

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ С СЕЛЬСКИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

МИХАЛЕВИЧ П.Н.* , ШЕШКО В.Ф.**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования**,
*Мозырская поликлиника №3***

Резюме. Перед сельским здравоохранением стоят большие задачи по улучшению материально-технической базы организаций сельского врачебного участка, дальнейшему совершенствованию и повышению уровня оказания медицинской помощи, улучшению показателей состояния здоровья сельского населения. Оказание врачом общей практики многопрофильной врачебной помощи решает интересы как системы здравоохранения – на уровне сельского врачебного участка нет профильных специалистов, так и населения – получение медицинской помощи по месту жительства сельского населения.

В статье рассмотрены современные представления по обеспечению преемственности работы врача общей практики в сельской местности с сельскими медицинскими организациями. Проведен аналитический обзор состояния проблемы по развитию института врача общей практики в сельской местности. Представлены основные недостатки в первичном звене сельского здравоохранения. Установлены особенности общеврачебной практики в сельской местности.

Ключевые слова: врач общей практики, преемственность работы, сельские медицинские организации.

Abstract. The most important tasks for the village health services are as following: improvement of the material and technical basis of the country medical services, further development and higher standard of the provided medical aid, improvement of the state of health of rural population. The general practitioner's versatile medical aid is beneficial both for the Health Service (as there are no specialists in the village) and for the patients: they don't need to go to the town or city clinic to get medical aid.

In article the peculiarities modern views on the ensuring of the succession of a general practitioner working in the countryside with rural medical institutions has been studied. We have made an analytical survey of the problem regarding the development of GP's practice in the country. The main drawbacks in the village health services have been pointed out. The peculiarities of the general practice in the country have been defined.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 247760, Гомельская область, г.Мозырь Бульвар Юности, 109/27, моб. 8-033-651-93-00, 8-029-607-26-81. - Шешко В.Ф.

Система здравоохранения любой страны состоит из двух частей: первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) и специализированная медицинская помощь. Отличие состоит в том, что в одних странах предпочтение отдается развитию ПМСП, а в других – специализированной медицинской помощи. Сегодня работают две системы: стационары, в которых объем выполняемых манипуляций и функциональная способность врачей сведена до минимума, несмотря на то, что на две трети поликлиники укомплектованы «узкими» специалистами. Суть всех реформ на сегодняшний день сводится к четкому определению того, чем должны заниматься врачи первого контакта с пациентом [3].

По мнению некоторых авторов [2, 5, 6] общая врачебная практика (ОВП) не имеет альтернативы для сельской местности. Уровень жизни там 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 подготовлены и обеспечены. ВОП может взять на себя 80% функций «узких» специалистов, что позволит на месте оказывать почти всю необходимую медицинскую помощь, разгрузить работу центральных районных поликлиник (ЦРП) и станций скорой медицинской помощи (ССМП).

Множество проблем здоровья, возникающих на уровне первого контакта пациентов с системой здравоохранения могут быть решены в рамках ОВП, но ВОП, должен при необходимости своевременно направлять пациентов к «узким» специалистам. ВОП берет на себя ответственность за принятие первичного решения, при необходимости консультируясь с «узкими» специалистами [1].

Отдельные авторы [4] считают, что «ВОП – это медицинский адвокат семьи»: в 93-95% всех случаев, кроме ВОП, пациенты данной семьи ни к кому больше не обращаются. И только в 5-7% случаев по инициативе ВОП, пациенты направляются на консультацию к «узким» специалистам. Но после нее все равно возвращаются к ВОП.

Другие авторы [1, 7] считают, что «ВОП – это клиницист широкого профиля». Он должен иметь такой же уровень клинической компетентности, как и «узкие» специалисты. Считается, что к ВОП в странах Западной Европы обращается только четверть больных, а остальным оказывается само- или взаимопомощь. В свою очередь, девять из каждых десяти пациентов, ВОП лечит сам, а одного из них отправляет или к «узкому» специалисту, или в больницу.

