

Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С.

Изучение организации поликлинической терапевтической помощи городскому населению и пути ее оптимизации

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, г. Махачкала

Gadjiev R.S., Agalarova L.S.

Study of the out-patient therapeutic care of the urban population and ways of its optimization

Резюме

В целях оптимизации поликлинической терапевтической помощи городскому населению проводилось исследование в 2014–2015 гг. на базе 3 поликлиник г. Махачкала. Изучены объем и характер поликлинической терапевтической помощи городскому населению по данным 86437 посещений. Установлено, что в структуре посещаемости у участковых врачей в среднем по всем классам болезней на первом месте стоят болезни органов дыхания (32,7%), на втором – системы кровообращения (19,5%), третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9%) и на четвертом – инфекционные и паразитарные болезни (8,5%). Врачи общей практики значительно чаще обосновано направляют на консультацию своих пациентов, чем участковые терапевты – в среднем 93,1% и 85,2%. На основе материалов исследования разработаны методические рекомендации по оптимизации терапевтической помощи городскому населению.

Ключевые слова: поликлиническая помощь, посещение, участковый терапевт, врач общей практики

Summary

In order to optimize outpatient therapeutic care to the urban population surveyed in the 2014 - 2015 biennium. on the basis of 3 clinics Makhachkala. Studied the volume and nature of outpatient therapeutic care to the urban population according to the 86437 visitors. It was found that the structure was in attendance at the local doctors on average in all classes of illnesses in the first place are respiratory diseases (32.7%), the second - the circulatory system (19.5%), third - diseases of the musculoskeletal system and connective fabric (9%), the fourth - infectious and parasitic diseases (8.5%). GPs more often justified on the direct consultation of their patients than the precinct therapists - an average of 93.1% and 85.2%. On the basis of research materials developed guidelines for the optimization of therapeutic care to the urban population.

Key words: polyclinic assistance, visits, primary care physician, a general practitioner

Введение

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению является наиболее доступным и массовым видом медицинского обслуживания. От постановки внебольничной помощи, качества работы врачей в амбулаторно-поликлинических условиях зависят правильное и раннее распознавание болезней, дальнейшее лечение больного, своевременная госпитализация, проведение необходимых лечебных и профилактических мер в отношении, как самого больного, так и окружающего населения [2,5,7].

В целом амбулаторно-поликлиническое звено обладает значительным потенциалом повышения эффективности использования финансовых ресурсов как на своем уровне, так и на уровне всей системы. Известно, что оказание медицинской помощи на амбулаторном этапе об-

ходится значительно дешевле, чем в стационаре [4,8,9]. В связи с этим, авторы считают уместным напомнить о результатах исследований, согласно которым около 30% ныне госпитализируемых больных могли бы получить качественную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Налаживание эффективной работы поликлинического звена, по мнению ряда авторов [1,3,6,10], позволит значительно сократить объем вызовов скорой медицинской помощи, которые представляют собой очень дорогостоящую услугу и в 40% случаев оказывается больным с хроническими заболеваниями, находящимся на диспансерном учете в лечебно-профилактических учреждениях.

Целью данной работы являлась разработка системы мероприятий по оптимизации поликлинической терапев-

тической помощи городскому населению в условиях реформы первичной медико-санитарной помощи.

Материалы и методы

Исследование проводилось в 2014-2015 гг. на базе 3 городских поликлиник (№ 2, 4, 9) г. Махачкалы Республики Дагестан. Объем и характер поликлинической помощи, оказываемой участковыми терапевтами (УТ) и врачами общей практики (ВОП) изучены по данным 86437 посещений (УТ - 44313, ВОП - 42124). За единицу наблюдения было принято одно посещение больного (здорового).

Для сбора материала использованы следующие первичные медицинские документации базовых поликлиник: медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у - 87), статистический талон для регистрации заключительных диагнозов (ф. 025 - 2/у), талон амбулаторного пациента (ф. 025 - 11/у - вр).

Под каждое направление исследования были составлены программы и планы работы, статистический инструментарий, проведена выкопировка данных из первичной медицинской документации, шифровка, группировка, статистическая обработка и анализ полученных информационных материалов. В соответствии с целью и задачами исследования были использованы статистический, социологический и метод выкопировки данных из первичной медицинской документации. Статистическую обработку материалов проводили при помощи программ Statistica 6.0, Биостат 4.03, MS Excel 2003.

Результаты и обсуждение

Изучение возрастного-полового и социального состава посетителей городских поликлиник показало, что более часто обращаются женщины по сравнению с

мужчинами (56,6% и 43,4% случаев, соответственно). В структуре амбулаторного приема преобладали пенсионеры (48,8%), рабочие и служащие государственных учреждений составили 29,3%, частных предприятий и коммерческих структур - 6,6% и 3,9% соответственно. На долю безработных пришлось - 11,3%.

