

УДК 351.77:614.253.5

Б. Лемішко

РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ МЕХАНІЗМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В ЗАКЛАДІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Проаналізовано роль диспансерного методу надання первинної медико-санітарної допомоги територіальній громаді в міській поліклініці, яка працює на засадах сімейної медицини, щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я здорових і лікування хворих різних вікових груп.

Ключові слова: диспансеризація, первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина, комплексний механізм державного управління.

З метою реалізації Закону України “Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року” № 1841-VI від 22.01.2010 р., Міністерством охорони здоров'я України (далі – МОЗ) видано наказ “Про диспансеризацію населення” № 728 від 27.08.2010 р., яким затверджено комплексний механізм державного управління системою охорони здоров'я, спрямований на формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей та профілактику найпоширеніших захворювань серед населення України [1, 2], до якого належать політичний, організаційний, мотиваційний, економічний та правовий механізми державного управління.

Диспансеризація – це система роботи лікувально-профілактичних закладів, спрямована на активне спостереження за здоров'ям певних контингентів населення, вивчення їх умов праці та побуту, забезпечення правильного фізичного розвитку і здоров'я, а також попередження захворювань шляхом реалізації відповідних лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів [3].

Подальший розвиток медичної валеології, яка сформована наприкінці ХХ ст. як наука про здоров'я здорових [4], та превентивної медицини, запровадження їх досягнень у практичну охорону здоров'я України, які спрямовані на формування, збереження та зміцнення здоров'я різних вікових груп, первинну та вторинну профілактику найпоширеніших захворювань, значною мірою залежить від успішності проведення диспансеризації в Україні.

Професійна діяльність органів, закладів і фахівців охорони здоров'я повинна комплексно включати спектр медико-соціальних заходів, які передбачають пропаганду принципів здорового способу життя, попередження і ранню діагностику найпоширеніших захворювань, оздоровлення та лікування хворих людей, динамічне спостереження за станом здоров'я територіальних громад.

Ідея диспансеризації, активного лікарського спостереження за здоров'ям людей з метою попередження захворювань з давніх-давен привертала увагу передових вітчизняних і закордонних діячів медицини. Важливу роль у розвитку захворювань, їх профілактиці та лікуванні відіграють режим праці, відпочинку, харчування людини і здоровий спосіб життя [5].

Успішний розвиток та удосконалення диспансерного методу роботи закладів охорони здоров'я, розширення сфери його застосування в Україні пов'язані,

передовсім, із реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Використовуючи досягнення сучасної медичної науки та практики охорони здоров'я, можна стверджувати, що диспансерний метод надання допомоги фахівцями сімейної медицини успішно поєднує валеологічні, профілактичні та лікувальні заходи під час оздоровлення окремих родин і територіальних громад.

Диспансеризація проводиться у двох напрямках: перший напрямок – здорові особи, які потребують нагляду медичних працівників з огляду на вікові чи професійні особливості їх трудової діяльності; другий – хворі, які страждають на певні захворювання.

Мета диспансеризації здорових – формування, збереження і зміцнення їх здоров'я, забезпечення правильного фізичного й психічного розвитку, створення оптимальних умов праці та побуту, раннє виявлення захворювань, запобігання розвитку і прогресуванню хвороб, збереження працездатності.

Метою диспансеризації хворих є охоплення динамічним медичним спостереженням хворих на ранній стадії захворювання, запобігання загостренням і ускладненням хвороби, зменшення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та виходом на інвалідність, продовження тривалості та поліпшення якості життя хворих і періоду їх активної працездатності [6].

Успішне проведення диспансеризації у багатьох випадках залежить від активної участі в ній широких верств громадськості. Лише базуючись на територіальних громадах та їх лідерах, фахівці первинної медико-санітарної допомоги, на яких покладається лівова частина роботи у цьому процесі, можуть постійно поліпшувати форми диспансеризації та розширювати її масштаби.

Оскільки практично вся первинна медико-санітарна допомога населенню України надається державними чи комунальними закладами охорони здоров'я, то удосконалення комплексного механізму державного управління диспансерним методом обслуговування населення переважно з превентивною метою має велике значення у соціальній політиці держави.

