УДК 303.4:61

А.Қ. Садыкова[1], Г.Т. Мещанов[1], Д.Н. Маханбеткулова[2]
[1]«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті
[2] С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

АЛҒАШҚЫ МЕДИКО – САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ДЕҢГЕЙІНДЕГІ ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕР РӨЛІ

Алғашқы медициналық – санитарлық көмек деңгейінде халық денсаулығын қорғау келесі процесстерді: алдын –алу бағдарламаларын жетілдіру, ауруларды ерте анықтау, сапалы емдік – профилактикалық көмектің қолжетімділігін арттыру, денсаулық сақтау жүйесінің ресурстарын тиімді пайдалану негізінде жүзеге асады.
Түйінді сөздер: *алғашқы медико – санитарлық көмек, жалпы тәжірибелік дәрігер*

Өзектілігі. Алғашқы медико – санитарлық көмекті ұйымдастырудың негізгі формасы жалпы дәрігерлік (отбасылық) тәжірибе, ал АМСК деңгейіндегі медициналық қызмет көрсетудің басты фигурасы – жалпы тәжірибелік дәрігер (ЖТД) болып табылады. Жалпы тәжірибелік дәрігер – негізгі дәрігерлік мамандықтар бойынша кеңінен бағдарланған, жиі кездесетін аурулар кезінде не төтенше жағдайлар кезінде амбулаторлы медициналық көмек көрсете алатын көпсалалы маман. Қазақстан Республикасында алғашқы медико – санитарлық көмек қоғам, жанұя, жеке адам деңгейлерінде дәрігерге дейінгі не тәуліктік қадағалауы жоқ білікті медициналық көмек түрін көрсететін қолжетімді медициналық қызметтердің жиынтығы ретінде қарастырылады.
Зерттеудің мақсаты. Шет ел тәжірибесі негізінде алғашқы медико – санитарлық көмек деңгейіндегі жалпы тәжірибелік дәрігер қызметін бағалап, емханадағы көрсетілетін медициналық көмекті жақсартуға бағытталған ұсыныстарды әзірлеу.
Кіріспе. Жалпы тәжірибе дәрігерінің анықтамасы 1974 жылы Англияда берілген: «Жалпы тәжірибе дәрігері - бұл жасы, жынысы немесе аурудың сипатына қарамастан, жеке тұлғаларға, отбасыларға және осы медициналық мекемеде тіркелген тұрғындарға бастапқы және үздіксіз медициналық көмек көрсететін, дәрігерлік қызметті жүзеге асыратын сертификаты бар дәрігер. Бұл функциялардың синтезі осы ұғымның бірегейлігі болып табылады. Ол науқастары өз кабинетіне қабылдап, қажет болса науқастың үйіне барып көмектеседі. Оның мақсаты - алғашқы диагнозды қою. Кейбір авторлардың пікірі бойынша, көптеген дәрігерлердің бастапқы медициналық-санитарлық көмек жүйесінің жалпы практика дәрігерлері (отбасылық дәрігерлер) түрінде болуы жалпы қоғамды қанағаттандырады, бірақ жүйенің кейбір аспектілері енді ғана жақсарып келеді [1]. Көптеген Батыс Еуропа елдерінде денсаулық сақтау құрылымына жалпы тәжірибе дәрігерін енгізу тар шеңберлі мамандандырудың қарқынды даму кезеңінде (30-60 жыл) болды [2]. Алайда көптеген елдерде денсаулық сақтауға жұмсалатын шығыстардың үнемі ұлғаюы