

На правах рукописи

ЧИЖИКОВА

Татьяна Викторовна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СЕЛЬСКОГО
МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2010

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Калининская Алефтина Александровна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Линденбрaten Александр Леонидович

доктор медицинских наук, профессор
Лакунин Константин Юрьевич

Ведущая организация: ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздравсоцразвития РФ

Защита состоится «__» «_____» 2010 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» (127254, г. Москва, ул. Добролюбова,11)

Автореферат разослан «__» «_____» 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Пучков К.Г.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. В Российской Федерации почти треть населения проживает в сельской местности, поэтому вопросы здоровья, организации медицинской помощи сельским жителям имеют социальное, политическое и экономическое значение (Лисицын Ю.П., 1993; Рогожников В.А., Стародубов В.И. и др., 2004; Щепин О.П., 2006).

Современной демографической тенденцией, особенно выраженной в сельской местности, является уменьшение рождаемости и увеличение миграции трудоспособного населения вместе с детьми из сельской местности в города, что способствует повышению доли пожилых людей, проживающих в селах (Злобин А.Н., 1996; Максимова Т.М., 2000; Гехт И.А., 2002; Иванова А.Е., 2009).

Отмечается стойкая тенденция к ухудшению здоровья сельского населения. Уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, психическими расстройствами значительно выше на селе, чем в городе (Стрючков В.В., 2008; Евсюков А.А., Шарафутдинова Н.Х., Калининская А.А., 2010).

Низкий уровень состояния здоровья сельских жителей требует разработки более эффективных механизмов оказания медицинской помощи, направленных на улучшение финансового, материального, кадрового обеспечения здравоохранения, что получило начало в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (Стародубов В.И., 2006; Линденбратен А.Л., 2008). Недостаточная обеспеченность врачами и плохая укомплектованность медицинскими кадрами на селе определяют низкую доступность медицинской помощи жителям села, при этом первичная медицинская помощь на селе зачастую является начальным и конечным этапом лечения.

На современном этапе реформирование здравоохранения направлено на усиление роли первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). На Алма-Атинской конференции (октябрь, 2008 г.) было заявлено, что ПМСП сегодня актуальнее, чем когда-либо, 2008 г. был объявлен Всемирной организацией здравоохранения - годом ПМСП. И практически все мировое сообщество развивает ПМСП по принципу общей врачебной практики.

Врач общей практики (ВОП) становится центральной фигурой в оказании медицинской помощи в сельской местности (Денисов И.Н.,

Черниенко Е.И., Коротков Ю.А., 2008; Калининская А.А., с соавт., 2009). В то же время общая врачебная практика (ОВП) на селе внедряется крайне медленно. Основными проблемами организации внебольничной помощи населению сельских муниципальных образований по принципу общей врачебной практики являются: несовершенство нормативной и методической базы, регламентирующей деятельность ОВП в системе здравоохранения села.

В настоящее время происходит формирование разных моделей организации амбулаторно-поликлинической помощи на основе поэтапного внедрения врача общей практики (Акулин И.М., 1998; Павлов В.В., 1998; Ганина А.Г., 2004).

Организация первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики требует разработки организационных основ и нормативно-правового обеспечения ОВП в условиях села, что определило актуальность проведенного исследования.

Цель исследования: Совершенствование первичной медико-санитарной помощи сельскому населению по принципу общей врачебной практики.

Задачи исследования:

1. Изучить медико-демографическую ситуацию сельского населения Пензенской области в динамике за 2004-2008 гг.

2. Проанализировать уровень, структуру и особенности заболеваемости сельского населения Пензенской области, РФ и пилотного сельского муниципального района (МР) области.

3. Дать анализ организационных форм работы и основных показателей деятельности общих врачебных практик на селе.

