

Нет хирургии малой и большой. Хирургия одна, есть лишь нюансы: амбулаторные условия для выполнения операций и стационарные. Под таким девизом готовы подписаться члены вновь организованной Секции амбулаторной хирургии в структуре Российского общества хирургов (РОХ).

Нет правил – нет результата

– Оказалось, что амбулаторные хирурги давно ждали возможности объединиться. Как только мы объявили о создании профильной секции, в первый же день в неё записались почти 100 человек, такой скорости у нас никогда не было, – говорит генеральный секретарь РОХ, доктор медицинских наук, профессор Андрей Фёдоров.

По его мнению, с оказанием амбулаторной хирургической помощи в нашей стране ситуация полной неопределённости. На сегодняшний день отсутствует законченная нормативная база по амбулаторно-поликлинической хирургии в системе государственного здравоохранения. Нет правил финансирования, нет адекватного штатного расписания для хирургических подразделений поликлиник. Наконец, нет регламентов, которые определяли бы время, отведённое хирургу на выполнение амбулаторных операций, поскольку сейчас у него только 8 минут на приём пациента.

Поэтому в абсолютном большинстве поликлиник работа хирурга по-прежнему ограничена обработкой ран, лечением вросшего ногтя и удалением доброкачественных образований кожи. Надо ли говорить, что среди молодых специалистов найдётся немного желающих посвятить жизнь такой хирургии?

– Можно видеть прекрасные результаты работы амбулаторных хирургов в казённых, ведомственных и частных медицинских учреждениях. Если же говорить о муниципальных поликлиниках, они могли и хотели бы развивать амбулаторную хирургию, но не имеют для этого объективных условий. Лишь в нескольких регионах губернаторы, региональные минздравы и территориальные фонды ОМС прислушались к выводам врачебного сообщества о клинических и экономических преимуществах стационарозамещающих форм оказания хирургической помощи и поддержали хирургов-энтузиастов. Среди таких регионов Москва, Санкт-Петербург, Симферополь, Самара, Воронеж, Ставрополь, Владикавказ, Казань, – говорит А.Фёдоров.

Таким образом, в настоящее время в России государственных амбулаторных учреждений с развитой хирургической и анестезиологической службой, со стационаром одного дня, с возможностью обеспечивать хирургическими пособиями все направления работы поликлиники – и гинекологию, и лор, и флебологию, и ортопедию, и урологию, и офтальмологию – единицы. А могут быть сотни, учитывая, что в стране около 15 тыс. амбулаторных хирургов.

Начать предстоит с нуля

Итак, с какой целью создано новое профессиональное объединение? По словам председателя секции амбулаторной хирургии РОХ, доктора медицинских наук, профессора Николая

Перспективы

«Младший брат» повзрослел

Амбулаторные хирурги России объединились, чтобы отстаивать свои права



Лебедева, это самый короткий путь для тиражирования опыта тех регионов и учреждений, которые уже достигли значительных результатов во внедрении стационарозамещающих технологий оказания хирургической помощи.

– Снисходительное отношение стационарных хирургов к амбулаторным, как старшего брата к младшему, было нормальным явлением ещё недавно. Но лет 5 назад оно начало меняться. Что этому поспособствовало? В условиях реформирования системы здравоохранения идёт сокращение сети лечебных учреждений и коечного фонда стационаров. Надо думать, как оптимизировать расходы и организацию оказания медицинской помощи, в том числе хирургической. В этом смысле поликлиники могут взять на себя часть задач, благо они мобильны для внедрения нового опыта, – говорит профессор Лебедев.

Методологию для российской амбулаторно-поликлинической хирургической службы планируется создавать силами экспертного совета с привлечением специалистов из регионов. В частности, необходимо будет разработать национальные клинические рекомендации по амбулаторной хирургии для разных нозологий.

Кроме того, продолжает Николай Лебедев, нужно внести изменения в систему обучения по программе «амбулаторная хирургия» на этапе вузовской и последипломного высшего медицинского образования:

– К сожалению, нынешние студенты медицинских вузов вообще не знают, что такое поликлиника: у них сначала санитарская практика, потом сестринская, затем врачебная, и всё это, как правило, в стационаре. Поэтому молодой дипломированный хирург плохо представляет особенности работы в амбулаторных условиях. Последипломная подготовка – вообще отдельная тема, там дела обстоят не просто плохо, а никак. Мы считаем, что программу подготовки студентов на кафедрах

амбулаторно-поликлинической помощи нужно разделить на 2 равнозначные части – терапию и амбулаторную хирургию. А в программу подготовки ординаторов-хирургов включить цикл по амбулаторной хирургии и стационарозамещающим технологиям объёмом не менее 144 часов. Такая подготовка будет отвечать запросу государства на обеспечение доступности медицинской помощи в первичном звене, в том числе в рамках открывающихся общеврачебных практик. Это особенно актуально для сельских районов.

Кроме того, предстоит «дипломатическая» работа с Министерством здравоохранения и Федеральным фондом ОМС. Не принять во внимание предложение одного-двух врачей чиновники могут, но проигнорировать обращение целого профессионального сообщества вряд ли получится. О чём же необходимо договориться с федеральными органами управления здравоохранением?

