

УДК 614.253.1(1-22)

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА НА ОСНОВЕ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

В. Ф. Шешко

Мозырская поликлиника № 3

Одним из основных направлений социально-экономического развития и обеспечения необходимых условий жизни граждан Республики Беларусь является эффективное функционирование системы здравоохранения. Сельское здравоохранение оптимально функционирует тогда, когда имеется согласованность и преемственность на всех этапах оказания медицинской помощи сельскому населению. Основная нагрузка и ответственность ложится на первичное звено сельского здравоохранения – сельский врачебный участок.

В статье представлены виды медицинской помощи в сельской местности, рассмотрены этапы развития общеврачебной практики в сельской местности, обобщены и предложены критерии оценки качества деятельности врача общей практики, разработана и предложена организационная модель профессиональной деятельности участкового врача на основе общеврачебной практики в сельской местности.

Ключевые слова: участковый врач, врач общей практики, общеврачебная практика, организационная модель, профессиональная деятельность.

One of the main directions of social and economic development and providing Belarusian citizens with necessary living conditions is the effective functioning of public health system. Rural public health functions in an optimal way only when there is a coordination and succession in all the stages of providing medical aid to the rural population. The preferential load and responsibility are given to the primary section of rural public health – rural medical district.

The types of medical aid and the stages of general medical practice development in the rural areas are described, the criteria for the evaluation of the qualities of general practitioner's activity are summed up and suggested, an organizational model of a district doctor's professional activity on the basis of general medical practice in the rural area is worked out and suggested.

Key words: district doctor, general practitioner, organizational model, professional activity.

Общеврачебная практика (ОВП) не имеет альтернативы для сельской местности. Уровень жизни в селах ниже, чем в городах, люди болеют чаще, больше травм, а строить современные больницы даже в крупных селах не представляется возможным. В этих условиях решением проблемы должны стать врачи общей практики (ВОП), но при условии, что они будут должным образом обеспечены. Это позволит ВОП на месте оказывать почти всю необходимую медицинскую помощь [4, 6, 9, 10].

Оказание первичной медицинской помощи на селе по принципу ВОП – оптимальная и эффективная форма решения проблем в сельском здравоохранении на современном этапе [4, 9, 10].

ВОП является системообразующим фактором, недооценка которого значительно ограничивает возможности использования, практически полностью сохранившегося потенциала здравоохранения, который нуждается в адаптации к новым социально-экономическим условиям. На уровне первичного звена здравоохранения определяются современные возможности медицины [1, 10, 11].

Модель ВОП является центральным звеном организационных преобразований, основанных на внедренных моделях экономических отношений, повышающих как локальную эффективность деятельности амбулаторно-поликлинических организаций, так и структурную эффективность системы здравоохранения в целом [3, 5, 11].

Роль ВОП за рубежом заключается в обеспечении медицинской помощи, которая доступна всем, комплексна, непрерывна, ориентирована на пациента, нацелена на семью и создана в рамках соответствующей медицинской структуры [2, 8, 12].

Несмотря на различия в планировании, организации и управлении, ОВП может функционировать в рамках различных систем здравоохранения [2, 7].

Изучение вопроса первичного контакта с пациентом в странах Западной Европы показало, что система ПМСП

в виде ОВП, в общем, удовлетворяет общество, хотя определенные моменты деятельности этой системы вызывают критику в обществе. В научных и практических кругах этих стран проводится анализ, делаются прогнозы и предложения по дальнейшему совершенствованию оказания медицинской помощи [7, 12].

Материал и методы

Проведен анализ медицинской документации по изучению обеспеченности, укомплектованности 10 СВА и 10 АВОП. Изучены и проанализированы этапы развития ОВП в сельской местности. По данным медицинской документации (СВА и АВОП) обобщены и предложены критерии оценки качества деятельности ВОП в сельской местности. Разработана и предложена организационная модель профессиональной деятельности участкового врача на основе ОВП в сельской местности. Представлены виды медицинской помощи в сельской местности на современном этапе.

Результаты и обсуждение

Виды медицинской помощи в сельской местности – ВОП на уровне сельского врачебного участка (СВУ) оказывает первичную медицинскую помощь. Первичная медицинская помощь включает:

1. Мероприятия доврачебной (фельдшерской) помощи:
 - оказание медицинской помощи при травмах, отравлениях и неотложных состояниях;
 - диагностика заболеваний (ЭКГ, клиническая лабораторная диагностика);
 - проведение мероприятий по формированию ЗОЖ;
 - проведение профилактических мероприятий;
 - проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
 - активное посещение хронических больных на дому (проведение патронажа и выполнение врачебных назначений на дому).

2. Мероприятия врачебной (терапевтической и хирургической) помощи:

- диагностика, лечение заболеваний терапевтического и хирургического профиля;
- оказание медицинской помощи при травмах, отравлениях и неотложных состояниях;
- проведение профилактических мероприятий;
- проведение мероприятий по формированию ЗОЖ;
- проведение диспансеризации больных;
- проведение МСЭ больных;
- проведение реабилитационных мероприятий (лечение в дневном стационаре, физиотерапевтическое лечение);
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Врачебная (терапевтическая и хирургическая) помощь включает:

1. Терапевтическая помощь: педиатрическая, пульмонологическая, кардиологическая, эндокринологическая, гастроэнтерологическая и т.д.