4. Научно обосновать в условиях эксперимента функционально-организационную (базовую) модель общей врачебной практики сельского МР (без приписных ФАП), включающую организационные основы, объем и характер работы ОВП, медико-социальную эффективность ОВП, нормирование труда ВОП, расчетную потребность в ВОП в условиях эталонной модели.

Базой исследования явилась Пензенская область.

Объект исследования: общие врачебные практики сельских муниципальных районов Пензенской области, пилотный сельский МР (Белинский), базовая модель ОВП (пилотная ОВП, без приписных ФАП).

Предмет исследования: организационные основы деятельности общей врачебной практики.

Единица наблюдения: общая врачебная практика, ВОП, медицинская сестра общей практики (ОП), сельский житель, посещения к ВОП.

Научная новизна исследования заключается в том, что нами впервые: проведено изучение медико-демографической ситуации на территории Пензенской области в сравнении с РФ; установлены особенности заболеваемости по обращаемости и впервые выявленной сельского населения Пензенской области, РФ и пилотного сельского МР; изучен характер и объемы работы ОВП на селе; научно обоснована в процессе эксперимента функционально-организационная модель общей врачебной практики сельского МР.

Научно-практическая значимость

Результаты исследования использованы при подготовке:

- региональной межведомственной Целевой программы Пензенской области «Деятельность врача общей практики», на период 2009-2011 годы;
- проекта учебного пособия «Организация общих врачебных практик в сельских муниципальных образованиях» учебно-методического объединения медицинских и фармацевтических ВУЗов.

Материалы диссертационного исследования использованы в практической работе органов управления здравоохранением и сельских ЛПУ Пензенской, Самарской, Московской областях, Республике Башкортостан.

Апробация результатов исследования

Материалы и результаты исследования были доложены на:

- научной конференции с международным участием, посвященной 85-летию Московского государственного медико-стоматологического университета (г. Москва, 2008 г.);
- межвузовской научной конференции ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава с международным участием (г. Москва, 2009 г.);
- научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха (г. Москва, 2009);
- межинститутской научно конференции ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава с международным участием, посвященной 65-летию Победы в Великой Отечественной войне (г. Москва, 2010 г.);
- межотделенческих конференциях ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» (2008-2010 гг.).

Основные положения, выносимые на защиту

1. Медико-демографическая ситуация и заболеваемость сельского населения муниципальных районов Пензенской области.

2. Организационные основы и объемы работы первичной медико-санитарной помощи по принципу общих врачебных практик на селе.

3. Функционально-организационная модель ОВП в условиях сельского муниципального района, включающая организационные основы деятельности и расчетную потребность в ВОП.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 14 печатных работ, в том числе 2 публикации в изданиях рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура работы

Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, предложений, списка литературы и приложений. Общий объем диссертации составляет 166 страниц машинописного текста, включает в себя 37 таблиц, 1 схему и 17 рисунков. Список литературы содержит 175 источников, из них 21 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы, сформулированы цель и задачи исследования, изложены его научная новизна и практическая значимость, определены положения, выносимые на защиту.

Первая глава, обзор литературы, включает анализ отечественных и зарубежных источников литературы, касающихся вопросов состояния здоровья жителей села и организации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. Проведенный анализ показал, что в настоящее время недостаточно социально-гигиенических исследований, посвященных организационным основам и нормативному обеспечению общих врачебных практик в условиях села.

Во второй главе «Методика и организация исследования» представлена программа и методы исследования, статистический инструментарий.

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовался комплекс социально-гигиенических методов: статистический, социологический, монографический (непосредственного наблюдения), экспертных оценок, хронометражных измерений, функционально-организационного моделирования (схема 1).

Исследование проводилось в 4 этапа:

Первый этап включал анализ отчётных данных, касающихся медико-демографической ситуации, заболеваемости и ресурсной базы Пензенской области и РФ. Информационную базу исследования составили данные статистической отчетности Пензенской области, ЛПУ сельских муниципальных районов и Минздрава РФ (отчётные формы 12, 17, 30, 47, в динамике за 5 лет (2004-2008 гг.).