Величезний обсяг роботи фахівців сімейної медицини, який вимагається у згаданому вище наказі МОЗ України щодо диспансеризації, може бути успішно виконаним лише у тому випадку, коли в закладах сімейної медицини будуть запроваджені сучасні автоматизовані системи медичного обстеження населення. При цьому комп'ютеризація збору, накопичення, передавання, обробки та збереження, а також пошуку необхідної інформації щодо постійного підвищення якості та ефективності диспансеризації повинна бути запроваджена у всіх лікувально-профілактичних закладах первинної медико-санітарної допомоги.

Стаття спрямована на удосконалення комплексного механізму державного управління профілактичною спрямованістю роботи сімейних лікарів і медичних сестер загальної практики-сімейної медицини щодо виконання завдань та заходів із формування, збереження та зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп і ефективного лікування хворих у комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова (далі – КМКП), фахівці якої надають первинну медико-санітарну допомогу 85,9 тис. населення одного з адміністративних районів міста.

Як відомо, мотиваційний механізм державного управління в комплексному механізмі посідає провідне місце, тому що за його допомогою можна суттєво поліпшити якість професійної діяльності фахівців сімейної медицини та підвищити її ефективність. Політичний механізм державного управління валеологічною і

превентивною роботою у закладах первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини, визначений Загальнодержавною програмою розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період 2011 року, затвердженою відповідним законом України. Метою цієї програми є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання доступної та високоякісної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Названою програмою визначені політичні шляхи та механізми вирішення проблем, що виникають під час реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та її розвитку. А оскільки до первинної медико-санітарної допомоги, за визначенням експертів США – СНД, належить медико-санітарна допомога, яка спрямована на організацію заходів із пропаганди здорового способу життя, профілактики захворювань і надання медичної допомоги на догоспітальному етапі [7], то вказаною програмою затверджено політичний механізм державного управління профілактичною складовою охорони здоров'я.

Стратегічні аспекти організаційного механізму державного управління розвитком профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я визначені Порядком диспансеризації населення, затвердженим наказом МОЗ України № 728, в якому зазначено, що профілактика захворювань передбачає здійснення спільних профілактичних заходів багатьма центральними органами виконавчої влади та відомствами, громадськими організаціями, розширення наукових досліджень, спрямованих на попередження і зниження захворюваності та поширення хвороб, збереження та укріплення здоров'я населення [8].

З огляду на те, що у програмі перепідготовки колишніх дільничних терапевтів і педіатрів за спеціальністю “загальна практика – сімейна медицина” досить мало уваги було приділено питанням превентивної медицини, то з самого початку роботи сімейних лікарів і медичних сестер у комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова у 2005 р. було організовано безперервний професійний розвиток цих фахівців із проблем медичної валеології та превентивної медицини.

На організованих щомісячних заняттях фахівців сімейної медицини вивчались питання формування, збереження і зміцнення не лише фізичного, але й психічного та репродуктивного здоров'я населення. Заняття проводилися викладачами кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (далі – ЛНМУ), клінічною базою якої є КМКП, за модульно-кредитною системою. Контроль за рівнем опанування слухачами знань і практичних навиків відбувався за системою тестів, опрацьованих на цій кафедрі.

Під час безперервного професійного розвитку слухачами використовувались навчальні посібники, підготовлені та видані професорсько-викладацьким складом названої кафедри [9, 10]. Основною концепцією посібників із профілактичної медицини є “концепція чинників ризику”, яка дає змогу практичним лікарям накреслювати плани конкретних заходів щодо профілактики найпоширеніших захворювань у мешканців будь-якого віку.

Виконання профілактичної роботи у процесі диспансеризації здорових людей вимагає застосування мотиваційного механізму управління фахівцями сімейної медицини.

Відповідно до процесуальних теорій мотивації, її розглядають з огляду на розподіл зусиль людини для досягнення поставлених цілей. Однак не завжди навіть настирливі зусилля гарантують досягнення поставленої цілі, що може бути пов'язано з поганою підготовкою до виконання певних професійних дій. Ось чому ми розглядаємо підготовку сімейних лікарів з проблем медичної валеології та превентивної медицини у процесі їх безперервного професійного розвитку без відриву від основної роботи одним із інструментів мотиваційного механізму державного управління профілактичною роботою в закладі сімейної медицини.