халықтың денсаулық жағдайын жақсартуды тоқтатты, ал қосымша инвестициялардың бөлінуі оларға әсер етуді шектеді. «Диспетчерге» айналып кеткен алғашқы медициналық-санитарлық дәрігерлер беделінің күрт төмендеуі нәтижесінде, олардың науқас үшін жеке жауапкершілігі жоғалып кетті. Жағдайдың қауіптілігі ескеріліп, жалпы дәрігерлік тәжірибеге көшу алғашқы байланыстың дамуына бағытталған денсаулық сақтау реформасының жүйелі, мақсатты процесі ретінде басталды. ЖТД жұмысының ерекшелігі: кез-келген уақытта науқасқа медициналық көмек көрсету мүмкіндігі , төтенше жағдайлар мен созылмалы ауруларды емдеу мүмкіндігі және оның қызметінің профилактикалық сипатының болуы. Авторлар жалпы тәжірибе дәрігерінің төрт қағидаттарын, яғни алғашқы медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді, отбасылық қадағалауды, үйде күтім жасауды және өмір бойы тұрақты мониторингті жүргізуді анықтады [3,4].
Әр мемлекеттің денсаулық сақтау құрылымына тән ұйымдастырушылық, қаржылық, экономикалық және басқа да ерекшеліктерімен анықталған алуан түрлі ЖТД жұмыс істеуінің үлгілері бар. Мысалы, жалпы тәжірибелі маманның участігіндегі халық саны 800 (Италия) бастап 2500 адамға дейін (Австрия) не бұл көрсеткіштен де көп пациенттердің саны, жұмыс аптасындағы жұмыс істеу күндеріндегі айырмашылық, бір науқасты қабылдаудың орташа уақыты, үйге бару жиілігі және тағы басқалар [5]. Дегенмен, кез-келген үлгідегі жалпы дәрігерлік тәжірибенің негізгі ерекшелігі - өзара есеп айырысудың орнықты жүйесін көздейтін қорларды ұстау қағидаттарына негізделген, оның жұмыс істеуінің автономиясы. Әлемде амбулаториялық-емханалық көмекке ақы төлеу үшін әртүрлі қаржы механизмдері пайдаланылады, оның бастысы: денсаулық сақтау қызметтері жарияланған прайс-листі (Финляндия, Швеция, Португалия) негізінде ақша қаражатын төлеген кездегі баға тізімі (немесе бекітілген қаржыландыру); жан басына шаққандағы төлем (Нидерланды, Италия); көрсетілетін қызмет үшін төлем (Бельгия, Люксембург) және аралас әдіс (Дания, Австрия) [6].
Денсаулық сақтаудың экономикалық проблемалары саласында жұмыс істейтін американдық мамандар жан басына төленетін қаржыландыру жүйесін алғашқы медициналық көмек көрсетудің негізгі төлем механизмі ретінде қолдайды. Осы әдісті АҚШ-та пайдаланудың таралуы жан басына шаққандағы төлем механизмін жетілдіруге бағытталған зерттеулер мен жарияланымдар санының артуын айқындайды. Сарапшылардың пікірінше, АҚШ-тың денсаулық сақтау саласының үлес салмағы жан басына шаққандағы төлем арқылы қаржыландырылады, ол науқасқа деп айына бір реттік төлемге негізделген (pm-pm, per man - per month). Дегенмен, авторлар бұл мәселенің маңыздылығына қарамастан, жан басына шаққандағы ақы төлеудің нақты теориялық модельдері жоқ, бірақ көптеген қызықты ұсыныстар бар, американдық сарапшылар алғашқы медициналық-санитарлық көмекке төлеу туралы жүздеген мақалалар жариялады, олардың көпшілігі жан басына шаққандағы әртүрлі критерийлерді ескере отырып халықтың жастық-жыныстық құрамынан бастап, осы қаржыландыру схемасына қатысатын дәрігердің тәуекел дәрежесіне дейін қарастырған [7].