На втором этапе была проведена паспортизация сельских врачебных участков, где работают ВОП. Разработан «Паспорт общей врачебной практики», включающий общую часть (заполняется на ОВП) и информацию на каждого врача общей практики. Паспортизация осуществлялась сплошным методом (2008 г.), заполнен 81 паспорт на ОВП и 133 карты информации на каждого ВОП, работающего в ОВП на селе.

На третьем этапе проведены социологические опросы врачей, медицинских сестер ОВП и населения в 28 сельских муниципальных районах по специально разработанным нами анкетам. Опрос врачей и медицинских сестер ОВП проводился сплошным методом. Статистическому анализу подверглось 133 анкеты врачей общей практики, 226 анкет опроса медицинских сестер ОП и 463 анкеты опроса мнения сельских жителей о работе ВОП (расчет объема выборочной совокупности определялся по формуле Л.Е. Полякова, 1984).

На четвертом этапе была научно обоснована функционально-организационная (базовая) модель ОВП без приписных ФАП, включающая: организационные основы деятельности ОВП (положение ОВП, функциональные обязанности врача и медицинской сестры ОВП); таблиць оснащения ОВП, объемы и характер работы ОВП, медико-социальную эффективность ОВП, нормирование труда врача ОВП, расчетную потребность во врачах общей практики для населения сельского МР.

Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере, в программе Excel.

Нормирование труда врача общей практики проводилось в соответствии с рекомендациями НИИ им. Н.А. Семашко¹. Был использован метод фотохронометражных наблюдений (М.А. Роговой, 1979), адаптированный к современным условиям (В.М. Шипова, 1997, 1998).

¹ Изучение затрат рабочего времени работников учреждений здравоохранения в целях нормирования. Методические рекомендации ВНИИ СГЭ и УЗ им. Н.А. Семашко. – М., 1979.