Методы

Проведен социологический опрос 100 врачей сельского врачебного участка (СВУ), согласно разработанной анкеты «об организации медицинского обслуживания населения СВУ». Проведен сравнительный анализ должностных инструкций ВОП и участкового врача в сельской местности. Проведен сравнительный анализ причин направления и количества направленных больных к профильным специалистам ВОП и участковым врачам. Изучены и

проанализированы: укомплектованность врачебным, средним медицинским персоналом и уровень квалификации медицинского персонала в сельской местности.

Результаты и обсуждение

Особенности проживания в сельской местности (отдаленность от ЦРП, проблемы транспортной доступности, характер расселения сельского населения, постарение населения) оказывают значительное влияние на объем и уровень обеспечения медицинской помощью сельского населения.

Сохранение экстенсивного пути развития здравоохранения, привело к возникновению стойких недостатков в первичном звене сельского здравоохранения:

- излишняя «узкая» специализация (включая «узкую» специализацию врачей терапевтического профиля);
- недостаточная квалификация врачей, оказывающих медицинскую помощь на догоспитальном этапе (врачи ЦРП –72%, врачи СВУ –46%);
- падение престижа врачей первичного звена сельского здравоохранения, в связи с «неперспективностью» работы;
- отсутствие врача, который взял бы на себя ответственность за здоровье пациента;
- возможность посещения профильных специалистов, минуя участкового врача;
- «дефицит» врачей, работающих в сельской местности (не превышает 75%);
- рост неудовлетворенности сельского населения условиями и местом оказания врачебной помощи.

Для современного этапа характерно интенсивное развитие сельского здравоохранения: сокращение количества сельских участковых больниц, а также преобразование их в сельские врачебные амбулатории и больницы сестринского ухода, организация работы участкового врача на основе ОВП, внедрение стационарзамещающих технологий в виде дневных стационаров и стационаров на дому.

Основными причинами направления больных ВОП к профильным специалистам являются: консультация (41%), коррекция лечения (29%), диагностика (22%), медико-социальная экспертиза (8%). В тоже время участковым врачом: коррекция лечения (43%), диагностика (37%), консультация (11%), медико-социальная экспертиза (9%).

ВОП направляет больных к следующим профильным специалистам: к окулисту (29%), к хирургу-травматологу (25%), к ЛОР-врачу (18%), к гинекологу (15%), к неврологу (11%). В тоже время участковым врачом: к хирургу-травматологу (21%), к гинекологу (20%), к окулисту (18%), к ЛОР-врачу (17%), к неврологу (15%), а также к терапевту ЦРП (9%). Среднее количество направленных больных на консультацию к профильным специалистам: ВОП -289,1%, участковым врачом -441,8%.

Оказание многопрофильной врачебной помощи по месту жительства сельского населения приводит к снижению обращаемости к профильным специалистам в ЦРП, что позволяет снизить финансовые и временные затраты больных. В конечном итоге приводит к удовлетворению сельского населения оказанной медицинской помощью.

По данным социологического опроса врачей СВУ, обоснованный отбор пациентов на госпитализацию возможен за счет проведения следующих мероприятий: своевременное оказание многопрофильной врачебной помощи (68%), проведение профилактических мероприятий (57%), оказание неотложной и скорой медицинской помощи на дому (57%), проведение диспансерного наблюдения за здоровьем населения СВУ (54%), госпитализация в стационар больных, нуждающихся в круглосуточном медицинском наблюдении и лечении (51%).

Скорая и неотложная медицинская помощь в сельской местности имеет следующие особенности: доступность («безотказность»), быстрота ее оказания («безотлагаемость»), многопрофильность ее оказания («универсальность»), высокая ресурсная затратность, синдромальная диагностика заболеваний («неопределенность» диагностики).

Вызова обслуженные ВОП: общее количество (601%), «ложные» вызова (2%), необоснованные вызова (5%), повторные вызова (14%), плановая перевозка больных в стационар (0,6%). В тоже время, вызова обслуженные ССМП: общее количество (226,9%), «ложные» вызова (7%), необоснованные вызов (16%), повторные вызова (19%), плановая перевозка больных в стационар (1,7%).

ВОП тщательно отбираются пациенты на госпитализацию и более широко используются возможности стационарзамещающих технологий, что снижает объем стационарной помощи и уровень затрат на оплату круглосуточных госпитализаций. По данным некоторых авторов [7, 8], затраты на организацию условий оказания ВОП скорой и неотложной медицинской помощи окупаются за счет снижения количества вызовов и уровня затрат на их оплату.