Известно, что раннее обращение больных к врачу позволяет своевременно назначить соответствующее лечение и часто предупреждает переход заболевания в хроническую форму. Нами изучены сроки обращения больных к участковым терапевтам и врачам общей практики от начала заболевания по отдельным нозологическим формам (табл. 1).

Из приведенных данных видно, что по ряду нозологических форм отмечаются поздние обращения больных от начала заболевания или его обострения. Наиболее поздние обращения отмечаются в группе больных с ишемической болезнью сердца. Более половины (53,6%) этих больных обращаются на 8-ой и более поздние сроки от начала заболевания, что свидетельствует о том, что многие больные несерьезно относятся к проявлениям болевых ощущений в области сердца и о недостаточной санитарно-просветительной работе среди этой группы больных по раннему обращению к врачу. На втором месте по поздним срокам обращения стоят больные, страдающие заболеваниями органов пищеварения. Свыше 45% их обращаются на 8-й день и более поздние сроки от начала заболевания. Очевидно, это связано с характером проявления данной группы заболеваний. Что касается острых респираторных заболеваний и гриппа, то большинство больных (67,7%) обращаются к врачу в первые три дня от начала заболевания. Как правило, эта группа больных нуждается в получении листка нетрудоспособности. Однако, среди этой группы больных имеет место

Таблица 1. Распределение больных по срокам обращения к участковым терапевтам и врачам общей практики от отдельным нозологическим формам от начала заболевания (в % к итогу)

Нозологические формы	На какой день обратился к врачу						Итого	
	на 1-й	2 - й	3 - й	4 - й	5 - 7	на 8-й и далее	абс. число	%
Острые респираторные заболевания, грипп	16,1	31,1	20,5	16,8	5,3	10,2	409	100,0
Бронхит и пневмония	8,5	19,6	17,7	17,8	5,6	30,8	197	100,0
Гипертоническая болезнь	19,4	16,1	8,4	16,8	9,0	30,3	155	100,0
Ишемическая болезнь сердца	20,6	5,7	4,7	6,3	9,1	53,6	175	100,0
Болезни органов пищеварения	16,2	10,4	9,3	12,4	5,8	45,3	128	100,0
Болезни мочеполовой системы	21,5	18,2	13,6	11,8	5,5	29,4	86	100,0
Болезни нервной системы	26,7	18,3	17,9	16,7	10,7	9,7	82	100,0
В среднем по всем заболеваниям	18,4 ±2,1	17,1 ±3,0	13,2 ±2,2	14,1 ±1,5	7,3 ±0,8	29,9 ±4,1	1232	100,0

Таблица 2. Структура посещений населением участковых терапевтов и врачей общей практики в городских поликлиниках по классам болезней (в % к итогу)

Класс болезней	Врачи общей практики	Участковые терапевты	В среднем
Инфекционные и паразитарные болезни	9,4	8,2	8,5
Новообразования	0,7	0,5	0,6
Болезни крови и кроветворных органов	0,2	0,1	0,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	2,1	1,9	
Психические расстройства и расстройства поведения	2,4	1,7	
Болезни нервной системы	7,2	4,0	5,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата		1,7	
Болезни уха и сосцевидного отростка	2,6	1,3	1,8
Болезни системы кровообращения	18,3	20,6	19,5
Болезни органов дыхания	29,7	35,6	32,7
Болезни органов пищеварения	6,4	7,5	6,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2,0	1,7	1,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	7,7	9,8	8,8
Болезни мочеполовой системы	1,7	1,9	1,8
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	1,6	0,2	0,9
Врожденные аномалии (пороки развития)	0,2	0,3	0,2
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	0,8	0,6	0,7
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	3,7	2,4	3,1
Итого	100,0	100,0	

и более позднее обращение к врачу. Свыше 15% обращаются на 5 – 8 и более поздние сроки от начала заболевания, что следует расценивать как отрицательный момент в организации работы ВОП и УТ, и недостаточном санитарном просвещении.

Изучение распределения больных в зависимости от их состояния в момент обращения к ВОП и УТ показал, что подавляющее число больных (72,1%) обращаются в удовлетворительном состоянии. В то время значительная часть больных (15%) в момент обращения находятся в состоянии средней тяжести. Это чаще всего связано с несвоевременным обращением больного к врачам или не вызовом его на дом.

Изучена структура посещений населением участковых терапевтов и врачей общей практики в городских поликлиниках по классам болезней (табл. 2). Как видно из таблицы, в структуре посещаемости у участковых врачей в среднем по всем классам болезней на первом месте стоят болезни органов дыхания (32,7%), на втором – системы кровообращения (19,5%), третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9%), четвертом – инфекционные и паразитарные болезни (8,5%), пятом – болезни органов пищеварения (6,5%), на шестом – болезни нервной системы (5,6%). На эти шесть классов приходится 81,8% от всех заболеваний.