Важливим інструментом управління формуванням здоров'я територіальної громади, якою опікується сімейний лікар, є стандартизація його професійної діяльності, чому сприяє опрацювання і використання локальних протоколів надання медичної допомоги у закладах первинної медико-санітарної допомоги [11]. Вони розробляються управліннями КМКП і висококваліфікованими сімейними лікарями під керівництвом професорів і викладачів кафедри поліклінічної справи і сімейної медицини ЛНМУ. Основою для опрацювання локальних протоколів медичної допомоги у КМКП є уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги при різних захворюваннях, які за дорученням МОЗ України опрацьовують провідні спеціалісти з використанням світових досягнень доказової медицини. Локальні протоколи медичної допомоги в поліклініці видані типографським шляхом і наявні на кожному робочому місці сімейного лікаря та медичної сестри. Вони виконують не лише організаційну функцію професійної діяльності фахівців сімейної медицини з регламентування професійного маршруту пацієнта, але і мотивувального чинника щодо виконання профілактичної роботи у процесі диспансеризації, стандарти якої наводяться в цих нормативних документах.

Важливим етапом реалізації мотиваційного механізму управління є застосування різних інструментів цього механізму при оцінюванні ефективності роботи фахівців сімейної медицини. На основі результатів оцінки застосовуються різні методи стимулювання лідерів за кількістю і якістю виконаної роботи згідно з рейтинговими показниками [12]. У КМКП поряд із відомими чинниками морально-психологічної мотивації до якісної медичної допомоги населенню зокрема й диспансеризації (подяки, грамоти тощо) використовуються і такі нетрадиційні для КМКП методи, як внутрішньополіклінічний аудит і коучинг.

Професійний аудит у закладах первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини, виконує багато функцій в організаційному, мотиваційному, економічному і правовому механізмах державного управління щодо якості надання конкретним фахівцем сімейної медицини конкретному пацієнтові профілактичної у процесі диспансеризації чи лікувально-реабілітаційної допомоги. За наказом головного лікаря створені аудиторські групи на громадських засадах. Опрацьовані положення про внутрішньополіклінічний аудит і посадові інструкції професійних аудиторів, до яких належать висококваліфіковані фахівці КМКП.

Основною метою внутрішньополіклінічного аудиту визначено безперервне підвищення якості медичної допомоги у процесі реалізації заходів валеологічного, профілактичного і лікувально-реабілітаційного напрямків як в амбулаторно-поліклінічних закладах, так і в домашніх умовах.

Основними завданнями внутрішньополіклінічного аудиту визначені вивчення доступності первинної медико-санітарної допомоги, поліпшення впливу фахівців сімейної медицини на стан громадського здоров'я, підвищення ефективності використання ресурсів амбулаторно-поліклінічного закладу, зростання

задоволеності населення системою надання медичної допомоги, захист інтересів пацієнтів і медичних працівників щодо надання якісної медичної допомоги та у випадку професійного ризику, поліпшення мотиваційного механізму управління якісною медичною допомогою, зокрема диспансеризацією.

Внутрішньополіклінічний аудит включає не лише вивчення процесу надання якісної первинної медико-санітарної допомоги. Аудитори, якими виступають досвідчені завідувачі відділень та лідери рейтингу за минулий період, на основі індикаторів якості роботи конкретного фахівця виявляють недоліки чи помилки у процесі надання медичної допомоги, що впливають на якість та ефективність професійних дій, опрацьовують конкретні заходи та методичні рекомендації, які сприяють попередженню цих недоліків у роботі. Робота фахових внутрішньополіклінічних аудиторів сприяє вибору найоптимальніших рішень у механізмі державного управління і створює додаткові мотиваційні чинники щодо підвищення якості медичної допомоги в закладі сімейної медицини.

Задоволеність пацієнтів наданням медичної допомоги в поліклініці вивчається на основі соціологічного дослідження, що враховує організаційні аспекти, умови надання допомоги, дотримання медичними працівниками медичної етики та деонології. На основі проведеного опитування у 2009 р. задоволеність населення роботою фахівців поліклініки становить 92%.

Рейтингова оцінка роботи фахівців сімейної медицини та внутрішньополіклінічний аудит сприяють поліпшенню якості медичної допомоги та об'єктивізації застосування різних методів мотивації кожного з них, що сприяє зменшенню захворюваності, інвалідизації та смертності населення територіальної громади.

