

ОБЩЕВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В.Ф. Шешко

Поликлиника № 3 УЗ «Мозырская ЦПП»

Актуальной задачей белорусского здравоохранения на современном этапе является разработка, внедрение и развитие новых организационных медицинских технологий, направленных на обеспечение демографической безопасности населения Республики Беларусь. Демографическая безопасность населения Республики Беларусь отчасти будет зависеть от качества оказания ПМП сельскому населению. Основным направлением деятельности сельских организаций здравоохранения является обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью.

В статье представлен сравнительный анализ выполнения показателей работы участковым врачом (УВ) и врачом общей практики (ВОП), представлены результаты социологического опроса медицинского персонала и пациентов, обоснована необходимость дальнейшего развития общеврачебной практики (ОВП) в сельской местности.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь (ПМП), УВ, ВОП, ОВП, сравнительный анализ.

The topical objective of Belarusian public health nowadays is the elaboration, practical realization and development of new organizational technologies that are directed to providing demographic security in the Republic of Belarus. Demographic security in the Republic of Belarus partly depends on the level of medical service provided to the population. The main direction in the activity of rural public health organizations is providing the population with available and high quality medical aid.

The article presents a comparative analysis of the results of a district doctor and general practitioner performanc.

The results of questionnaire surveys for medical personnel and patients are presented, the necessity of further development of general medical practice in the rural areas has been grounded.

Key words: first medical aid, district doctor, general practitioner, general medical practice, comparative analysis.

Введение

Изучению развития ОВП в сельской местности посвящены некоторые работы российских авторов, имеются отдельные публикации в Республике Беларусь. Однако интерес представляет системный подход в изучении оказания ПМП на основе ОВП в сельской местности. Подход ориентирован на проведение комплексного сравнительного анализа результатов работы ВОП и УВ в сельской местности. Ряд авторов [1, 2, 4, 5] утверждают, что ОВП не имеет альтернативы для сельской местности.

Внедрение ОВП необходимо сочетать с реформированием всей системы здравоохранения. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), являясь центральным звеном системы здравоохранения, должна осуществлять главную функцию – качественное улучшение показателей здоровья населения. От состояния ПМСП зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, а также решение большинства медико-социальных проблем социально незащищенных групп населения [3,6].

Основными целями и задачами проведения социальных реформ в области здравоохранения являются [6]:

1. Обеспечение условий для соблюдения конституционных гарантий по оказанию медицинской помощи населению и контроля за санитарно-эпидемиологическим благополучием.

2. Формирование многоукладности здравоохранения с сохранением лидирующих позиций за государственной системой здравоохранения.

3. Обеспечение устойчивости функционирования организаций здравоохранения, изменение объемов и порядка их финансирования.

4. Повышение экономической и медицинской эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов здравоохранения.

5. Обеспечение защиты прав пациента на получение своевременной и качественной медицинской помощи.

Отдельные авторы [5,7] отмечают, что в сложившихся условиях ВОП является системообразующим фактором, недооценка которого значительно ограничивает возможности использования практически полностью сохранившегося потенциала здравоохранения, который нуждается в адаптации к новым социально-экономическим условиям. Именно на уровне первичного звена здравоохранения определяются современные возможности медицины.

По литературным данным, остается нерешенным вопрос научного обоснования необходимости развития оказания ПМП в сельской местности на основе ОВП.

Материал и методы

Исследование проводилось в три этапа: проведение сравнительной оценки результатов работы УВ и ВОП с учетом использования финансовых средств; проведение сравнительной оценки оказания ПМП УВ и ВОП на основе социологического опроса пациентов и медицинского персонала; разработка организационного обеспечения деятельности ВОП на основе проведения самооанализа и самооценки показателей его работы.

Материалом для анализа являлись: медицинские карты амбулаторного и стационарного больного, статистические талоны, карты вызовов отделений СМП, МКР деятельности СВА и АВОП, ф.30, ф.12, ф.16-ВН, разработанные карты и анкеты.

Объектами исследования являлись: 10 сельских врачебных амбулаторий (СВА), 10 амбулаторий врача общей практики (АВОП), 6 отделений скорой медицинской помощи (СМП), 6 центральных районных поликлиник (ЦРП) Гомельской области.

На первом этапе данного исследования (в 2006-2007 гг.) проведен ретроспективно сравнительный анализ выполнения показателей работы УВ и ВОП за 2003-2005 гг. (в соответствии с выполнением модели конечных результатов (МКР) деятельности, собрана информация

на основе разработанных карт), а также ретроспективно проведен сравнительный анализ финансирования деятельности врачей сельского врачебного участка (СВУ) в результате сбора информации на основе разработанной карты.

