УДК 614(477)

Клименко Е.В.,

Академия муниципального управления; доцент кафедры теории и истории государства и права и конституционного права, кандидат юридических наук, доцент, докторант кафедры управления охраной общественного здоровья Национальной академии государственного управления при Президенте Украины (Украина, Киев)

Научный консультант — **Радыш Ярослав Федорович**, Национальная академия государственного управления при Президенте Украины; профессор кафедры управления охраной общественного здоровья, доктор наук государственного управления, профессор (Украина, Киев)

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ: ПАМЯТНИК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ В УКРАИНЕ

Аннотация. Одной из задач государственного управления является обеспечение надлежащего уровня медицинской помощи населению. Сегодня в новых рыночных условиях, с учетом морального устаревания советской системы здравоохранения Семашко в постсоветских республиках остро стоит вопрос о преобразовании медицины. Пути реформирования медицинской сферы разные. И в данном случае полезным является опыт внедрения тех или иных изменений, а также их последствий. Осуществление реформы здравоохранения требует тщательного анализа в синхронном и диахронном сравнении. Так, в статье проводится сравнение диспансеризации советского периода и современной Украины. Результатом исследования является обнаружение признаков упрощения, удешевления и снижения уровня обследования и выявления заболеваемости. Практическая значимость заключается в предотвращении неверных шагов в реформировании отрасли с опорой на зарубежный опыт.Данная проблематика требует дальнейшего исследования, поскольку имеет глубокие социальные последствия в виде демографического спада, потери трудоспособности граждан.

Ключевые слова: диспансеризация, профилактика, семейный врач.

Согласно официальным статистическим данным Министерства здравоохранения Украины, в стране сложилась очень непростая ситуация с состоянием здоровья населения, основные показатели которого — средняя продолжительность жизни, уровень смертности и заболеваемости — далеко не оптимистические и в последние годы имеют тенденцию к ухудшению.

Недостаточное финансирование не позволяет бюджетной медицине Украины обеспечить население нужным уровнем обслуживания, в том числе проводить такие меры профилактики, как диспансеризация.

Цель исследования — выявить реальное состояние такого профилактического мероприятия, как диспансеризация, в условиях реформирования системы здравоохранения в современной Украине.

Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления. Целями диспансеризации являются формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, снижение заболеваемости, инва-

лидности, смертности, достижение активного долголетия.

В советское время диспансеризация включала: ежегодный медицинский осмотр несколькими узкими специалистами с проведением лабораторно-инструментальных исследований для выявления заболеваний на ранних стадиях, а также обследование лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний; дообследование нуждающихся с использованием современных методов диагностики; определение состояния здоровья каждого человека; осуществление комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий больным и лицам с факторами риска и последующее систематическое наблюдение за состоянием их здоровья.

Примерно следующая схема медицинского наблюдения за диспансерными группами с указанием нозологических форм, кратности наблюдения, участвующих в наблюдении врачей различных специальностей, рекомендуемых лабораторных исследований, лечебно-оздоровительных мероприятий, а также критериев эффективности диспансерного наблюдения была в СССР.

Участковый педиатр осматривал всех детей своего участка ежегодно: периодичность осмотров детей первых 3 лет жизни зависела главным образом от возраста и состояния здоровья ребенка при рождении. Хирург (ортопед), оториноларинголог, офтальмолог осматривали детей на первом году жизни, в 3 и 5 лет, перед поступлением в школу, в 3-м, 6-м, 8-м классах, невропатолог — на первом году жизни, перед поступлением в школу и в 8-м классе, другие специалисты — по показаниям. Ежегодно проводился осмотр зубов и полости рта средним медперсоналом с последующей санацией стоматологом. Антропометрия, определение остроты слуха и зрения, постановка туберкулиновых проб, предварительная оценка нервно-психического развития также осуществлялись средним медперсоналом. К числу обязательных для детей и подростков ежегодных инструментально-лабораторных исследований относились: анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов, измерение артериального давления (с 7 лет), флюорография органов грудной клетки (с 13 лет). У школьников 8-го класса определяли группу крови и резус-принадлежность.

Участковый терапевт (как территориального, так и цехового участка) ежегодно осматривал все взрослое прикрепленное население. Предварительно проводилось доврачебное обследование, которое включало измерение роста и массы тела, артериального давления, определение остроты слуха и зрения, пневмотахометрию. Гинекологический осмотр женщин с обязательным цитологическим исследованием проводился с 18 лет; электрокардиография — с 15 до 40 лет 1 раз в 3 года, после 40 лет — ежегодно; измерение внутриглазного давления — ежегодно после 40 лет; женщинам — маммография 1 раз в 2 года после 40 лет. Флюорография грудной клетки осуществлялась дифференцированно, но не реже чем 1 раз в 3 года, при высоком уровне заболеваемости туберкулезом на соответствующей территории — ежегодно.