Зовнішній аудит, який проводився останній раз акредитаційною державною комісією у 2008 р., підтвердив відповідність поліклініки критеріям і гарантіям високої якості професійної діяльності амбулаторного лікувально-профілактичного закладу. Поліклініка отримала вищу акредитаційну категорію.

У механізмах державного управління якістю профілактичної допомоги особливу роль відіграє диспансеризація окремих груп здорового населення і хворих. Так, Порядком диспансеризації населення стратегією вітчизняної охорони здоров'я визначено запровадження обов'язкового державного медичного страхування, передумовою якого стане диспансеризація, яка спрямована на боротьбу з найпоширенішими та небезпечними захворюваннями. При цьому особлива увага має приділятися попередженню захворювань, охороні здоров'я матерів та дітей [13].

Управління процесом диспансеризації покладається на органи управління та заклади охорони здоров'я, персональна відповідальність за що відведена їх керівникам. Планування заходів із диспансеризації та їх реалізація здійснюється у закладах сімейної медицини лікарями загальної практики-сімейної медицини. Вони налагоджують персоніфікований облік усього населення на сімейно-територіальних дільницях, організують профілактичні огляди та розподіляють контингенти по групах за віковими та соціальними критеріями.

За результатами профілактичних оглядів сімейних лікарів і необхідних додаткових обстежень та консультацій лікарів-спеціалістів визначають групу диспансерного нагляду. Названим вище наказом МОЗ України визначено три таких групи:

1) здорові (Д I) – особи, які не пред'являють жодних скарг, у минулому та при огляді яких не виявлено хронічних захворювань або порушень функцій окремих органів чи систем;

2) практично здорові (Д II) – особи, які мають в минулому гостре чи хронічне захворювання, однак не мають загострень протягом кількох років;

3) хворі, які потребують лікування (Д III).

Необхідно відзначити, що існує і поділ хворих, які знаходяться під диспансерним спостереженням, на хворих із компенсованим перебігом захворювання (третя диспансерна група, Д III), субкомпенсованим перебігом захворювання (Д IV) і декомпенсованим перебігом захворювання (Д V, переважно інваліди II і I груп) [14].

У здійсненні диспансеризації провідною фігурою є сімейний лікар, який запускає організаційний механізм державного управління диспансеризацією і забезпечує його керування щодо конкретної людини. На сімейно-територіальній дільниці сімейний лікар виконує такі заходи: здійснює безпосередній облік населення та його профілактичний огляд; забезпечує взаємозв'язок та послідовність щодо надання медичної допомоги конкретному пацієнтові з лікарями-спеціалістами; розподіляє населення по групах диспансерного спостереження; відбирає хворих, які підлягають диспансерному нагляду; забезпечує проведення всіх необхідних діагностичних і лікувально-оздоровчих заходів; направляє хворих на госпіталізацію чи стаціонарне лікування у денних стаціонарах поліклініки, а також на санаторно-курортний етап реабілітації та профілактичного протирецидивного лікування; надає рекомендації щодо режиму праці, відпочину і харчування, а також здійснює контроль за виконанням комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Керівники закладів первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини, забезпечують контроль за виконанням індивідуальних планів оздоровлення хворих, формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових різвих вікових груп, розробляють плани оздоровчих заходів щодо зміцнення громадського здоров'я приписного населення. До цієї роботи залучаються керівники підприємств, установ і закладів, а також громадські організації міст і сільських поселень.

Важливу роль у комплексному механізмі державного управління якістю і ефективністю диспансеризації у закладах сімейної медицини відіграють молодші спеціалісти із "Загальної практики-сімейної медицини" з вищою медичною освітою (медичні сестри та фельдшери). Вони здійснюють облік та реєстрацію населення на території обслуговування, уточнюють списки прикріпленого контингенту в комунальних службах або шляхом відвідувань мешканців вдома, проводять серед населення санітарно-освітню роботу щодо профілактики найпоширеніших захворювань і необхідності диспансеризації, узгоджують із лікарем строки проведення диспансерних оглядів конкретних осіб та забезпечують їх явку до лікаря, контролюють виконання комплексу лікувально-оздоровчих заходів, ведуть відповідні облік та аналіз диспансеризації, забезпечують зв'язок із іншими підрозділами і закладами охорони здоров'я щодо проведених ними заходів із диспансеризації окремих осіб.