На втором этапе (в 2008 г.) проведен социологический опрос медицинского персонала, пациентов УВ и ВОП (на основе разработанных анкет), в результате дана сравнительная оценка оказания ПМП УВ и ВОП в сельской местности, уточнено мнение медицинского персонала в отношении развития ОВП в сельской местности.

На третьем этапе (в 2009-2010 гг.) разработаны структурно-организационные схемы с целью организации оказания ПМП сельскому населению на основе ОВП, а также разработано организационное обеспечение деятельности ВОП на основе проведения самоанализа и самооценки показателей его работы (разработана и утверждена инструкция по применению).

Полученные результаты исследования обрабатывались с помощью стандартных пакетов программы Excel-2000, а также с использованием программы «Статистика 6,0». Достоверность различий в распределении качественных показателей определялась с использованием параметрических методов сравнения – по критерию Пирсона или хи-квадрат (χ^2), различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

На первом этапе, как указывалось выше, ретроспективно проведен сравнительный анализ выполнения показателей работы врачами СВУ и сравнительный анализ финансирования деятельности УВ и ВОП.

При сравнительном анализе выполнения основных показателей МКР УВ и ВОП выявлено:

- Выполнение следующих показателей достоверно не отличается: индекс здоровья детей 1 года жизни, полная реабилитация инвалидов, заболеваемость активным туберкулезом, первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста, обследование (рентгенофлюорографически) на туберкулез, деятельность стационаров на дому, уровень госпитализации в отделение дневного пребывания, охват осмотрами женщин с цитологическим исследованием. Это обусловлено одинаковой демографической ситуацией и одинаковыми факторами, влияющими на формирование здоровья населения.

- Выполнение отдельных показателей деятельности, с преимуществом работы ВОП: количество посещений пациентов у ВОП больше на 52,3% ($\chi^2=4,2$, $p < 0,05$); уровень госпитализации в круглосуточный стационар у ВОП меньше на 14,4% ($\chi^2=4,0$, $p < 0,05$); заболеваемость с временной утратой трудоспособности с (ВУТ) рабочих сельхозпредприятий у ВОП меньше на 4,8% ($\chi^2=4,6$, $p < 0,05$); число вызовов, обслуженных по неотложной медицинской помощи, у ВОП больше на 65,8% ($\chi^2=65,7$, $p < 0,001$).

Выполнение основных показателей деятельности УВ и ВОП в сельской местности представлено в таблице.

По данным проведенного сравнительного анализа выполнения показателей работы УВ и ВОП в сельской местности установлено, что имеется медицинский эффект работы ВОП: амбулаторный прием по смежным специальностям у ВОП больше на 52,7% ($\chi^2=5,2$, $p < 0,05$); количество пациентов, направленных к смежным специалистам ЦРП, у ВОП меньше на 34,7% ($\chi^2=4,1$, $p < 0,05$); число вызовов, обслуженных отделением СМП в районе деятельности ВОП, меньше на 55,5% ($\chi^2=14,3$, $p < 0,001$); число повторных вызовов у ВОП меньше на 42,6% ($\chi^2=4,3$, $p < 0,05$); число «ложных» вызовов у ВОП меньше

Таблица – Выполнение основных показателей деятельности УВ и ВОП в сельской местности

Основные показатели деятельности	УВ	ВОП	Достоверность различия (χ^2 , p)
Количество пациентов, направленных к смежным специалистам (на 1.000 населения)	44,2	28,9	$\chi^2=4,1$; $p < 0,05$
Количество посещений пациентов у врачей СВУ (на 1.000 населения)	115,9	176,5	$\chi^2=4,2$; $p < 0,05$
Амбулаторный прием по смежным специальностям (в % ко всем посещениям)	14,7	27,9	$\chi^2=5,2$; $p < 0,05$
Уровень госпитализации в круглосуточный стационар (на 1.000 населения)	247	216	$\chi^2=4,0$; $p < 0,05$
Заболеваемость с ВУТ рабочих сельхоз. предприятий (дней на 100 работающих)	643,3	614,1	$\chi^2=4,6$; $p < 0,05$
Число вызовов, обслуженных врачами СВУ по неотложной медицинской помощи (на 1.000 населения)	36,5	106,6	$\chi^2=65,7$; $p < 0,001$
Число вызовов, обслуженных отделением СМП в районе деятельности врачей СВУ (на 1.000 населения)	94,7	61,3	$\chi^2=14,3$; $p < 0,001$

на 59,7% ($\chi^2=4,1$, $p < 0,05$); число необоснованных вызовов у ВОП меньше на 56,7% ($\chi^2=7,4$, $p < 0,05$); число вызовов, обслуженных отделением СМП в выходные и праздничные дни в районе деятельности ВОП, меньше на 68,5% ($\chi^2=24,1$, $p < 0,001$); число вызовов, обслуженных ВОП, больше на 33,4% ($\chi^2=45,5$, $p < 0,001$).