Дегенмен, көптеген мемлекеттерде жалпы тәжірибе дәрігерінің амбулаторлық-емханалық көмек көрсету жүйесін талдау бірқатар маңызды мәселелерді тудырады. Атап айтқанда, Ұлыбританияда жеке дәрігерлердің жұмысының сапасы мен олардың бүкіл ел бойынша таратылуында елеулі айырмашылықтар бар. Жағдайды жақсарту бойынша қабылданған қаржы-экономикалық шаралар әлі де осы мәселені шеше қойған жоқ. Сонымен қатар, бірқатар шетелдік сарапшылар дәрігердің қаржы ресурстарын басқару құқығын алуға байланысты проблемаларды ұсынды. Жалпы тәжірибе дәрігері тек медицина жұмысы туралы ғана емес, сонымен бірге дәрігердің жауапкершілігін арттыратын заттардың қаржылық жағы туралы ойлануы керек. Нәтижесінде емхана деңгейінде жалпы тәжірибелік дәрігерлер саны азайып барады, сонымен қатар жеке практика көлемінің ұлғаю үрдісі байқалады, өзара серіктестікті құру артып келеді. Бұл зерттеулер дәрігерлердің өз мансабына және жалақыларына қанағаттанғандығын көрсетті, алайда жалғыз жұмыс істейтін дәрігерлер, емханада қызмет ететін дәрігерлер немесе шағын топтар өз тәжірибесімен қанағаттанбайды, бұл үлкен топтарда жұмыс істейтін отбасылық дәрігерлердің көбеюін білдіреді. Бұндай біріңғай үрдіс көптеген Еуропалық елдерде байқалады (Ұлыбритания, Германия, Франция) [8]. Түрлі дерек көздерінен санитарлық-ағартушылық жұмыстың рөлі белгілі. Пациенттерді оқыту - оған аурудың этиологиясы мен патогенезі, емдеу принциптері, режим мен диета талаптарына сәйкестігі туралы қол жетімді түсініктеме. Оқу науқастың жанұясымен,жеке кездесулерде жүзеге асырылуы қажет. Науқастарды оқыту әрбір консультация кезінде болуы керек. Жалпы тәжірибелі дәрігер жиі пациенттермен және олардың отбасыларымен кездеседі, сондықтан ол профилактикалық шаралардың орындалуын қадағалай алады және әртүрлі ұйымдардың қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы жұмысын үйлестіре алады. Медициналық консультациялардың мүмкіндіктері: қазіргі емдеуге байланысты ауруды емдеу; науқастың денсаулығына деген көзқарасын өзгерту; созылмалы ауруларды емдеу және бақылау; денсаулық сақтау саласындағы білім беру. Консультациялар барысында дәрігердің тактикасы белсенді және пассивті бола алады. Пассивті тактика пациенттің шағымдары бар екенін және емдеудің бастамасы науқастан келеді деп болжайды. Белсенді тактика науқастың бастамашыл басқаруын, қауіп - қатер факторларын анықтау, ауруларды ерте диагностикалау және

