

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 614:616 1/4

А.П.Боярский, Т.В.Чернова, Н.М.Скоромец

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРИНЦИПУ "ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ"

Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения

Социологические опросы населения г.Екатеринбурга, проведенные сотрудниками кафедры социальной медицины и организации здравоохранения (А.П.Боярский, Т.В.Чернова, 1992, 1993), [1,2] показали, что большинство жителей города оценивают свое здоровье как удовлетворительное (53,5%), 41,9% лиц имеют хронические заболевания, в связи с чем 26,6% нуждаются в регулярной медицинской помощи. Однако сразу при заболевании обращаются в лечебно-профилактические учреждения только 33,1% опрошенных, что свидетельствует с низкой популярностью участковой медицинской службы. Эти данные объясняют характер предложений населения по улучшению медицинской помощи: введение посемейного обслуживания, свободный выбор врача, возможность получения квалифицированной медицинской помощи и др. Кроме того, большинство респондентов указали на необходимость улучшения культуры поведения врачей.

С другой стороны, представляет интерес изучение мнения участковых терапевтов о возможности изменения организационных структур амбулаторно-поликлинической помощи. Так, 58,0% опрошенных врачей считают возможным переход на принцип посемейного обслуживания (А.П.Боярский, Т.В.Чернова, 1993). [3] Абсолютное большинство респондентов (91,7%) считают, что семейный врач (врач общей практики) должен лечить основные, наиболее часто встречающиеся виды заболеваний, осуществлять мероприятия по профилактике заболеваний (60,2%), вести санитарную пропаганду (53,7%), иметь навыки выполнения простейших операций и приема родов (26,9%).

По нашему мнению, переход на принцип посемейного обслуживания будет способствовать улучшению качества медицинской помощи населению и изменению мнения пациентов об учреждениях здравоохранения в положительную сторону. Кроме того, имеющаяся на сегодняшний день концептуальная модель семейной медицины в России предполагает, что переход на систему обслуживания врачом общей практики, семейным врачом позволит реализовать "интегрирующую роль специалиста первичного звена" [4].

В 1993 году в г.Екатеринбурге на базе городской больницы N23 (главный врач - П.В.Елфимов) был организован офис врача общей практики. Территориально офис расположен в поселке Садовый и оборудован в помещении бывшего здравпункта. Прием пациентов ведет, помимо врача общей практики, врач-педиатр, что способствует преемственности в оказании медицинской помощи детям, подросткам и взрослым.

Врач общей практики прошел предварительную 4-х месячную подготовку по специально разработанной программе с включением циклов неврологии, лор-болезней, офтальмологии, лабораторной диагностики, эндокринологии, онкологии, кардиологии; участвовал в семинарах по проблемам семейного врача и вопросам страховой медицины. Результатом обучения явилось получение свидетельства на право заниматься общей врачебной практикой.

Семейная медицина для России – это новая клиническая дисциплина, которая включает в себя заботу о здоровье человека, основанную на широком спектре медицинских знаний: от клеточной биологии до психосоциальноэкономических вопросов. Практически во всех развитых странах обучение семейного врача – длительный процесс. После окончания высших учебных заведений врачи обучаются 2-3 года по специальным программам. Предполагается также последующее ежегодное повышение квалификации. Поэтому, учитывая мнение врача общей практики (З. И. Бородина), мы считаем 4-х месячную подготовку врача общей практики на базе Уральской государственной медицинской академии недостаточной для выполнения врачом его функциональных обязанностей.

Между общепрактикующим врачом и главным врачом больницы заключен контракт на выполнение обязанностей врача общей практики. Работа врача строится согласно разработанной должностной инструкции, включающей 20 пунктов, которые условно можно сгруппировать в следующие блоки: права, обязанности, используемые методы диагностики, лечения, профилактики, диспансеризация, статистическая отчетность. Контингент обслуживания – лица с 15 лет и старше.