2. Хирургическая помощь: травматологическая, акушерско-гинекологическая, офтальмологическая, оториноларингологическая, стоматологическая и т.д.

Сравнение показателей обеспеченности (укомплектованности) АВОП и СВА, по данным медицинской документации (таблица 1), показывает на недостаточную укомплектованность: ВОП – 72%, УВ – 81%; МОП – 73%, участковыми медицинскими сестрами – 82%; фельдшерами – 86%, ФОП – 78%; в то же время обеспеченность выше: медицинским инструментарием (оборудованием) у ВОП – 89%, ФОП – 82%; медицинской документацией у ВОП – 91%, у УВ – 86%; компьютерами у ВОП – 19%, у УВ – 7%.

Таблица 1 – Сравнение показателей обеспеченности (укомплектованности) АВОП и СВА в сельской местности Гомельской области (по данным медицинской документации)

Основные показатели обеспеченности (укомплектованности)	СВА, %	АВОП, %
Укомплектованность врачами	81	72
Укомплектованность медицинскими сестрами	82	73
Укомплектованность фельдшерами	86	78
Обеспеченность автотранспортом	81	90
Обеспеченность медицинским оборудованием и инструментарием	82	89
Обеспеченность средствами мобильной связи	0	7
Обеспеченность медицинской документацией и материалами статистической отчетности	86	91
Обеспеченность компьютерами	7	19

Изучены и проанализированы этапы развития ОВП в сельской местности:

1 этап – организация оказания медицинской помощи УВ:

- удовлетворяет потребность сельского населения в терапевтической помощи;
- лечебно-диагностическая и лечебно-профилактическая работа недостаточно эффективна и результативна.

II этап – организация оказания медицинской помощи УВ на основе ОВП:

- более положительная оценка работы сельским населением;
- более положительная оценка работы врачами СБУ;
- более значимые основные показатели деятельности;
- медико-экономическая эффективность работы ВОП;

- наличие ряда факторов, обеспечивающих доступность медицинской помощи.

III этап – совершенствование оказания медицинской помощи УВ на основе ОВП:

- развитие стационарзамещающих технологий (дневной стационар, стационар на дому, амбулаторная хирургия одного дня и т.д.);
- преемственность работы с профильными специалистами (амбулаторный прием по профильным специальностям);
- медико-социальная защищенность медработников (обеспечение жильем по месту работы врачей СБУ, материальная заинтересованность и т.д.);
- повышение технического и технологического обеспечения деятельности (согласно табеля оснащения);
- приоритет профилактических мероприятий;
- расширение функций среднего медицинского персонала;
- преемственность работы с органами местного самоуправления и санитарно-эпидемиологической службой (с целью создания надлежащих условий жизни и производственной деятельности сельского населения).

Основные направления деятельности ВОП (ФОП, МОП) в сельской местности:

- обеспечение доступности медицинской помощи сельскому населению (оказание медицинской помощи на основе ОВП амбулаторном этапе);
- повышение профессионального уровня медицинского персонала (с целью обеспечения качества и увеличения объема медицинской помощи);
- согласованная работа ВОП, МОП, ФОП (с целью делегирования полномочий среднему медицинскому персоналу).

По данным медицинской документации обобщены и предложены критерии оценки качества деятельности ВОП в сельской местности:

А. Основные показатели деятельности (по данным МКР):

1. Уровень госпитализации в круглосуточные стационары (на 1000 жителей).
2. Развитие стационарзамещающих технологий:
 - 2.1 уровень госпитализации в дневной стационар (количество пролеченных больных на 1000 жителей);
 - 2.2 деятельность стационаров на дому (количество койко-дней на 100 жителей).
3. Проведение профилактических мероприятий (не менее 15% времени в общем объеме работы).
4. Количество пациентов, направленных к профильным специалистам ЦРП, в том числе – к терапевту ЦРП (на 1000 жителей).
5. Количество проведенных амбулаторных операций (на 1000 жителей).
6. Рациональная организация оказания неотложной медицинской помощи:
 - 6.1 число вызовов, обслуженных ВОП по неотложной медицинской помощи (на 1000 жителей);
 - 6.2 число повторных, необоснованных и «ложных» вызовов, обслуженных ВОП (на 1000 жителей);
 - 6.3 число вызовов, обслуженных станцией СМП в районе деятельности ВОП (на 1000 жителей);
 - 6.4 число вызовов, обслуженных станцией СМП в выходные и праздничные дни, в районе деятельности ВОП (в процентах от общего числа вызовов).

Б. Демографические показатели и показатели здоровья сельского населения района обслуживания ВОП (по данным МКР):

1. Заболеваемость с ВУТ работников сельскохозяйственных предприятий (дней на 100 работающих).

2. Первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста (случаев на 10000 жителей трудоспособного возраста).