Материалы анализа структуры посещений населением ВОП и УТ могут быть использованы при планировании деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. В планах работы ВОП и УТ больше внимания необходимо уделять мероприятиям по первичной и вторичной профилактике болезней сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, инфекционных и паразитарных болезней, повышению качества медицинской помощи, внедрению в практику новых методов профилактики, диагностики, лечения и передового опыта. Например, при планировании мероприятий по диспансеризации больных с болезнями сердечно-сосудистой системы наибольшее значение нужно придавать выявлению факторов риска (психоэмоциональные перегрузки, нерациональное питание, избыточная масса тела, вредные привычки – курение, употребление алкоголя и др.) и их устранению.

Анализ структуры посещений может быть широко использован при разработке и осуществлении мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала, в частности при повышении квалификации на рабочих местах, проведении тематических семинаров, совещаний, реферативных обзоров по материалам клинических журналов, конкурсов на звание лучшего по профессии, занятий по улучшению экспертизы временной нетрудоспособности и снижению заболеваемости и др.

Таблица 3. Структура посещений населением участковых терапевтов и врачей общей практики по цели посещений (в%)

Цель посещения	Врачи общей практики		Участковые терапевты	
	абс. число	%	абс. число	%
Лечебно-диагностическая	2139	66,7	2474	72,5
Консультативная	99	3,1	68	2,0
Диспансерное наблюдение	183	5,7	72	2,1
Профилактический осмотр	337	10,5	229	6,7
Оформление документов	365	11,4	451	13,2
Прочие	84	2,6	119	3,5
Всего	3207	100,0	3413	100,0

Таблица 4. Обоснованность направления пациентов врачами общей практики и участковыми терапевтами на консультацию к врачам узких специальностей (в%)

Специальность врача	Врачи общей практики		Участковые терапевты		1 - 3*	
	обоснован о	не обоснованно	обоснован но	не обоснованн о		
	1	2	3	4	t	p
Кардиолог	98,7	1,3	79,8	20,2	15,03	0,000
Ревматолог	97,8	2,2	70,2	39,8	18,31	0,000
Оториноларинголог	96,8	3,2	89,2	10,8	6,62	0,000
Офтальмолог	95,0	5,0	87,3	12,7	5,93	0,000
Эндокринолог	96,5	3,5	88,4	15,3	6,81	0,000
Хирург	93,3	6,7	84,7	15,3	5,93	0,000
Травматолог	91,0	9,0	82,9	17,1	5,20	0,000
Уролог	87,2	12,8	82,3	17,7	2,92	0,003
Дерматовенеролог	92,2	7,8	94,2	5,8	1,70	0,089
Инфекционист	84,0	16,0	90,0	10,0	3,84	0,000
Акушер-гинеколог	90,1	9,9	87,0	13,0	2,08	0,037
В среднем	93,1	6,9	85,2	14,9	3,32	0,009

*Статистическая значимость различий между показателями по критерию Стьюдента с предварительным угловым преобразованием по Фишеру

Структура посещений учитывается при планировании и осуществлении целенаправленной санитарно-просветительной работы: при чтении лекций и проведении бесед с населением и больными, организации вечеров вопросов и ответов, оформлении наглядной агитации (саябуллетени, санлистки, уголки здоровья и др.) и при других формах санитарного просвещения.

Известно, что на качество медицинской помощи в значительной степени влияет нагрузка врачей на приеме. В связи с этим нами проанализирована нагрузка участковых терапевтов и врачей общей практики в городских поликлиниках. Установлено, что нагрузка врача на приеме и при оказании помощи на дому в значительной степени зависит от сезонности, дня недели и характера посещений по часам в течение одного дня работы.

При анализе обращаемости по сезонам года и отдельным месяцам установлено, что обращаемость к ВОП и УТ зимой в 2-3 раза выше, чем летом. Удельный вес обращений в декабре-феврале составил 10,2-14,8%, а в июле и августе - 5,4 и 4,5% всех обращений за год. В течение недели большая часть больных обращается в понедельник (23,2%) и во вторник (21,4%), в то время

как в среду - 14,7% и в субботу - 4,2%. Все это необходимо учитывать при составлении графиков работы врачей, планировании лечебно-диагностической и профилактической работы.

Изучение обращаемости к участковым врачам по часам показало, что наиболее интенсивен поток посетителей с 9 до 11 ч (33%), затем он постепенно снижается: в 12-13 ч (до 14,4%). После 14 ч число посетителей незначительно. Высокая обращаемость пациентов в часы своей трудовой деятельности свидетельствует о недостаточном активном регулировании потока посетителей участковыми врачами.