денсаулықты сақтау үшін әр емдеуді пайдалануды қамтиды. Денсаулық сақтау саласының жалпы принциптері: халықтың әр түрлі топтарында жұмыс істеудің әр түрлі әдістері; ауру мен өлімнің негізгі себептеріне әсер ету; қауіп - қатер факторларына әсер ету. Құрама Штаттарда өткізілген 360 пациенттің сауалнамасына сәйкес, оларға жалпы тәжірибелі мамандар берген әдебиеттің 90% -ын оқиды, ал 67% -ы тек оған қарайды, сонымен қатар өзінде қалдырады [9]. Сіреспенің алдын алу туралы брошюраларды таратқаннан кейін дәрігерге қаралу жиілігі үш есе өсті, пациенттерді оқытудың теріс әсері байқалмады. Көптеген мемлекеттердің денсаулық сақтау саласына тән бірқатар проблемалар бар: қызметтердің сапасын және олардың құнын қамтамасыз ету; халықтың қартаюы өз кезегінде денсаулық сақтауда әлеуметтік қызметтердің үлесін ұлғайту; осы саладағы ғылыми-техникалық прогресстің нәтижесі ретінде медициналық жабдықтар мен дәрі-дәрмектерге бағаның өсуі.

Әйтсе де, Еуропа белең алу - азаматтардың денсаулығын қорғауда мемлекеттің рөлін күшейту айқын көрінеді. Венгрия, Латвия, Словакия, Польша елдерінің мамандары осы елдердегі денсаулық сақтауды ұйымдастыру және қаржыландыру мәселелерінде шектеулі ресурстарды реформалаудың басты кедергісі ретінде қарастырады [10]. Осы елдердің денсаулық сақтау жүйесінде маңызды жаңалық - отбасылық дәрігердің тәжірибесіне оралу. Авторлар жалпы практика дәрігерлерінің қызметтерін құру ең алдымен денсаулық сақтау мекемелері мен медициналық сақтандыру қорларының қатысуымен ұйымдастырылуы керек деп санайды. Венгрияда қолданыстағы практика практиканың бюджетін қалыптастыратын қаражат екі бөліктен тұрады: белгіленген сома түрінде және жұмыс көлеміне байланысты қосымша ақы түрінде. Тіркелген сома практикамен айналысатын тұрғындардың санына байланысты. Оның үстіне, жергілікті мамандарға қарағанда, жағдайдың алдын-алуға мүмкіндік беретін науқастардың саны көбеюде (егер резиденттердің саны 1200-ден кем болса, онда айына $ 350-ге тең, ал 1200-1 800 тұрғыны бар 300 АҚШ доллары - $ 260), бұл дегеніміз дәрігер емдеу сапасына зиян келтіретін жағдайлар санын азайтады [11]. Жұмыстың көлеміне байланысты екінші бөлікті қаржыландыру үшін қызмет түрінің әр түрлі аспектілерін ескере отырып (жұмыс тәжірибесі пациенттердің жасына қарай) арнайы ұпай жүйесі жасалды. Сонымен бірге, авторлар ЖТД жүйесінің жұмысында кейбір қиындықтарды атап көрсетеді: әкімшілік дамудың жоғары деңгейі қажет, өйткені әкімшілік жұмыс көлемі екі есе өсті; ай сайынғы қаржылық есептеулер үшін жаңа компьютерлік бағдарламалар қажет,қаржыландыру органдарының қаржысын төлеуде кешіктіру бар. Әлемдік тәжірибе көрсеткендей, ЖДТжүйесінің жұмыс істеуі халыққа алғашқы медициналық көмек көрсетудің алдыңғы қатарлы нысандарының бірі болып табылады және ұйымдастырылған ұйымдастырушылық жұмыс жағдайында ЖДТ жүйесі халықтың амбулаториялық-емханалық көмекке деген қажеттілігін қанағаттандыра алады, сондай-ақ тұтастай алғанда саланың белгілі бір басымдықтарын сақтайды.

Ресей денсаулық сақтауындағы экономикалық және қаржылық жағдай, атап айтқанда, жеке ерекшеліктеріне ие, сондықтан реформаларды дамытудың өз жолдарын дамыту қажет, сөзсіз, шет елдердің пайдалы тәжірибесіне сүйену керек. Әдебиеттерге аналитикалық шолу қазіргі кезеңде біздің елімізде денсаулық сақтау реформасының стратегиялық мақсаттарының бірі халыққа, әсіресе медициналық сақтандыру бойынша амбулаториялық емханалық мекемелер деңгейінде медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін арттыру болып табылады [12]. Ең маңызды міндет - іс-шараларды бағалауға, орындалатын жұмыстардың сапасына, қолжетімді ресурстарды пайдалану тиімділігіне, аурухана ауыстыратын және ақпараттық технологияларды енгізуге, медицина қызметкерлерінің жай-күйіне және тұтынушылардың қанағаттану дәрежесіне медициналық көмек көрсету әдіснамалық тәсілдерін әзірлеу. Бұл проблеманы стандарттау, сапа бағалау критерийлерін әзірлеу, медицина персоналының ынталандыру тәсілдерін әзірлеу, нәтижелерге негізделген экономикалық ынталандыру негізінде амбулаторлық-емханалық жүйені түбегейлі қайта құру арқылы шешуге болады. Осылайша, отандық және шетел әдебиеттерінде жарияланған жұмыстар негізінен жалпы практика дәрігерлерінің тұрғындарды аралауы, жергілікті дәрігерлердің қызметін қаржыландыру, кеңес беруді ұйымдастыру, халықтың профилактикалық қызметтерге қажеттілігін зерттеу, жалпы практика дәрігерлерінің медициналық көмек көрсету көлемін қарастыру секілді алғышарттар келтірілген.