3. Выявление больных с запущенной формой туберкулеза и в далеко зашедших стадиях онкозаболеваний (случаев).

4. Полная и частичная реабилитация инвалидов (случаев на 100 жителей имевших инвалидность).

5. Материнская и младенческая смертность (случаев).

В. Социально-психологические показатели деятельности ВОП (по данным социологического опроса):

1. Степень удовлетворенности сельского населения оказанной медицинской помощью:

1.1 обоснованные жалобы, по данным обращений пациентов (случаев);

1.2 функциональная доступность (в объеме не менее 6 профильных специальностей);

1.3 временная доступность (не более 20 минут ожидания приема врача и не менее 12 минут на приеме у врача);

1.4 территориальная доступность (не более 30 минут пешком);

1.5 транспортная доступность (не более 20 минут автотранспортом).

2. Степень удовлетворенности медицинского персонала условиями своего труда:

2.1 расширение функциональных обязанностей ФОП, МОП (согласно должностных инструкций);

2.2 повышение профессионального уровня ВОП (обучение не менее 180 часов за 5 лет);

2.3 наличие квалификационных категорий у ВОП;

2.4 обеспеченность жильем по месту работы ВОП.

По результатам исследований разработана и предложена организационная модель профессиональной деятельности УВ на основе ОВП в сельской местности:

1. Основные направления профессиональной деятельности УВ (ВОП):

- учиться, осваивать и внедрять новые методы диагностики, лечения и реабилитации больных;

- автоматизация рабочего места УВ (ВОП);

- повышение технического и технологического обеспечения деятельности УВ (ВОП);

- повышение квалификации УВ, ВОП (не менее 180 часов за 5 лет);

- оказание врачебной помощи (в объеме не менее 6 профильных специальностей).

2. Основные подходы во взаимоотношении «УВ (ВОП) – врач (стационара, ЦРП, станции СМП)»:

- преемственность работы с профильными специалистами;

- рациональная организация оказания неотложной медицинской помощи;

- развитие стационарзамещающих технологий;

- обеспечение преемственности при оказании медицинской помощи в СВА (АВОП, СУБ) и ЦРП;

3. Основные подходы во взаимоотношении «УВ (ВОП) – ЦГиЭ, исполком и социальная служба»:

- участие в подготовке решений исполкома по реализации государственных программ;

- участие в решении медико-социальных проблем сельского населения;

- участие в санитарно-эпидемиологическом контроле по созданию надлежащих условий работы и проживания сельского населения.

4. Основные подходы во взаимоотношении «УВ (ВОП) – пациент»:

- медицинская этика и деонтология;

- диспансерное наблюдение и профилактика заболеваний сельского населения;

- обеспечение доступности врачебной помощи на уровне СБУ;

- информирование пациента о состоянии его здоровья и лечении заболеваний.

Заключение

Основной потребностью населения является получение медицинской помощи по принципу «здесь и сейчас» непосредственно по месту своего жительства. В то же время основным направлением деятельности сельского здравоохранения является оказание доступной первичной медицинской помощи сельскому населению. ВОП в сельской местности решает вопросы как сельского населения, так системы здравоохранения.

Выводы

1. Проведение участковой службой лечебно-диагностической и лечебно-профилактической работы недостаточно результативно и эффективно, одной из причин этого является отсутствие модели организации работы УВ (ВОП) в сельской местности.

2. Разработанные практические рекомендации построения организационной модели профессиональной деятельности УВ на основе ОВП в сельской местности могут быть использованы в качестве структурно-организационной модели развития ОВП на современном этапе.

Литература

1. Василевская, Л.Н. Оказание первичной медицинской помощи на принципах общеврачебной практики / Л.Н. Василевская // Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера. – 2003. – № 12. – С. 23–26.

2. Вартамян, Ф.Е. Роль и место врачей общей практики в системе здравоохранения развитых стран / Ф.Е. Вартамян // Главврач. – 2003. – № 1. – С. 35–38.

3. Вартамян, Ф.Е. Особенности развития общей практики (семейной медицины) в Европе / Ф.Е. Вартамян // Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера. – 2003. – № 12. – С. 61–67.

4. Головской, Б.В. Семейная практика – путь решения некоторых проблем сельского здравоохранения / Б.В. Головской // Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера. – 2005. – № 1. – С. 39–41.

5. Григорович, Н.А. Клиническое обследование в кабинете врача общей практики / Н.А. Григорович // Медицинские новости. – 1999. – № 10. – С. 29–34.

6. 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.

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. Коротков, Ю.А. Некоторые аспекты работы врача общей практики в странах Западной Европы (продолжение) / Ю.А. Коротков, В.Е. Чернявский // Медицина. – 2001. – № 3. – С. 13–16.

9. Лаврищева, Г.А. Опыт внедрения общей врачебной практики в учреждениях сельской местности / Г.А. Лаврищева // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 4. – С. 24–28.

10. 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.

11. 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.

12. Last, J.M. The Iceberg – Completing the Clinical Picture in General / J.M. Last // Practice. The Lancet, 1963. – P. 28–31.

Поступила 30.04.09