

УДК 614.25(1-22)

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

В. Ф. Шешко

Мозырская поликлиника №3

По данным ВОЗ, в сельской местности наиболее приемлема общеврачебная практика. До настоящего времени не сложилось окончательного научного представления о необходимости совершенствования медицинской помощи сельскому населению на основе общеврачебной практики, роли и месте врача общей практики. Это выражается в противоречивости принимаемых управленческих решений: первоначальное введение в номенклатуру данной специальности, затем ее исключение с последующим введением вновь.

В статье рассмотрены организационные формы оказания врачебной помощи в сельской местности, проведено их сравнение, определены основные недостатки. Проведен аналитический обзор состояния проблемы по совершенствованию медицинской помощи сельскому населению на основе общеврачебной практики. Обоснована целесообразность развития общеврачебной практики в сельской местности. Разработаны основные задачи и направления деятельности по обеспечению доступности врачебной помощи в сельской местности.

Ключевые слова: *сельский врачебный участок, участковый врач, врач общей практики, общеврачебная практика, перспективы развития.*

According to the data of World Public Health in the countryside a common medical practice is the most acceptable. Till nowadays the final scientific concept of the necessity of the improvement of medical help for rural population on the basis of the common medical practice, the role and the place of a doctor of the common practice hasn't been formulated yet. It is expressed in the contradiction of the taken government decisions: primary introduction to nomenclature of the given exclusion and its following introduction again. Organising forms of giving medical help in the countryside are examined in the article, their comparison is carried out, main disadvantages are defined. An analytical survey of the problem in the improvement of medical help for the rural population on the basis of the common medical practice is carried out. The expediency of the development of the common medical practice is based. Main problems and directions of the activity in providing an access of the medical practice in the countryside are worked out.

Key words: *rural health care district, district doctor, general practitioner, general medical practice, prospects of development.*

ПМСП, по определению ВОЗ, является совокупностью взаимосвязанных мероприятий медико-санитарного и лечебно-профилактического характера, реализуемых на уровне первичного контакта человека с системой здравоохранения, с учетом сложившихся и формируемых условий среды обитания и образа жизни, направленных на сохранение, восстановление и укрепление здоровья.

Основные цели любой системы здравоохранения – оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение здоровья общества. ВОЗ рассматривает ПМСП в качестве одного из ведущих инструментов достижения здоровья для всех, так как она, являясь центральным звеном, осуществляет главную функцию – качественное улучшение показателей здоровья населения. На уровне ПМСП начинают и заканчивают лечение 80% пациентов [4, 7].

Организация ПМСП по принципу врача общей практики (ВОП) является показателем высокой организации первичного звена здравоохранения. Основная задача ВОП – разрешать сомнения больного, неуверенно чувствующего себя в «море» современной медицины и координировать усилия «узких» специалистов. «Узкие» специалисты нуждаются во врачах, чтобы доверить им наблюдение и реабилитацию больного, которого они лечили [3].

Реформирование ПМСМ основано на переходе к системе единого ответственного лечащего вра-

ча, каким является ВОП. Преимущества ВОП [6, 9]:

- системный подход в тактике ведения больных;
- конфиденциальность и строгое соблюдение врачебной этики;
- максимальная приближенность помощи к больному;
- высокий уровень личной ответственности;
- отсутствие обезличенности в оказании медицинской помощи.

Изучение вопроса первичного контакта с пациентом в странах Западной Европы показало, что система ПМСП в виде общеврачебной практики (ОВП), в общем, удовлетворяет общество, хотя определенные моменты деятельности вызывают критику. В научных и практических кругах этих стран проводится анализ, делаются прогнозы и предложения по дальнейшему совершенствованию оказания медицинской помощи. Несмотря на различия в планировании, организации и управлении, ОВП может функционировать в рамках различных систем здравоохранения [1, 7].

Внедрение института ВОП означает не простую замену одного врача другим, а изменения идеологии организации ПМСП, ее адаптации к новым социально-экономическим условиям [2].

Одной из основных составляющих реформы здравоохранения является преобразование ПМСП в сельской местности. Реформирование сельского

здравоохранения в новых экономических условиях предполагает перестроить деятельность организаций сельского врачебного участка (СВУ) к работе в них ВОП. При этом ВОП будет оказывать непрерывную медико-санитарную помощь отдельным лицам, семьям, независимо от их возраста, пола и характера заболевания [8].

На третьем совещании Европейского регионального бюро ВОЗ [5] было отмечено, что заканчивается подготовительный этап реализации программы развития ОВП в белорусском здравоохранении. Главный итог работы – это дополнение активности «сверху» активностью «снизу».