С целью правильной организации оказания неотложной и скорой медицинской помощи в сельской местности и улучшения, в целом, качества медицинской помощи сельскому населению, по мнению ВОП, это возможно при выполнении следующих условий:

- оказание многопрофильной врачебной помощи (87%);
- динамическое наблюдение детей до 3-х летнего возраста (94%);
- обслуживание вызовов на дому (74%);
- проведение активного патронажа и выполнение медицинских манипуляций на дому (96%);
- своевременное выполнение профилактических прививок (51%);
- проведение информационной работы с населением (62%).

Проведенный сравнительный анализ должностных инструкций, объема и качества работы участкового врача и ВОП в сельской местности показывает, что ОВП имеет ряд особенностей:

-ВОП оказывает медицинскую помощь, как отдельным лицам, так и всем членам семьи (96%).

-ВОП использует современную доступную технологию в диагностике и лечении

заболеваний (95%).

-ВОП имеет дело с болезнями на ранней стадии их проявления и в период ремиссии заболеваний (73%).

-ВОП обеспечивает этапность и преемственность в оказании медицинской помощи сельскому населению (84%).

-ВОП участвует в оказании медико-социальной помощи населению СВУ (71%).

-ВОП осуществляет непрерывное медицинское наблюдение за пациентами (62%).

-ВОП осуществляет санитарно-эпидемиологический контроль среды обитания и производственной сферы (84%).

-ВОП участвует в решении вопросов по улучшению здоровья населения СВУ, путем реализации государственных программ (92%).

Преемственность работы ВОП с профильными специалистами, со ССМП и стационарными организациями играет положительную роль:

-рациональное использование врачей первичного звена сельского здравоохранения.

-снижение затрат на стационарную помощь за счет динамического наблюдения за здоровьем пациентов и профилактики заболеваний.

-снижение затрат на оказание скорой медицинской помощи за счет обслуживания вызовов врачами и фельдшерами общей практики.

Основные принципы взаимодействия первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи:

-этапность оказания медицинской помощи;

-преемственность оказания медицинской помощи на различных этапах;

-доступность медицинской помощи населению СВУ;

-бесплатность медицинской помощи сельскому населению;

-государственное регулирование мероприятий по оказанию медицинской помощи сельскому населению.

Заключение

1. Установлены особенности ВОП в сельской местности, когда ВОП используя доступную медицинскую технологию в диагностике и лечении, может оказывать многопрофильную врачебную помощь в рамках первичного звена сельского здравоохранения.

2. Положительная роль в создании преемственности работы ВОП со стационарными организациями, ССМП профильными специалистами ЦРП заключается в снижении нагрузки на сельские медицинские организации и получении медицинской помощи сельским населением по месту своего жительства.

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. Головской, Б. В. Семейная практика – путь решения некоторых проблем сельского здравоохранения / Б. В. Головской // Здравоохранение: Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера. – 2005. – № 1. – С. 39-41.
3. Денисов, И. Н. Перспективы развития общей врачебной практики в России / И. Н. Денисов // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 8. – С. 26-31.
4. Коротков, Ю. А. Некоторые аспекты работы врача общей практики в странах Западной Европы / Ю. А. Коротков, В. Е. Чернявский // Медицина. – 2001. – № 3. – С. 13-16.
5. Лаврищева, Г. А. Опыт внедрения общей врачебной практики в учреждениях сельской местности / Г. А. Лаврищева // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 4. – С. 24-28.
6. Сапрыкина, А. Г. Организация первичной медико-санитарной помощи сельскому населению по принципу общей врачебной практики / А. Г. Сапрыкина // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 12. – С. 5-13.
7. Чертухина, О. Б. Новая организационная модель в муниципальной системе здравоохранения – модель врача общей практики / О. Б. Чертухина // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 9. – С. 9-13.
8. Шевский, В. И. Реформы системы медицинской помощи в Самарской области. Проблемы и перспективы / В. И. Шевский, В. В. Павлов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1996. – № 1. – С. 25-28.