По данным проведенного сравнительного анализа финансирования деятельности УВ и ВОП в сельской местности выявлено:

- общая сумма расходов (финансирования) и командировочные расходы на содержание УВ и ВОП достоверно не отличаются;

- эффективное использование финансовых средств у ВОП на мероприятия, связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи: приобретение медицинского оборудования у ВОП больше на 13,1% ($\chi^2=5,5$, $p < 0,05$); расходы на отделение дневного пребывания у ВОП больше на 17,9% ($\chi^2=9,3$, $p < 0,05$); приобретение медикаментов и расходных средств у ВОП больше на 15,9% ($\chi^2=7,7$, $p < 0,05$); заработная плата у ВОП больше на 12,4% ($\chi^2=4,0$, $p < 0,05$).

На втором этапе, как указывалось выше, проведен социологический опрос медицинского персонала, пациентов УВ и ВОП.

Проведенный социологический опрос пациентов об оценке работы УВ (ВОП) и участковых медицинских сестер, медицинских сестер общей практики (МОП) в сельской местности показывает:

- пациенты позитивно оценивают работу УВ и ВОП;
- имеются следующие преимущества в оценке работы ВОП и МОП: УВ (ВОП) знает заболевания и медицинские проблемы пациента ($\chi^2=6,4$, $p < 0,05$); УВ (ВОП) уделяет достаточное время на приеме для разговора с пациентом ($\chi^2=6,4$, $p < 0,05$); УВ (ВОП) подробно рассказывает о лечении болезней пациентов ($\chi^2=4,8$, $p < 0,05$); УВ (ВОП) знает о работе и семейной обстановке пациента ($\chi^2=3,9$, $p < 0,05$); УВ (ВОП) оказывает медицинскую помощь пациентам не только при терапевтических, но и при хирургических, неврологических, детских, глазных, ЛОР-заболеваниях ($\chi^2=8,3$, $p < 0,01$); участковая медицинская сестра (МОП) знает пациента ($\chi^2=5,2$, $p < 0,05$); участковая медицинская сестра (МОП) дает доступную информацию о болезни пациента ($\chi^2=5,9$, $p < 0,05$).

Сравнение основных направлений деятельности фельдшера (медицинской сестры) и фельдшера общей практики (ФОП, МОП) в сельской местности, по данным социологического опроса медицинского персонала, показывает, что имеются преимущества деятельности ФОП (МОП) при выполнении профилактической работы: проведение профилактических мероприятий ($\chi^2=10,2$, $p<0,001$); проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни ($\chi^2=5,3$, $p<0,05$); проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий ($\chi^2=62,8$, $p<0,001$).

По данным проведенного социологического опроса медицинского персонала установлено, что имеются отличия в оценке условий работы и в отношении к выполнению должностных обязанностей в пользу ВОП: стремится к расширению сферы деятельности ($\chi^2=65,0$, $p<0,001$); заинтересован в повышении качества работы ($\chi^2=57,8$, $p<0,001$); при необходимости направляет пациентов к смежным специалистам ($\chi^2=83,4$, $p<0,001$); необходимостью оснащения медицинским инструментарием и оборудованием, с целью оказания ПМП в области смежных специальностей ($\chi^2=18,3$, $p<0,001$); обеспечивает оказание неотложной медицинской помощи в любое время суток ($\chi^2=112,6$, $p<0,001$); необходимость обеспечения жильем по месту работы врачей СВУ ($\chi^2=6,8$, $p<0,01$); заинтересован в проведении профилактической работы ($\chi^2=20,9$, $p<0,001$).

Результаты социологического опроса медицинского персонала подтверждают целесообразность дальнейшего развития ОВП в сельской местности: самостоятельность деятельности среднего медицинского персонала ($\chi^2=12,1$, $p<0,001$); профилактическая направленность деятельности среднего медицинского персонала ($\chi^2=6,6$, $p<0,01$); увеличение объема оказания ПМП ($\chi^2=7,7$, $p<0,01$); доступность медицинской помощи ($\chi^2=6,6$, $p<0,01$).