Қорытындылар.

- жалпы тәжірибелік дәрігерлер медициналық мекемеге тіркелген халықтың денсаулығына жауапты болуы керек. Олар тек емдік – профилактикалық жұмысты ғана емес, сондай – ақ, халыққа көрсетілетін медициналық көмектің бүкіл кезеңдерін қадағалауы тиіс;
- жалпы тәжірибелік дәрігерлер клиникалық және экономикалық аспектілер негізінде, науқастарға ыңғайлы, әрі тиімді маршрут бағыттарын анықтау қажет;
- маршруттаудың әр кезеңінде көрсетілетін медициналық көмекті ұйымдастыруға қатысу;
- науқастардың емдеу мен оңалу арасындағы байланысын қамтамасыз ету;
- жалпы тәжірибелік дәрігерлерге төленетін жалақыны көбейту негізінде, ынтаны жоғарылату.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 А.А. Калининская Модель реформирования первичной медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 6-10.
2 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». – 2016. - Статья 45.
3 Смирнова Е.Н., Радаева А.Б., Мальковец М.В., Межуева Т.И., Плахотя Л.П. Организация первичной медико-санитарной помощи населению. – Минск: 2007. – 65 с.
4 Концепция модернизации первичной медико-санитарной помощи Республики Казахстан до 2030 года. – Астана: 2014. – С. 3-4.
5 Боерма И. Г., Флеминг Д. М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. - Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ. – 2001. –182 с.
6 Сагеев С.С. Актуальные аспекты ПМСП. – Астана: 2012. – 48 с
7 Айдарханова К.К., Отыншиев Б.Н., Еменгельдинова Ж.А., Мустафаева Н.С. Компетентностный подход к подготовке врачей общей практики в Казахстане // Вестник КазНМУ. – 2012. - №4. – С. 27-31.
8 Балмуханова А.В., Балмуханов В.Н. Проблемы до и последипломной подготовки врачей общей практики // Вестник КазНМУ. – 2012. - №4. - С. 38-40
9 Шеметова Г.Н., Красникова Н.В., Рябошапко А.И., Губанова Г.В. Общеврачебная практика (семейная медицина): подготовка высококвалифицированного специалиста // Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150). - 2014. - Volume 4. Issue 10 . – P. 55-59.
10 Matthew R McGrail1, Deborah J., Russell, David G. Vocational training of general practitioners in rural locations is critical for the Australian rural medical workforce // See Editorial. – 2005. - №2. - P. 210-215.
11 Незнанов Н.Г., Карвасарский Б.Д. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике. – М.: 2008. – 527 с.
12 Федоряка Д.А. О задачах психотерапевтической подготовки врача общей практики как врача первого психотерапевтического контакта. – СПб.: 2011. – 358 с.

А.К. Садыкова[1], Г.Т. Мещанов[1], Д.Н. Маханбеткулова[2]
[1]Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»
[2] Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Резюме: Обеспечение здоровья населения на первичном медико – санитарном уровне основывается на следующих процессах - это улучшение профилактики, раннее выявление заболеваний, доступность качественной лечебно-профилактической помощи, эффективное использование ресурсов здравоохранения.
Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики.

A.K. Sadykova[1], G.T. Meshchanov[1], D.N. Makhanbetkulova[2]
[1]Kazakhstan Medical University "KSPH"
[2] Asfendiyarov Kazakh National medical university

ROLE OF THE GENERAL PRACTITIONER IN PRIMARY LINK OF HEALTH CARE

Resume: Ensuring public health at the primary medical and sanitary level is based on the following processes: improving prevention, early detection of diseases, availability of quality treatment and preventive care, and efficient use of healthcare resources.
Keywords: primary health care, general practitioner