Врач общей практики осуществляет амбулаторный прием пациентов, посещения на дому, оказывает неотложную помощь, проводит, реабилитационные мероприятия, назначает физиопроцедуры, проводит диагностические исследования, в частности – снимает ЭКГ. При необходимости больные направляются в дневные стационары, госпитализируются в отделения больниц.

Одним из основных разделов работы врача общей практики является анализ и комплексная оценка здоровья обслуживаемого населения. Это необходимо для проведения оперативных, организационных мероприятий, например, для правильного учета и диспансеризации лиц с социально-значимыми и хроническими заболеваниями, для оперативного применения противоэпидемических мероприятий и т.п. Поэтому, любой общепрактикующий врач, начиная свою деятельность, должен изучить, в первую очередь, показатели здоровья населения, которое он обслуживает, выявить тенденции изменения основных показателей здоровья.

По имеющимся данным, численность населения, обслуживаемого врачом общей практики, составляет 2500 человек. Из них 50,3% мужчины и 49,7% – женщины. Пенсионеры составляют 31,6% от числа взрослого населения, подростки – 10,2%. Считается, что тип населения во многом определяет характеристики заболеваемости населения.

Известно, что врач общей практики должен быть отличным диагностом, уметь лечить болезни терапевтического и нетерапевтического профиля, предупреждать возникновение хронических заболеваний у прикрепленного контингента населения. По нашему мнению, показатели заболеваемости населения, закрепленного за врачом общей практики, динамики удельного веса больных с хроническими заболеваниями, наряду с другими показателями, могут служить критериями качества и эффективности работы врача.

Изучалась хроническая заболеваемость населения, обслуживаемого врачом общей практики, в динамике за 4 года (1991-1994гг.) на основании статистических талонов для регистрации уточненных диагнозов и "Отчетов о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения". Цель данного исследования заключалась в выявлении тенденции изменения характеристик заболеваемости населения после введения в 1993г. должности врача общей практики. Анализировались уровень и

структура первичной (впервые выявленной в данном календарном году) общей (сумма ранее выявленной и впервые выявленной в данном году) хронической заболеваемости в соответствии с распределением заболеваний по классам болезней (по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти IX пересмотра). Рассчитывалась среднегодовая заболеваемость. Изучались особенности диспансерного наблюдения за больными, имеющими хронические заболевания.

Проведенные исследования показали, что уровень первичной хронической заболеваемости составил 42,8 случаев на 1000 населения. Имеется отчетливая тенденция к его росту в 3,1 раза за 4 исследуемых года. Наиболее существенный рост уровня заболеваемости наблюдался в 1994 году.

В структуре первичной хронической заболеваемости на первом месте - болезни органов дыхания (47,3%), на втором - психические расстройства (36,1%), на третьем месте - болезни органов пищеварения (11,4%). Отмечается постепенное снижение (в 3,4 раза за 4 года) удельного веса первичной хронической заболеваемости болезнями органов дыхания при одновременном росте (в 3,8 раз) удельного веса психических расстройств. Среди психических расстройств основной удельный вес приходится на вегето-сосудистые дистонии. Мы считаем, что это связано не только с изменением статистического учета (ранее вегето-сосудистые дистонии относились к классу болезней системы кровообращения), но и с улучшением качества диагностики, приведшим к росту выявленности этой патологии.

Среди первичных хронических болезней органов пищеварения преобладает язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (рост на 7,5%). Одновременно отмечается резкое снижение (на 40,8%) удельного веса хронических гастритов и дуоденитов.

Общая хроническая заболеваемость взрослого населения также имеет тенденцию к росту (в 2,4 раза за 4 года). В структуре общей хронической заболеваемости на первом месте - болезни системы кровообращения (42,5%), на втором - болезни органов пищеварения (21,2%), на третьем - болезни органов дыхания (20,1%). Основную долю заболеваний составляют: гипертоническая болезнь, хронические гастриты и дуодениты, хронический бронхит и эмфизема легких.