Материал и методы

Проведен сравнительный анализ должностных инструкций участкового врача, акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса (АТП-комплекс) и ВОП в сельской местности. Проведен сравнительный анализ выполнения модели конечных результатов (МКР) участковым врачом и ВОП в сельской местности за 2003-2005 гг. Проведен социологический опрос 100 врачей СВУ по изучению основных недостатков в работе участкового врача и ВОП в сельской местности. Проведено сравнение показателей деятельности фельдшера (медицинской сестры) и фельдшера общей практики (ФОП), медицинской сестры общей практики (МОП) в сельской местности, по данным социологического опроса врачей СВУ. Разработаны основные задачи и направления деятельности в области общественного здоровья и здравоохранения по обеспечению доступности врачебной помощи в сельской местности.

Результаты и обсуждение

ПМСП сельскому населению преимущественно оказывается организациями СВУ, в меньшей степени – медицинскими организациями районного уровня (ЦРБ, ЦРП). Специализированная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями районного, межрайонного, областного и республиканского уровней.

Сельское здравоохранение функционирует полноценно тогда, когда слаженно работают звенья всех уровней медицинской помощи. Уровни оказания медицинской помощи сельскому населению:

I уровень – организации СВУ: СУБ, СВА, БСУ, АВОП, ФАПы.

II уровень – медицинские организации районного уровня: ЦРБ, ЦРП.

III уровень – медицинские организации межрайонного уровня: межрайонные диспансеры и межрайонные специализированные отделения.

IV уровень – медицинские организации областного уровня: областная больница, консультативная поликлиника, областные диспансеры.

V уровень – медицинские организации республиканского уровня: республиканские специализированные центры.

Организациями СВУ оказывается большой

Таблица 1 – Сравнение основных положений должностных инструкций врачей АТП-комплекса и ВОП в сельской местности

Наименование проводимых мероприятий	АТП-комплекс	ВОП
Уровень деятельности	Оказывает медицинскую помощь в соответствии своей специальности	Оказывает медицинскую помощь независимо от пола, возраста пациентов и вида заболевания
Уровень знаний	Терапия, педиатрия, акушерство и гинекология	Дисциплины профильных специальностей, педиатрия, СМП
Квалификационные характеристики	Каждый врач подготовлен по своей специальности	Подготовлен по программе – общая практика
Характер деятельности	Терапевт организует работу педиатра и акушера-гинеколога	Организовывает работу «помощников» – МОП, ФОП
Характер медицинского обслуживания	Медицинская помощь оказывается «бригадой» врачей	Медицинская помощь оказывается одним целенаправленным подготовленным врачом
Место работы	Терапевт, педиатр – в ЦРП, ЦРБ, СУБ, СВА, акушер-гинеколог – в ЦРП, ЦРБ	Работает – в СВА, СУБ, АВОП

объем медицинской помощи сельскому населению. На уровне СВУ медицинская помощь оказывается участковым врачом, ВОП и АТП-комплексом. В таблице 1 представлено сравнение основных положений должностных инструкций врачей АТП-комплекса и ВОП в сельской местности.

Из таблицы 1, а также с учетом выполнения протоколов обследования и лечения больных следует, что для АТП-комплекса характерны следующие недостатки:

- численность населения СВУ не позволяет укомплектовать СВА (СУБ) акушер-гинекологами, акушер-гинеколог работает только в структуре ЦРП, ЦРБ;

- участковый терапевт (ВОП), педиатр и акушер-гинеколог осуществляют медицинское обслуживание сельского населения неравноценных участков (по численности населения и населенных пунктов);

- организационная и территориальная удаленность врачей значительно затрудняет их взаимодействие в работе.

Проведенное сравнение выполнения, участковым врачом и ВОП в сельской местности, основных показателей МКР (таблица 2) показывает, что основные показатели работы у ВОП более высокие, чем у участкового врача.

Основные задачи и направления деятельности в области общественного здоровья и здравоохранения по обеспечению доступности и качества врачебной помощи сельскому населению:

1. Со стороны пациента – повышение ответственности за охрану своего здоровья:

- территориальная доступность: приближение врачебной помощи к месту жительства сельского

Таблица 2 – Сравнение выполнения МКР участковым врачом и ВОП в сельской местности

Наименование проводимых мероприятий	УВ	ВОП
Полнота обследования пациентов (%)	49	64
Полнота лечения пациентов (%)	79	87
Уровень госпитализации (%)	25,0	21,3
Число вызовов обслуженных по неотложной медицинской помощи ^(0/00)	36,5	106,6
Полная реабилитация инвалидов (%)	6,6	6,8
Количество пациентов, направленных к профильным специалистам ^(0/00)	441,8	289,1
Количество часов рабочего времени (в день) для проведения профилактической работы (мин)	20	90
Участие в подготовке решений райисполкома по реализации государственных медицинских программ (за год)	3	12
Участие в проверках общественных объектов, совместно с санитарно-эпидемиологической службой (за год)	2	12
Участие в клинических конференциях по анализу дефектов госпитализации (за год)	5	14