Приведенный перечень исследований являлся обязательным.

Сегодня диспансеризация населения в Украине не является обязательной для граждан; предусматривается лишь обязанность органов здравоохранения создать условия для прохождения диспансеризации всеми желающими; принуждать граждан Украины к прохождению диспансеризации никто не может; граждане сами должны быть заинтересованы в диспансеризации и найти время для ее прохождения. Подобная ситуацияи в отношении профилактических прививок. Обязательность прививок необходимо рассматривать как обязанность государства создать условия для проведения вакцинации, но никак не обязанность для граждан прохождения поголовной вакцинации.

Открытым остается и вопрос соотношения проведения диспансеризации и права на согласие на медицинское вмешательство (ст. 43 Основ законодательства Украины об охране здоровья: согласие объективно информированного дееспособного пациента необходимо для применения методов диагностики, профилактики и лечения. Ч. 3

ст. 284 Гражданского кодекса Украины также требует, чтобы предоставление медицинской помощи физическому лицу, которое достигло четырнадцати лет, проводилось исключительно по его согласию).

Свертывание профилактической деятельности в лечебно-профилактических учреждениях повлекло за собой значительную потерю людских и материальных ресурсов. Отсутствие программ всеобщей диспансеризации сказалось прежде всего на снижении контроля за состоянием здоровья трудоспособного населения, особенно работающего контингента [2, с. 168].

С 2010 года в Украине диспансеризация могла получить новое развитие. Министерство здравоохранения Украины издало Приказ «О диспансеризации населения».

При медосмотре взрослых обязательными должны были стать измерение роста, веса, артериального давления, проверка остроты слуха и зрения, анализ крови и мочи, рентген грудной клетки, маммография и ультразвуковое обследование простаты для мужчин. Предусмотрено было, что участковый или семейный врач должен был планировать медосмотры всех граждан, которые проживают на территории обслуживания, и вести персонифицированный учет тех, кто прошел диспансеризацию.

Стоимость диспансеризации составляла 6 миллиардов гривен. Условных шесть миллиардов гривен в расчете на условных 30 миллионов работоспособных человек означали 200 гривен (25$) на человека. На анализы мочи и крови едва хватало. На маммографию, узи, рентген — и думать нечего, эти процедуры уже давно были платные.

К тому же в Украине была начата в 2011 году реформа системы здравоохранения. Целью первого ее этапа являлось испытание новой, оптимизированной модели здравоохранения в рамках пилотных проектов, которые получили реализацию в специально определенных регионах. Полномасштабное внедрение реформы осуществлялось в 2013 году.

До реформы мы имели первичное звено в виде ФАПов (фельдшерско-акушерских пунктов), сельских врачебных амбулаторий, районных больниц, станций «скорой помощи», поликлиник с участковыми врачами и узкими специалистами, ЦРБ (центральные районные больницы), городских и областных поликлиник и больниц, специализированных диспансеров и центров.

В результате реформы планируется закрыть почти все участковые и районные больницы, до минимума сократить ЦРБ, оставив там только оказание неотложной врачебной помощи, закрыть большую часть поликлиник, оставив вместо них несколько десятков врачей семейной медицины, сельские амбулатории переименовать в амбулатории семейной медицины и в каждую посадить семейного врача. Всю основную квалифицированную медицинскую помощь перенести в несколько ТМО (территориальные медицинские объединения), которые будут находиться в самых крупных райцентрах, — одно ТМО на 3—4 района и в областных центрах.

Согласно реформам диспансеризацию должны осуществлять семейные врачи, функциональными обязанностями которых являются также наблюдение за детьми от первого года жизни и взрослыми, оздоровление, вакцинация, обучение здоровому образу жизни. Следует отметить, что нагрузка семейного врача многократно превышает его возможности, и это все при низкой зарплате. Значит, диспансеризация как символ профилактической медицины превратилась в большую профанацию стоимостью 6 миллиардов. Врачи формально провели диспансеризацию. Но даже если б были выявлены заболевания, это не повлекло бы за собой лечения и предоставления необходимых лекарств вследствие отсутствия средств у государства [1, с. 62].

Возможно, надо принять законы к прохождению диспансеризации, которые установят более жесткие условия для тех, кто не заботится о состоянии своего здоровья, путем законодательного ограничения возможности таких лиц в страховании, кредитовании, приеме на работу, учебу и т.п.

Но если здоровья нет и отсутствуют средства на лечение, операцию или на до-

рогие эффективные лекарства, у населения один путь — лгать государству, что здоров, покупая справки.