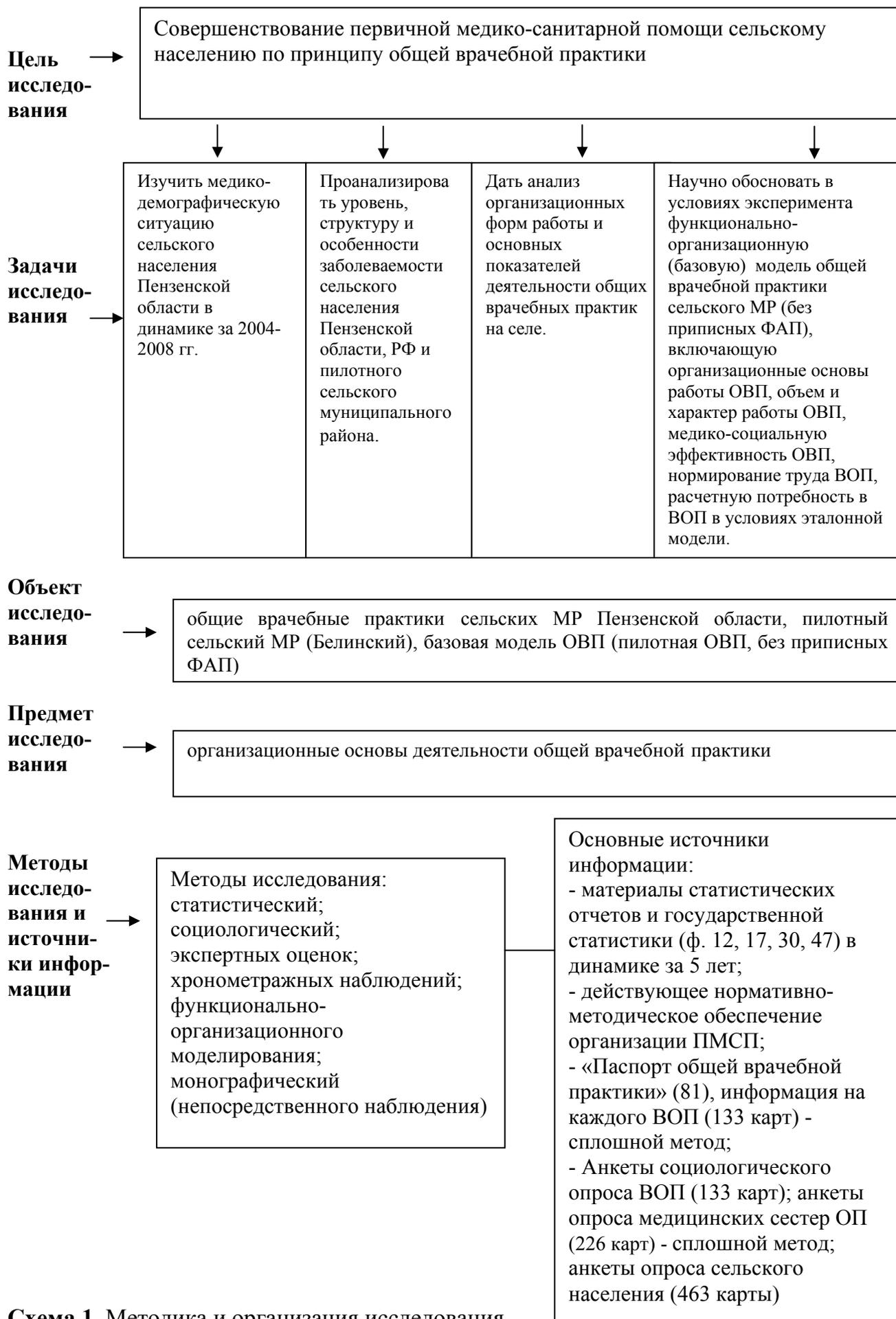


Схема 1. Методика и организация исследования

Для получения данных о затратах времени ВОП использовался наблюдательный лист фотохронометража с инструкцией по его заполнению. Полученные фактические затраты времени на выполнение трудовых операций подвергались экспертной оценке с точки зрения их продолжительности, частоты повторения и полноты обследования или лечения. Это позволило рассчитать время необходимое для полноценного обследования и лечения.

Заполнение фотохронометражных листов осуществлялось специально подготовленными наблюдателями, предварительно проинструктированными и получившими определенные навыки работы. Фотохронометражные наблюдения осуществлялись в течение 4-х недель в разные сезоны года. Для определения репрезентативной величины выборочной совокупности числа хронометражных измерений использовалась формула (А.М. Мерков, Л.Е. Поляков, 1974). Потребность в ВОП определялась с помощью формулы, рекомендованной Г.А. Поповым (1967).

Третья глава «Медико-демографические особенности и заболеваемость сельского населения Пензенской области». В Пензенской области (на 1 января 2009 г.) проживало 1379,8 тыс. человек, из них 461,9 сельские жители (33,5%). В области 28 сельских МР и 2 города - Пенза, Кузнецк. Лица старше трудоспособного возраста составили 24,7% (2008 г.), что выше, чем по РФ (21,2%) и по ПФО (21,4%). При этом в сельской местности доля лиц этой возрастной группы составила 27,0%. Естественная убыль населения (2008 г.) составила -6,1 на 1000 населения, что превышает показатели по РФ -2,5 и ПФО -3,3.

Уровень рождаемости в Пензенской области (2008 г.) составил 10,2 на 1000 населения, по РФ (12,1), ПФО (11,8). За 5 лет анализа, в целом по области, уровень рождаемости увеличился в 1,2 раз, в сельских МР рождаемость также выросла в 1,2 раз, в основном за счет миграционных процессов, активизировавшихся за последние годы, и составила 10,4 на 1000 соответствующего населения.