населения (не более 30 минут пешком и не более 20 минут автотранспортом);

- функциональная доступность: предоставление многопрофильной врачебной помощи в амбулаторных условиях (в объеме не менее 5 профильных специальностей);

- временная доступность: минимальные затраты времени пациентов для прохождения консультаций, обследования, лечения и т.д. (не более 20 минут ожидание приема врача и не менее 12 минут на приеме у врача).

2. Со стороны участкового врача (ВОП) – повышение ответственности за показатели здоровья сельского населения:

- проведение лечебных мероприятий (30% в общем объеме работы);

- проведение реабилитационных мероприятий (20% в общем объеме работы);

- проведение профилактических мероприятий (20% в общем объеме работы);

- проведение патронажа и выполнение врачебных назначений на дому (15% в общем объеме работы);

- оказание неотложной медицинской помощи в СВА (АВОП), на дому (15% в общем объеме работы).

3. Со стороны СВА (АВОП), ЦРП, ЦРБ, УЗО – создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи сельскому населению:

- укомплектованность врачебными кадрами (преимущественно трудоспособного возраста);

- повышение профессионального уровня врачей СВУ (обучение в объеме не менее 180 часов за 5 лет);

- моральная и материальная заинтересованность работы врачей СВУ (обеспечение жильем по месту работы, приближение среднего размера заработной платы врачей СВУ к среднему размеру заработной платы работников промышленности, компьютеризация рабочего места врача и т.д.);

- обеспеченность медицинским инструментарием и оборудованием, автотранспортом и средствами мобильной связи (согласно таблице оснащения).

Для выполнения вышеперечисленных задач необходима согласованная работа «команды»: ВОП и его «помощников» – ФОП, МОП. ВОП в неразрывной связи с ФОП и МОП оказывают следующие виды медицинской помощи на уровне СВУ: доврачебная (фельдшерская), первая врачебная и квалифицированная врачебная помощь. В таблице 3 представлено сравнение показателей деятельности фельдшера (медицинской сестры) и ФОП (МОП) в сельской местности, по данным социологического опроса врачей СВУ.

Из таблицы 3 следует, что выполнение лечебно-диагностической работы у фельдшера (медицинской сестры) и ФОП (МОП) в сельской местности находится на достаточном уровне, с большим объемом проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ), профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий у ФОП (МОП).

Проведенный системный комплексный анализ работы ВОП и участкового врача в сельской местности позволяет выделить положительные факторы, подтверждающие целесообразность развития ОВП:

- ответственность врача за здоровье пациента и его семьи;

- приоритет современных медицинских технологий;

- большая самостоятельность деятельности ФОП и МОП;

- приоритет профилактических мероприятий;

- непрерывное наблюдение за больными и здоровыми пациентами;

- большая доступность профильной медицинской помощи к месту жительства сельского населения;

- расширение функций ФОП и МОП.

По результатам исследования определены преимущества в работе ВОП, в сравнении с участковым врачом:

Таблица 3 – Сравнение показателей деятельности фельдшера (медсестры) и ФОП (МОП) в сельской местности

Наименование проводимых мероприятий	Фельдшер (медсестра), %	ФОП (МОП), %
Оказание доврачебной (фельдшерской) помощи	91	93
Проведение патронажа и медицинское наблюдение за хроническими больными	93	96
Выполнение медицинских манипуляций в СВА, СУБ и на дому	87	93
Диагностика заболеваний (общеклиническая лабораторная и ЭКГ)	83	91
Проведение профилактических мероприятий	61	89
Проведение мероприятий по формированию ЗОЖ	54	85
Проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий	32	87

- лучше теоретически подготовлен (прежде всего, в области профильных дисциплин);
- лучше технически и технологически оснащен (с целью оказания квалифицированной врачебной помощи амбулаторно);
- более материально заинтересован (имеет повышающий коэффициент в оплате труда, в связи с оказанием многопрофильной врачебной помощи);
- более расширенные функции в должностных обязанностях (так как оказывает медицинскую помощь в области профильных дисциплин).

В таблице 4 представлено сравнение основных недостатков в работе участкового врача и ВОП в сельской местности, по данным социологического опроса врачей СВУ.