На третьем этапе, как указывалось выше, разработано организационное обеспечение деятельности ВОП на основе проведения самоанализа и самооценки показателей его работы. С целью организационного обеспечения деятельности УВ на основе ОВП разработаны структурно-организационные схемы. Разработана методика самоанализа и самооценки показателей работы ВОП, включающая следующие этапы анализа работы ВОП:

I этап – самоанализ показателей работы ВОП.

II этап – самооценка показателей работы ВОП.

III этап – оценка показателей работы ВОП на уровне групповой практики взаимодействия врачей СВУ (медсовет, обучающие семинары).

Выводы

1. Необходимость развития оказания первичной медицинской помощи на основе общеврачебной практики в сельской местности подтверждается:

- медицинским эффектом работы врача общей практики: амбулаторный прием пациентов по профильным специальностям больше на 52,7% ($p<0,05$); количество пациентов, направленных к профильным специалистам, меньше на 34,7% ($p<0,05$); число вызовов, обслуженных врачом общей практики по неотложной медицинской помощи, больше на 65,8% ($p<0,001$); число вызовов, обслуженных отделением скорой медицинской помощи в районе деятельности врача общей практики, меньше на 55,5% ($p<0,001$); число повторных вызовов, обслуженных отделением скорой медицинской помощи в районе деятельности врача общей практики, меньше на 42,6% ($p<0,05$); уровень госпитализации в круглосуточный стационар меньше на 14,4% ($p<0,05$);

- эффективным использованием финансовых средств у врача общей практики на мероприятия, связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи: приобретение медицинского оборудования больше на 13,1% ($p<0,05$); расходы на дневной стационар больше на 17,9% ($p<0,05$); приобретение медикаментов и медицинских расходных средств больше на 15,9% ($p<0,05$); заработная плата больше на 12,4% ($p<0,05$).

2. По данным проведенного социологического опроса медицинского персонала установлено:

- имеются отличия в оценке условий работы и в отношении к выполнению должностных обязанностей в пользу врача общей практики: стремится к расширению сферы деятельности ($p<0,001$); заинтересован в повышении качества работы и проведении профилактических мероприятий ($p<0,001$);

- имеются преимущества деятельности фельдшера и медицинской сестры общей практики при выполнении профилактической работы ($p<0,05-0,001$).

3. Результаты социологического опроса медицинского персонала подтверждают целесообразность дальнейшего развития общеврачебной практики в сельской местности: увеличение объема и доступность первичной медицинской помощи ($p<0,01$); самостоятельность и профилактическая направленность деятельности фельдшера и медицинской сестры общей практики ($p<0,001$ и $p<0,01$, соответственно).

4. Результаты проведенного социологического опроса пациентов показывают, что пациенты позитивно оценивают работу врачей с преимуществом оценки работы врача общей практики: знает заболевания и медицинские проблемы пациента ($p<0,01$); уделяет достаточное время для разговора с пациентом ($p<0,05$); подробно рассказывает о лечении болезни пациента ($p<0,05$).

5. Проведение самоанализа и самооценки показателей, объемов работы врача общей практики в сельской местности, с учетом обсуждения их на уровне групповой практики взаимодействия врачей сельского врачебного участка, с целью осуществления обоснованной коррекции основных направлений деятельности по дальнейшему развитию общеврачебной практики.

Литература

1. Головской, Б.В. Семейная практика – путь решения некоторых проблем сельского здравоохранения / Б.В. Головской // Здравоохранение. – 2005. – № 1. – С. 39–41.
2. Денисов, И.Н. Врач общей практики в системе первичной медико-санитарной помощи / И.Н. Денисов, А.И. Иванов // Российский семейный врач. – 2000. – № 1. – С. 6–10.
3. Денисов, И.Н. Общая врачебная практика на современном этапе / И.Н. Денисов // Главврач. – 2004. – № 11. – С. 6–10.
4. Лаврищева, Г.А. Опыт внедрения общей врачебной практики в учреждениях сельской местности / Г.А. Лаврищева // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 4. – С. 24–28.
5. Сапрыкина, А.Г. Организация первичной медико-санитарной помощи сельскому населению по принципу общеврачебной практики / А.Г. Сапрыкина // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 12. – С. 5–13.
6. Финченко, Е.А. Организация оказания медицинской помощи по принципу общеврачебной практики / Е.А. Финченко, В.В. Степанов // Вопросы экономики и управления: для руководителей здравоохранения. – 2003. – № 3. – С. 37–52.
7. Щепин, О.П. Научные и организационные предпосылки развития службы врача общей практики в Российской Федерации / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 5. – С. 22–27.

Поступила 27.01.2011