Общая смертность населения Пензенской области составила 16,3 на 1000 населения (2008 г.), по РФ (14,6), ПФО (15,1). Стандартизованные показатели общей смертности (12,6; 12,9; 13,2 соответственно). Уровень общей смертности населения по Пензенской области за период анализа (2004-2008 гг.) снизился с 18,0 до 16,3 на 1000 населения, в сельских МР показатель остается относительно стабильным и составил 20,5‰, что в значительной

степени связано с постарением населения села. В структуре смертности сельского населения на первом месте болезни системы кровообращения (68,0%), на втором несчастные случаи, отравления и травмы (11,8%), на третьем новообразования (10,0%) и др. Следует отметить, что в структуре смертности от несчастных случаев, отравлений и травм значительное место занимают отравления алкоголем.

За период анализа в целом по области отмечается тенденция к уменьшению доли умерших лиц трудоспособного возраста в 1,2 раз, что в определенной мере связано с реформированием системы здравоохранения и внедрением ОВП, расширением профилактической работы с населением. Показатель смертности всего трудоспособного населения Пензенской области составил 651,4 на 100 тысяч соответствующего населения, в сельских МР показатель выше - 755,2 на 100 тысяч соответствующего населения.

В структуре смертности трудоспособного населения сельских МР на первом месте несчастные случаи, отравления и травмы (38,6%), на втором болезни системы кровообращения (28,4%), на третьем месте новообразования (12,7%) и др. На селе младенческая смертность снизилась с 11,9 до 10,4 на 1000 рожденных живыми.

Для преодоления негативизма медико-демографических процессов (низкая рождаемость, высокий показатель смертности и неблагоприятная возрастная структура населения), в области реализуется комплекс мероприятий на региональном уровне. Принята Концепция демографического развития и снижения смертности населения на период до 2010 года, разработана и реализуется региональная межведомственная Целевая программа «Деятельность врача общей практики», на период 2009-2011 годы. Положительным итогом реализации этих документов явилось повышение рождаемости на селе и снижение младенческой смертности.

Проведенный анализ показал, что заболеваемость по обращаемости населения Пензенской области в 2008 году составила 1601,4 на 1000 населения (РФ – 1661,0). В сельских МР Пензенской области заболеваемость по обращаемости всего населения в 2008 году составила 1544,7 на 1000 соответствующего населения. Наибольшие показатели заболеваемости, как и по всей Пензенской области, были связаны с болезнями органов дыхания – 372,4 на 1000 соответствующего населения; болезнями системы кровообращения – 254,9; болезнями костно-мышечной системы и

соединительной ткани – 134,0; болезнями органов пищеварения – 125,3; болезнями глаза и его придаточного аппарата – 98,8; и др. На эти 5 классов болезней пришлось 60,5% обращений всего населения сельских МР (рисунок 1).



Рисунок 1. Структура заболеваемости по обращаемости населения сельских МР Пензенской области (в % к итогу)

Впервые выявленная заболеваемость населения всех сельских МР Пензенской области за 5 лет анализа выросла в 1,1 раз и составила 817,4 на 1000 соответствующего населения. На первом месте по частоте впервые выявленных заболеваний были болезни органов дыхания 292,0‰; на втором - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (72,4); на третьем - болезни кожи и подкожной клетчатки (54,4); на четвертом - беременность, роды и послеродовый период (53,7), последующие места занимали болезни мочеполовой системы (46,2); болезни костно-мышечной и соединительной ткани (45,4) и др. (рисунок 2).



Рисунок 2. Структура впервые выявленной заболеваемости населения сельских МР Пензенской области (в % к итогу)

Впервые выявленная заболеваемость взрослого населения сельских МР в 2008 г. составила 601,2 на 1000 соответствующего населения. Наибольшая частота впервые выявленной заболеваемости взрослого населения была связана с болезнями органов дыхания (159,5‰), на втором месте - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (69,8), третье место занимали болезни системы кровообращения (51,4), четвертое – болезни мочеполовой системы (49,7) и др.