Анализ диспансеризации населения показал, что основную долю больных, состоящих под диспансерным наблюдением, составляют лица с болезнями органов кровообращения, дыхания, пищеварения, а с 1994 года к ним прибавились лица с психическими расстройствами. Незначительный удельный вес составляют лица, находящиеся под диспансерным наблюдением по поводу болезней мочеполовой системы (6%), болезней крови и кроветворных органов (1,5%) и болезней костно-мышечной системы (1,5%).

Таким образом, изучение хронической заболеваемости населения, обслуживаемого врачом общей практики, показало, что как первичная, так и общая хроническая заболеваемость имеет тенденцию к росту. В структуре общей хронической заболеваемости три класса болезней составляют основной удельный вес: болезни системы кровообращения, пищеварения и дыхания. Отмечен рост уровня вновь взятых под диспансерное наблюдение больных вышеперечисленных классов болезней в 3,5 раз в целом.

Выявленные особенности в характеристиках хронической заболеваемости, диспансеризации населения, по нашему мнению, связаны с введением должности врача общей практики и изменением приоритетов в деятельности медицинских работников - улучшении диагностики и профилактики. Кроме того, это может быть связано с изменением мнения населения о деятельности учреждения здравоохранения в положительную сторону и, в связи с этим, ростом обращаемости за медицинской помощью.

Опыт организации службы врача общей практики позволяет сделать вывод о необходимости продолжения работы в этом направлении с учетом медико-демографических и социальных особенностей населения района, в котором создается офис, структуры лечебно-профилактических учреждений, в составе которых будут работать общепрактикующие врачи. Особое значение в решении этого вопроса мы придаем положительному общественному мнению о переходе на посемейное обслуживание, а также мнению практикующих врачей (особенно в сельских районах), определенная часть которых хотела бы работать в новом качестве - "врач общей практики".

ЛИТЕРАТУРА

1. Боярский А.П., Чернова Т.В., Отношение екатеринбуржцев к посемейному обслуживанию/ Проблемы Большого Екатеринбурга: Сб. науч. трудов. Екатеринбург, 1992. С.106-108.
2. Боярский А.П., Чернова Т.В. Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качестве медицинской помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. 1993. №7. С.5-7.
3. Боярский А.П., Чернова Т.В. Семейный врач: мнение участковых терапевтов// Здравоохранение Рос. Федерации. 1993. №3. С.8-9
4. Дальнейшее развитие первичной медико-социальной помощи в России: Материалы 2-й научно-практической конференции 30-31 мая 1995 года. Москва, 1995. С.26.

УДК 614.255.5(470)

С.Л. Леонтьев, А.П. Боярский, В.А. Беллавин

ОБ ИДЕОЛОГИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАНДАРТА И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ МЕДИКО - СТРАХОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
Свердловский областной фонд социального страхования

При принятии в 1991 - 1993 году пакета законодательных актов Верховным Советом и Правительством Российской Федерации встал вопрос о модели финансирования медицинских учреждений из средств обязательного медицинского страхования (ОМС) [1-5].

На территории Свердловской области принята модель финансирования за факт реализации медицинской услуги (законченный случай лечения) по единым тарифам [9].

Под медицинской услугой понимается набор лечебно-диагностических мероприятий, необходимых для установления своевременного и достоверного диагноза, а также для достижения критериев качества за оптимальные сроки лечения при наименьших затратах.

В период 1992 - 1993 г. под руководством Департамента здравоохранения Свердловской области были созданы медико-экономические стандарты (МЭС) для законченных случаев лечения в стационаре. Структурно МЭС состоит из медико-технологического стандарта (МТС) и тарифа. В свою очередь МТС состоит из набора диагностических, лечебных мероприятий, критериев качества и срока лечения, за который они должны быть достигнуты [8].

К созданию МТСов были привлечены специалисты научных медицинских центров (Уральской медицинской академии, НИИ) и практические врачи. Не подвергая сомнению профессионализм разработчиков,