Висновки

Отже, диспансеризація як метод комплексного управління здоров'ям територіальних громад може вирішити багато проблем, які стосуються громадського здоров'я. Однак для успішного виконання комплексних завдань, які ставляться

політичним механізмом державного управління цим процесом в Україні, необхідне детальне опрацювання принципів його реалізації на мікрорівні, безпосередньо у закладах первинної медико-санітарної допомоги та на сімейно-територіальних дільницях.

Цей складний і комплексний метод може успішно реалізуватись лише при застосуванні сучасних автоматизованих систем у процесах організації та проведення профілактичних медичних оглядів; обробки даних лабораторних та інструментальних досліджень; формування необхідної інформації на кожного диспансерного пацієнта; обробки результатів профілактичних оглядів осіб, які мають чинники ризику виникнення певних захворювань чи паталогічних змін у стані здоров'я; створення реєстру здоров'я населення.

Необхідно опрацювати критерії ефективності диспансеризації як здорового населення різних вікових груп, так і хворих на найпоширеніші захворювання, які свідчатимуть про рівень громадського здоров'я визначеної територіальної громади, зниження захворюваності, інвалідизації та смертності населення, на основі реєстру стану здоров'я мешканців сімейно-територіальних дільниць.

Потребує подальшої розробки правовий механізм державного управління процесом диспансеризації населення із залученням кожного члена територіальної громади до активної участі у збереженні та зміцненні як індивідуального, так і громадського здоров'я, а також обмеження нанесення шкоди власному здоров'ю через нездоровий спосіб життя і шкідливі звички окремих членів людської спільноти.

Література

1. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року : Закон України № 1841-VI від 22.01.2010 р. // Управління закладом охорони здоров'я [Текст]. — 2010. — № 3. — С. 57—89.
2. Про диспансеризацію населення [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2010 р. — Режим доступу : www.portal.rada.gov.ua.
3. Буренков С. П. Диспансеризация / С. П. Буренков, А. В. Воропай // Большая медицинская энциклопедия [Текст] : у 36 т. Т. 7. — М. : Советская энциклопедия, 1977. — С. 355—359.
4. Брехман И. И. Введение в валеологию – науку о здоровье [Текст] / И. И. Брехман. — Л. : Наука, 1987. — 125 с.
5. Буренков С. П. Диспансеризация... — С. 356.
6. Визначення рейтингових показників роботи фахівців і підрозділів сімейної медицини [Текст] : метод. реком. / Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк, О. С. Холодзьон [та ін.]. — Львів : [б. в.], 2007. — 14 с.
7. Поліклінічна справа і сімейний лікар [Текст] / за ред. Є. Я. Склярєва, І. О. Мартинюк, Б. Б. Лемішка. — К. : Здоров'я, 2003. — С. 5.
8. Про диспансеризацію населення...
9. Визначення рейтингових показників роботи фахівців і підрозділів сімейної медицини... — 14 с.
10. Громадське здоров'я і громадське медсестринство [Текст] / за ред. Є. Я. Склярєва, М. Б. Шегедин, Б. Б. Лемішка. — К. : Медицина, 2008. — 223 с.

11. Локальні клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим кардіологічного профілю [Текст] / І. О. Мартинюк, О. Б. Палій, Т. Ф. Лисюк [та ін.]. — Львів : [б. в.], 2010. — 46 с.

12. Визначення рейтингових показників роботи фахівців і підрозділів сімейної медицини... — 14 с.

13. Про диспансеризацію населення...

14. Визначення рейтингових показників роботи фахівців і підрозділів сімейної медицини... — 14 с.

B. Lemishko

THE ROLE OF CLINICAL EXAMINATION IN THE COMPLEX MECHANISM OF PUBLIC ADMINISTRATION OF THE POPULATION HEALTH IN FAMILY MEDICINE INSTITUTION

The role of clinical examination method of providing primary health care of the community in the city polyclinic that operates on the basis of family medicine, concerning formation, maintenance and enforcement the health promotion and treatment of patients in different age groups is analyzed.

Key words: clinical examination, primary health care, family medicine, the complex mechanism of public administration.