Структура посещений населением участковых терапевтов и врачей общей практики по цели посещений представлена в таблице 3. Из нее видно, что на лечебно-диагностические посещения у участковых терапевтов приходится 72,5%, а у врачей общей практики несколько меньше - 66,7%. В то же время они значительно больше внимания уделяют профилактическим осмотрам (10,5% против 6,7% у участковых терапевтов) и более чем в 2 раза диспансерному наблюдению - 5,7% против 2,1% соответственно.

Одним из важных качественных показателей деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов является обоснованность направлений пациентов на консультацию к врачам узких специальностей (табл. 4).

Как видно из таблицы, врачи общей практики значительно чаще обосновано направляют на консультацию своих пациентов, чем участковые терапевты – в среднем 93,1% и 85,2%.

Чаще всего участковые терапевты направляли необоснованно на консультацию к ревматологу (29,8%), кардиологу (20,2%), урологу (17,7%), травматологу (17,1%), эндокринологу (15,3%), акушеру-гинекологу (13,0%) и офтальмологу (12,7%). У врачей общей практики необоснованных направлений к узким специалистам колеблется от 1,3% (к кардиологу) до 16% (к инфекционисту). Эти данные свидетельствуют о более высокой компетенции и ответственности врачей общей практики.

Заключение

В структуре посещаемости у участковых терапевтов и врачей общей практики по классам болезней на первом месте стоят болезни органов дыхания, на втором – системы кровообращения, третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, четвертом – болезни органов пищеварения и на пятом – болезни нервной системы.

Установлено, что в среднем только половина (48,7%) больных обращается к врачу в первые 3 дня, а остальные 51,1% – в срок свыше 3 дней, из них на 4 день приходится 14,1%, на 5 -7 день – 7,3%, на 8 и более дней – 29,9%.

Анализ объема и характера амбулаторно-поликлинической помощи оказываемой врачами общей практики и участковыми терапевтами городскому населению позволил наметить основные пути ее оптимизации: совершенствование технологии амбулаторного приема врачей; регулирование потока посещений; рациональное распределение и использование рабочего времени; планирование работы по дням недели, месяцам, сезонам года; внедрение прогрессивных форм работы; кооперация и разделение труда, четкое определение функциональных обязанностей врачей и среднего медицинского персонала; организация внутренней селективной связи кабинетов врачей с регистратурой и другими службами поликлиники; широкое использование стандартных бланков, внедрение электронного варианта амбулаторной карты; улучшение технической оснащенности кабинетов; рациональная организация рабочих мест врачей; механизация и унификация медицинской документации; совершенствование информационного обеспечения участковых врачей на амбулаторном приеме.■

Гаджиев Рашид Сейфиевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедакадемии, г. Махачкала; Агаларова Луиза Саидхамедовна – доктор мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедакадемии, г. Махачкала. Автор, ответственный за переписку Гаджиев Рашид Сейфиевич, 367003 Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ушакова, д. 9, кв. 10. Телефон – 8 – 960 – 409 – 45 – 97

Литература:

1. Гагарина В.В. Оценка эффективности оказания первичной медицинской помощи в отделениях общей практики и поликлиниках. // Российский семейный врач. – 2002. – Т.6. - № 3. – С. 15 – 19.
2. Гаджиев Р.С. Врач общей практики (семейный врач). – М.: Медицина, 2005. – С. 354 – 365.
3. Денисов И.Н. Развитие семейной медицины – основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации // Главврач. – 2007. – № 5. – С. 11–18.
4. Калининская А.А., Коротков Ю.А., Чижикова Т.В., Сулькина Ф.А. Состояние первичной медико-санитарной помощи в России. //Вестник семейной медицины. - Москва. – 2008. - №7. – С. 30 - 32.
5. Кучеренко В.З. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: Учебное пособие. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 464 с.
6. Магаев К.А. Организация деятельности муниципальной поликлиники как многофункционального медицинского комплекса: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
7. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд., исп. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012. – 608 с.
8. Скворская Г.П. Развитие общей врачебной/семейной практики в России, пути активизации и совершенствования ее деятельности: Автореферат дис..., канд. мед. наук, М., 1999. – 27 с.
9. Сулонова Н.В., Герасимова Л.И., Артемьева Е.Г., Маленкова В.Ю. Становление семейной медицины в Чувашской Республике. //Вестник семейной медицины. – 2008. - №.7. – С.170.
10. Щетин В.О., Петручук О.Е. Диспансеризация населения в России. Под научной ред. академика РАМН О.П. Щетина. – М., 2006. – С. 36 - 39.