Из таблицы 4 следует, что основными недостатками в работе участкового врача являются меньшая заинтересованность в улучшении своей работы, в тоже время основными недостатками в работе ВОП являются недостаточные организационные условия для улучшения оказания медицинской помощи сельскому населению.

Основной потребностью сельского населения является получение доступной медицинской помощи, в то же время государство ставит основную задачу перед сельским здравоохранением – приблизить квалифицированную врачебную помощь к месту жительства сельского населения. ВОП (ФОП, МОП) решают данные вопросы за счет выполнения следующих мероприятий:

- своевременное оказание многопрофильной врачебной помощи;
- проведение реабилитационных мероприятий в условиях СВУ;
- динамическое наблюдение детей до 3-летнего возраста;
- проведение активного патронажа хронических больных;

Таблица 4 – Сравнение основных недостатков в работе участкового врача и ВОП в сельской местности

Основные недостатки	УВ, %	ВОП, %
Не несет прямой ответственности за здоровье пациента	73	15
Не стремится к расширению сферы своей деятельности	91	21
Не может обеспечить контроль за состоянием здоровья пациента и его семьи	48	18
Не имеет стимула для повышения качества работы	89	41
По любому вопросу направляет пациентов к профильным специалистам	95	33
Недостаточная оснащенность медицинским оборудованием	15	83
Проблема своевременной организации оказания неотложной медицинской помощи круглосуточно	4	89
Проблема с жильем по месту работы	53	94
Не имеет стимула для проведения профилактической работы	96	36
Большая территория медицинского обслуживания населения и отдаленность населенных пунктов	86	42
Проблема с мобильной связью	7	85

- проведение диспансеризации сельского населения;
- выполнение врачебных назначений на дому;
- рациональная организация оказания неотложной медицинской помощи;
- развитие стационарзамещающих технологий;
- проведение профилактических мероприятий и мероприятий по формированию ЗОЖ.

Подводя итог полученным результатам исследования, нужно отметить, что дальнейшее развитие ОВП в сельской местности обосновывают не только основные показатели деятельности (увеличение объемов оказания медицинской помощи сельскому населению, более высокие результаты деятельности), но и ряд факторов, обеспечивающих доступность и качество медицинской помощи, проведение профилактических и оздоровительных мероприятий.

Заключение

1. Достоверных отличий (преимуществ) между участковым врачом, ВОП и АТП-комплексом по основным показателям деятельности и уровню состояния здоровья сельского населения не установлено, хотя имеются социально-психологические отличия в оценке ситуации и отношении к выполнению должностных обязанностей в пользу ОВП.

2. Необходимо коренное изменение функций и объемов работы ФОП (МОП) в сторону увеличения, о чем свидетельствуют результаты исследования их участия в работе организаций СВУ.

3. Необходимы дальнейшие исследования по разработке постоянно корректирующей модели ОВП, в зависимости от численности обслуживаемого населения, его состояния здоровья, демографической ситуации, взаимосвязи с органами местного самоуправления, стационарными организациями, станцией СМП и профильными специалистами.

Литература

1. Вартамян, Ф.Е. Роль и место врачей общей практики в системе здравоохранения развитых стран / Ф.Е. Вартамян // Главврач. – 2003. – № 1. – С. 35-38.
2. Гильманов, А.А. Общая врачебная практика в условиях муниципального здравоохранения / А.А. Гильманов // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 10. – С. 14-16.
3. Григорович, Н.А. Клиническое обследование в кабинете врача общей практики / Н.А. Григорович // Медицинские новости. – 1999. – № 10. – С. 29-34.
4. Денисов, И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): перспектива развития / И.Н. Денисов // Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера. – 2003. – № 12. – С. 15-22.
5. Денисов, С.Д. Развитие семейной медицины в Беларуси / С.Д. Денисов, Л.М. Минайчева // Российский семейный врач. – 2000. – № 1. – С. 63-64.
6. Комаров, Ю.М. О некоторых перспективах реформирования первичной медико-санитарной помощи в России / Ю.М. Комаров // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 2. – С. 5-7.
7. Коротков, Ю.А. Некоторые аспекты работы врача общей практики в странах Западной Европы / Ю.А. Коротков, В.Е. Чернявский // Медицина. – 2001. – № 2. – С. 17-20.
8. Михалок, С.Ф. К вопросу о реформировании первичной медико-санитарной помощи в сельской местности / С.Ф. Михалок // Актуальные вопросы общеврачебной практики: материалы Международной научно-практической конференции. – Минск. – 2001. – С. 78-79.
9. Тимофеева, Е.Р. Общеврачебная практика по Джону-Нобелю / Е.Р. Тимофеева // Москва: Практика, 2004. – С. 3-15.

Поступила 02.09.08