.

Таким образом, анализ работы хирургической службы показывает, что имеются очевидные позитивные сдвиги по увеличению количества хирургических вмешательств на уровне ПМСП.

Однако для дальнейшего развития хирургической службы необходимо:

- повысить уровень интеграции хирургической службы ПМСП с другими службами, что поможет обеспечить преемственность оказания медицинской помощи хирургическим больным и повысить эффективность лечения;

- проводить работу по внедрению системы маршрути-

зации хирургических больных, начиная от своевременного выявления до реабилитации и ухода на дому.

- организовать «Региональные центры амбулаторной хирургии» на базе районных больниц в населенных пунктах или районах, имеющих 100 тыс. и более населения (15);

- сконцентрировать оказание хирургической помощи на уровне ПМСП (амбулаторно-поликлиническая и стационарзамещающая) в РЦАХ, что позволит обеспечить мультидисциплинарный подход при оказании помощи специалистами хирургического профиля (хирурги, травматологи, проктологи, челюстно-лицевые хирурги и т.д.) и значительно уменьшить количество необоснованных госпитализаций на уровне круглосуточного стационара.

Таким образом, РЦАХ будет выполнять координирующую и интегрирующую функции по увеличению стационарзамещающих и ресурсосберегающих хирургических технологий, в котором будет оказываться первичная хирургическая помощь, выполняться такие несложные плановые хирургические вмешательства, как операции на коже и подкожной клетчатке, первичная хирургическая обработка ран, неущемленные грыжи и другие.

Несмотря на достаточно стремительное развитие отечественной хирургической службы, имеются и проблемы:

- Необходимо обеспечить преемственность между ПМСП и стационаром путем усиления роли хирургической службы на уровне ПМСП в части формирования интегрированной и доступной хирургической помощи в первичном звене.

- Нужно усилить взаимодействие смежных профильных служб путем создания мультидисциплинарных команд на всех уровнях, которые должны координировать оказание медицинской помощи, включая консультацию и услуги узких специалистов, направление в стационар, а также контролировать своевременность и полноту оказания медицинской помощи всеми службами.

- Необходимо пересмотреть существующую систему тарифообразования и возмещения затрат за оказание услуг, особенно на уровне ПМСП. Работа специалиста первичного звена должна стать престижной и мотивированной.

В Алматы открыли первый в мире офис Всемирной организации здравоохранения по первичной медико-санитарной помощи. По данным пресс-службы Казахстана министерства здравоохранения и социального развития, Казахстан стал центром ВОЗ по ПМСП для Европейского региона. Офис в Алматы будет играть лидирующую роль в области развития первичного звена здравоохранения как на глобальном уровне, так и для всего Европейского региона ВОЗ, куда входят 54 страны мира. Открытие данного офиса позволит поддерживать передовые технологии, внедряемые в странах Европейского региона, сформировать интеллектуальный потенциал здравоохранения страны и адаптировать лучшие мировые практики по ПМСП в Казахстане. Результатом совместной работы должны стать: доступность и качество первичного звена здравоохранения, особенно для жителей сельской местности; повышение эффективности профилактических программ; усиление борьбы с известными факторами риска возникновения неинфекционных заболеваний. Новая

структура будет заниматься исследованиями и выработкой рекомендаций по развитию первичной медико-санитарной помощи не только в Казахстане, но и в Европейском регионе ВОЗ в целом [8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» // Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065

2 «Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо» (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.) Режим доступа: <https://books.google.kz/books?isbn=9244564025>

3 Приказ Министра здравоохранения РК от 16 марта 2009 года №134 «Об утверждении квалификационных требований к соотработникам в сфере здравоохранения и правил их аттестации». Режим доступа: http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005628_

4 Приказ Министра здравоохранения МЗ РК №791 от 26 ноября 2009 г. «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения». Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30546386

5 Приказ Министра здравоохранения РК №238 от 07.04.10 г. «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения». Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30652578

6 Приказ МЗ РК №699 от 12.11.09 г. «Об утверждении квалификационных характеристик медицинских и фармацевтических специальностей». Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31517128

7 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, 2014

8 <http://khabar.kz/ru/news/obshchestvo/item/13684-v-almaty-otkrylsya-ofis-voz-po-pervichnoj-mediko-sanitarnoj-pomoshchi>

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ж.Ә. АРЗЫҚҰЛОВ, Ұ.Ш. МЕДЕУБЕКОВ, О.Ж. НАРМАНОВА, Н.А. ИЗБАҒАМБЕТОВ, Г.С. СЕЙТОВА
А.Н. Сызганов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталық, Алматы қ., Қазақстан

БДСК: ҚР ХИРУРГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІ БАСҚАРУ, ОНЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ ЖӘНЕ КЕЛЕШЕГІ

Мақалада БДСК ролін күшейту жолымен ҚР халқына хирургиялық қызметті ары қарай дамыту шаралары ұсынылады, оның ішінде хирургиялық технологияның аз шығынды және ресурсты сақтаушы формасына көшуге жағдай жасау, хирургиялық аурулардың жоспарлы санациясын арттыру, сапалы хирургиялық көмектің уақытылы және қолжетімді көрсетілуі, зерттеулер мен емдеуде жоғарғы технологиялық заманауи әдістерді меңгеру, медициналық тұлғалардың кәсіби және жекелеген өсуін ынталандыру үшін жағдай тудыру, қоғамның заманауи талабы мен нарықтық жағдайына хирургиялық көмек жүйесін бейімдеу.

Негізгі сөздер: біріншілік дәрігерлік-санитарлық көмек, мультидисциплинарлы ұжым, амбулаториялық-емханалық буын, амбулаториялық хирургияның аймақтық орталықтары.

SUMMARY

Zh.A. ARZYKULOV, U.Sh. MEDEUBEKOV, O.Zh. NARMANOVA, N.A. IZBAGAMBETOV, G.S. SEITOVA
National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty c., Kazakhstan

PHC: ACTUALITY AND PROSPECTS IN MANAGEMENT BY SURGICAL SERVICE IN KAZAKHSTAN

The article proposes measures to further develop surgical services to the population of Kazakhstan by strengthening the role of primary care, create conditions for the transition to a low-cost and resource-efficient forms of surgical techniques, increasing the planned reorganization of surgical diseases, availability and timely delivery of high-quality surgical care, the introduction of modern high-tech methods of diagnosis and treatment, as well as creating conditions to motivate professional and personal growth of medical personnel, adaptation of surgical care to the modern requirements and market conditions of the society.

Key words: primary health care, multidisciplinary team, regional centers of ambulatory surgery, ambulatory-policlinic link.

Для ссылки: Арзыкулов Ж.А., Медеубеков У.Ш., Нарманова О.Ж., Избагамбетов Н.А., Сейтотова Г.С. Первичная медико-санитарная помощь: актуальность и перспективы в управлении хирургической службой Республики Казахстан // J. Medicine (Almaty). – 2015. – No7 (157). – P. 2-5

Статья поступила в редакцию 14.07.2015 г.

Статья принята в печать 17.07.2015 г.