Итак, врачи считают планы Минздрава нереальными с правовой точки зрения. У большей части населения нет трудовых обязательств по прохождению медосмотра, как это было в СССР. Обязать людей проходить диспансеризацию будет крайне сложно. Правительство возлагает надежды на семейного врача, который будет рекомендовать своим пациентам пройти медосмотр. Но в Украине институт семейного врача очень слабо развит.

Одной из ключевых проблем украинской семейной медицины является финансовая. В учреждениях первичного звена начинают и заканчивают лечение до 30% пациентов в городах и до 50% пациентов в сельской местности. Удельный вес расходов на содержание учреждений здравоохранения, которые предоставляют первичную медико-санитарную помощь, составляет менее 10% от общего объема расходов на здравоохранение, что, учитывая неудовлетворительный уровень материально-технического обеспечения указанных структур, является крайне недостаточным.

Не менее важной проблемой семейной медицины в Украине на сегодня является также кадровое обеспечение. Ведь при довольно высоких цифрах выпускников медицинских университетов, лишь незначительное их количество остается в медицине, что, как правило, связано с мизерным жалованьем, отсутствием социальных гарантий и условий для молодых специалистов. Отметим также, что принудительное направление молодых специалистов на работу в учреждения здравоохранения по предоставлению первичной медико-санитарной помощи не дает ожидаемых положительных результатов. Наоборот, наблюдается возрастающий отток специалистов первичного звена в соседние государства, где оплата аналогичной работы выше практически на порядок (прежде всего в Российскую Федерацию, Польшу, Белоруссию).

Кадровая проблема касается не только підготовки семейных врачей, но и семейных медсестер, что является узким местом в Украине на сегодня. Связано это прежде всего с тем, что, во-первых, в наших учебных заведениях не ведется подготовка семейных медсестер, а во-вторых, для них нет нормальных курсов повышения квалификации.

Кроме того, семейная медицина предусматривает, что каждый врач должен иметь в обслуживании 1200 человек, а медсестра — 600. Т.е. на каждого семейного врача должно быть по две медсестры, но сейчас этого нет. И дело здесь не в недостаточном количестве, а в том, что организация работы в наших поликлиниках такая, как и раньше, — с нерациональным распределением сил.

В учреждениях первичной медико-санитарной помощи (в амбулаториях) можно провести базовые исследования (анализ крови, мочи, измерение уровня глюкозы в крови). Если возникает необходимость более детального обследования и консультирования, врач первичной помощи (семейный врач, терапевт, педиатр, акушер-гинеколог) выдает направление в лечебное заведение вторичного уровня. Объем необходимых обследований определяется заболеванием пациента [4, с. 5—9].

Как видим, в диспансеризаци, проводимой семейным врачом, узких специалистов не предусмотрено, объем обследований мизерный. Хотя семейный врач и определяется как суперврач новой формации, который знает и терапию, и гинекологию, и педиатрию, и неврологию, и офтальмологию, и хирургию, и психиатрию и другие разделы медицины, но по сути он превращается в фельдшера широкого профиля [3, с. 37—38].

Часто в обоснование должности семейного врача приводят земских врачей, работавших в сельской местности в XIX веке. Тогда медицина была на другом, более низком уровне развития и не было узких врачебных специальностей.

Но сегодня такое государство, как Украина, не может полностью финансировать здравоохранение — ни одного бюджета для этого не хватит. О медицине советского типа, которая дотировалась из общей казны, можно успешно забыть —

такого потока финансов получить просто нереально. А семейная медицина предусматривает в первую очередь изменение распределения средств. Если пойти путем финансирования высокоспециализированных (и соответственно дорогих) заведений, соответственно нужно изменить подходы к предоставлению медпомощи.

В мировой практике существует несколько типов работы семейного врача, по какому именно будет работать украинский, пока рано и сложно говорить. Главная суть в том, что средства выделяются на каждого жителя, с которым сотрудничает врач, а не на койко-место, как при прошлой системе.

На практике это означает: врач заинтересован в том, чтобы вылечить пациента и чтобы он по возможности дольше оставался здоровым (если пациент не болеет, деньги все равно выделяются. Часть их идет на дополнительную зарплату, другая часть — на оснащение конкретной семейной амбулатории). В современных стационарах зарплата врача прямо зависит от количества и времени пребывания пациента в палате, т.е. сейчас врачам удобно лечить много и долго.

Средства, что выделяются на каждого жителя, составляют фонд, которым полностью или частично распоряжается семейный врач. Он может их лишь направлять, лично ему они не принадлежат. В теории если он вылечил пациента, то выделенные средства так и остаются в фонде. Если же больной нуждается в специализированной помощи, то он будет оплачиваться именно из этого фонда.