– Для развития амбулаторной хирургии нужно иметь анестезиологическую службу и соответствующее оснащение, ведь при выполнении серьёзных оперативных вмешательств местным обезболиванием не обойдёшься. Но анестезиологов сегодня нет в штатном расписании даже центров амбулаторной хирургии, не говоря о муниципальных поликлиниках. Представьте, как это ограничивает спектр их деятельности. В то же время могут привести в пример наше учреждение: мы выполняем в год около тысячи операций под наркозом, в том числе видеоэндоскопических, – вступает в разговор заместитель главного врача поликлиники ОАО «Газпром» кандидат медицинских наук Александр Шихметов.

Далее, предстоит решить задачу профессиональной защиты амбулаторных хирургов. Сегодня такой специалист не имеет страховки от несчастного случая, произошедшего при выполнении им должностных обязанностей. Оказывая помощь больному, поликлинический хирург может

инфицироваться гепатитом или ВИЧ и не получит никакого страхового возмещения.

Ещё один нормативный парадокс, который вызывает недоумение моих собеседников: согласно требованию Минздрава России, вены в поликлинике может оперировать только сердечно-сосудистый хирург, а геморрой – только колопроктолог. Следуя этой логике, поликлиника должна иметь у себя в штате хирургов всех специальностей. Реально ли это? А главное, нужно ли? По мнению самих хирургов, не нужно.

– Есть понятие «общий хирург», у нас и в дипломе указана специальность «общая хирургия». Пожалуй, кроме нейрохирургии этот специалист может делать всё: оперировать периферические сосуды, геморрой, выполнять холецистэктомию и т.д. В общую хирургию до недавнего времени входила щитовидная железа, а теперь есть отдельная специальность «эндокринная хирургия». Но разве можно в регионах набрать столько эндокринных хирургов для поликлиник, причём, не только для городских, но и для сельских? – добавляет профессор, Лебедев.

Наконец главное недоразумение, требующее разрешения на уровне федеральных структур: почему тариф ОМС на одну и ту же операцию, к примеру, по поводу паховой грыжи, в поликлинике в 2 раза меньше, чем в стационаре? Соответственно, за одну и ту же работу врач стационара получает в 2 раза больше, чем его коллега, оперировавший в амбулаторных условиях.

Может, потому и нет у главных врачей желания развивать амбулаторную хирургию, что она заведомо убыточная? Хотя если подойти к теме с государственным мерками, то именно сейчас, в ситуации бюджетной напряжённости, амбулаторная хирургия в значительной степени позволяет эти финансовые сложности преодолеть. Большую часть пациентов с хирургической патологией можно легко и безопасно передать из стационаров амбулаторным хирургам. Конечно, в том случае, если система обязательного медицинского страхования заинтересована в повышении эффективности расходования средств здравоохранения...

Причём здесь пролежни?

Можно ли вообще сравнивать амбулаторную и стационарную хирургию и по уровню поставленных задач, и по имеющимся в их распоряжении ресурсам? Совсем недавно казалось, что нельзя, но сегодня уже можно. То, что раньше было допустимо только для стационара, теперь хирурги могут выполнять в поликлиниках: флебэктомия, грыжесечение, лапароскопическая

оперативная гинекология, лапароскопическая холецистэктомия, микрохирургия глаза, не говоря о хирургической стоматологии и лор-хирургии.

Примеры своей работы представили участники прошедшего в Санкт-Петербурге V съезда амбулаторных хирургов Российской Федерации. И, судя по докладам, прозвучавшим на съезде, «границы дозволенного» в современной амбулаторной хирургии стремительно расширяются.

Как показал форум, энтузиастов амбулаторной хирургии в стране становится всё больше и больше, а вот организационные и финансовые решения, которые способствовали бы дальнейшему её развитию, запаздывают. По словам начальника кафедры амбулаторно-поликлинической помощи Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова Минобороны России, доктора медицинских наук, профессора Владимира Воробьёва, за 12 лет между I и V съездами амбулаторных хирургов России произошло, прямо скажем, не очень много положительных изменений:

– В 2012 г. издан приказ Министерства здравоохранения РФ № 922н, в котором излагаются некоторые аспекты деятельности хирургических подразделений в амбулаторно-поликлиническом звене, а также дневного хирургического стационара. Однако описывается работа только хирургического кабинета поликлиники и отсутствует хирургическое отделение. В штате дневного хирургического стационара предусмотрена 1 ставка хирурга на 15 коек. Значит, согласно этому приказу, на койке дневного стационара предусматривается лечение только 1 пациента в день, что противоречит самой сути койки дневного стационара. А если на одной койке проводится лечение 3 пациентов, то как один врач может вести 45 больных? И кто составлял в этом приказе нормы снабжения дневного хирургического стационара? Например, сказано, что в дневном хирургическом стационаре необходимо иметь не менее 2 противопролежневых матрасов?!

После каждого съезда российских амбулаторных хирургов принимают резолюцию, которую направляют, в том числе, в федеральный Минздрав. Не стал исключением и последний форум. В его решении, в частности, сказано, что необходимо возобновить работу созданной ещё в 2003 г. при Минздравсоцразвития комиссии по вопросам организации амбулаторной хирургической помощи и подготовке нормативных актов, регламентирующих деятельность хирургических отделений поликлиник, дневных хирургических стационаров, центров амбулаторной хирургии.

Также участники съезда просят Правительство РФ рассмотреть возможность финансирования стационарозамещающих технологий отдельной строкой бюджета, а согласительным тарифным комиссиям субъектов РФ рекомендовать провести работу со страховыми компаниями и ввести единый базовый нозологический тариф независимо от вида лечебного учреждения. Иными словами, окончательно уравнивать в правах «старшего и младшего братьев».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.