В последнем можно усмотреть заинтересованность семейного врача не направлять пациента к узкому специалисту даже в случае необходимости. К примеру, в Украине заработная плата семейного врача колеблется от 1650 грн., что составляет 200$, до 6500 грн., что составляет 800$. Размер ее зависит от количества средств, оставшихся в фонде.

Возможно, обращаться к врачу будет проще. Ведь человек будет знать, у кого конкретно и где можно получить помощь. Если нужна какая-то специализированная помощь, это уже забота вашего семейного врача.

Так будет выполняться принцип этапности: 70—80% обратившихся попадут под компетенцию семейных врачей — первый уровень помощи, двадцать процентов направляются в стационары, где им предоставляют помощь узкие специалисты. Из них десять, которые нуждаются в лечении в институтах и клиниках, как правило, это пациенты с редчайшими или трудными заболеваниями — третий уровень помощи.

Ну а если пациент очень хочет воспользоваться услугой узкого специалиста, то он это может сделать без направления семейного врача, но уже на платной основе.

Таким образом, право граждан Украины на такое профилактическое мероприятие, как диспансеризация, получило новое выражение, которое по сути является упрощением, удешевлением и снижением уровня обследования и выявления заболеваемости.

Библиографический список

1. Гришман Л. Семейный врач: миф или реальность? / Здоровье Украины. № 18. Сентябрь. 2008. С. 62.

2. Дорофеев М.А. Совершенствование диспансеризации работающего населения в условиях модернизации здравоохранения: Дис. ... на соиск. к. мед. н. — Москва, 2010. — С. 168.

3. Проблемы организации диспансерного наблюдения детей сельской местности / Н.М. Коренев, Л.П. Булага, А.М. Коломиец [и др.] // Актуальні питання внутрішньої медицини в практиці сімейного лікаря: матеріалинаук.-практ. конф. з міжн. участю, 4—5 жовтня 2006 р., Харків / М-во охорони здоров'яУкраїни [та ін.]. Х.: Харк. акад. післядипл. освіти, 2006. С. 37—38.

4. Хвисюк О.М. Розвиток сімейної медицини і здоров'я населення / О.М. Хвисюк, А.Р. Короп, О.М. Зайцев // Проблеми сучасної медичної науки та освіти. 2009. № 4. С. 5—9.

Reference

1. Grishman L. Family doctor: myth or reality? / Health of Ukraine. № 18. Sept. 2008. P. 62.

2. Dorofeev M. A. Improvement clinical examination of the working population in the

modernization of health care. Diss. on competition. K. med.n. Moscow. 2010. P. 168.

3. Problemy organization of follow-up of children tion rural areas / N.M. Korenev, L.P.Bulaga, A.M.Kolomiets [and others] // Topical issues in the practice of medicine inside the family doctor: materials science and practical conference with international participation, 4–5 October 2006, Kharkiv / Ukraine Ministry of Health [and others]. H.: Hark. Acad. Postgraduate Education, 2006. P. 37–38.

4. Hvisyuk O.M. Development of family medicine and public health / O.M.Hvisyuk, A.R. Karp, O.M. Zaytsev // Problems of modern medical science and education. 2009. № 4. P. 5–9.

Klimenko E.V., e-mail: lekom@voliacable.com
Academy of municipal management, associate professor of the theory and history of the state and right and constitutional right department, candidate of legal sciences, associate professor, (Ukraine, Kyiv),
Doctoral student of the public health care management department, National Academy of Public Administration, office of the President of Ukraine.
Scientific consultant – Radysh Yaroslav Fedorovich, National Academy of Public Administration, office of the President of Ukraine, professor of the public health care management department, doctor of sciences of public administration, professor, (Ukraine, Kyiv).

HEALTH CENTRE SYSTEM: MONUMENT TO PROPHYLACTIC MEDICINE IN UKRAINE

Abstract. One of the tasks of government is to ensure the appropriate level of medical care. Today, under the new market conditions, taking into account the obsolescence of the Soviet health care system in the post-Soviet republics Semashko an urgent need to transform medicine. Ways to reform the medical sphere different. And in this case it is useful to experience the introduction of certain changes and their consequences. Implementation of health care reform requires careful analysis of synchronic and diachronic comparison. Thus, in the paper compares dispanserization of the Soviet period and the modern Ukraine. The result of the study is to detect signs of simplification, reduce the cost and reduce the level of inspection and detection of disease. The practical significance is to prevent false steps in reforming the industry, based on international experience. These problems require further investigation, as it has profound social consequences in the form of demographic decline, disability citizens.

Key words: dispanserization, prevention, family doctor.