Частота впервые выявленной заболеваемости детей сельских МР в возрасте от 0 до 14 лет составила 1812,2 на 1000 соответствующего населения, детей в возрасте от 15 до 17 лет - 517,0.

В процессе исследования была изучена заболеваемость (общая и первичная) населения Белинского сельского МР (пилотный район). Заболеваемость по обращаемости составила 1676,1 на 1000 соответствующего населения. Наибольшая частота заболеваемости приходилась на болезни органов дыхания – 395,2 на 1000 соответствующего населения, системы кровообращения – 257,5; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 160,0; болезни глаза и его придаточного аппарата – 122,9 и др. (таблица 1).

Частота заболеваемости по обращаемости взрослого населения пилотного Белинского сельского МР составила 1566,2 на 1000 соответствующего населения, детского населения - 2177,6.

В Белинском сельском МР впервые выявленная заболеваемость составила 836,9 на 1000 соответствующего населения. Следует отметить, что структура заболеваемости по обращаемости и впервые выявленная заболеваемость в пилотном МР мало отличается от таковой в сельских МР в целом.

Анализ показал, что за последние 5 лет в сельских МР отмечается незначительное увеличение показателей впервые выявленной заболеваемости, что в определенной мере связано с ростом доступности медицинских услуг жителям села. В сельских МР увеличилось количество ОВП, возрос объем

Таблица 1

**Заболееваемость по обращаемости населения пилотного Белинского
сельского МР Пензенской области на 1000 соответствующего
населения (2008 г.)**

Наименование классов болезней	Шифр по МКБ-X	всего	в том числе:			
			дети и подростки	дети	подростки	взрослые
ВСЕГО, в том числе	A00- T98	1676,1	2177,6	2166,1	2212,5	1566,2
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00- B99	43,5	76,0	82,7	55,8	36,3
Новообразования	C00- D48	38,4	8,6	8,9	8,0	44,9
Болезни крови и кроветворных органов	D50- D89	10,1	21,6	24,2	13,8	7,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	E00- E90	53,0	43,4	38,4	58,7	55,2
Психические расстройства и расстройства поведения	F00- F99	60,8	29,0	24,0	44,2	67,7
Болезни нервной системы	G00- G99	61,9	72,1	57,0	117,5	59,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00- H59	122,9	128,0	97,3	220,5	121,8
Болезни уха и сосцевидного отростка	H60- H95	39,9	59,1	57,8	63,1	35,7
Болезни системы кровообращения	I00-I99	257,5	42,2	36,0	60,9	304,6
Болезни органов дыхания	J00-J99	395,2	1053,9	1123,7	842,6	250,9
Болезни органов пищеварения	K00- K93	109,3	135,0	115,8	192,9	103,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00- L99	85,7	127,0	126,6	128,4	76,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00- M99	160,0	123,4	103,5	183,5	168,1
Болезни мочеполовой системы	N00- N99	108,1	65,2	58,0	87,0	117,5
Беременность, роды и послеродовой период	O00- O99	72,6	2,3	1,3	17,3	86,4
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00- P96	74,8	56,2	74,8	-	-
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации	Q00- Q99	3,8	11,0	12,0	8,0	2,2
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00- R99	7,9	39,3	46,0	18,9	1,0
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00- T98	88,4	84,5	79,3	100,1	89,2

профилактической и диспансерной работы, в том числе с детьми, активизировались выездные формы оказания медицинской помощи жителям села, внедрены скрининговые тесты в доврачебных кабинетах, повысилась первичная профилактика. В области активно ведется работа по созданию здоровьесберегающей среды, воспитанию культуры здоровья, формированию ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих.

Четвертая глава «Анализ деятельности общих врачебных практик на селе». Численность врачей в стране продолжает увеличиваться. В 2008 г. в России в системе Министерства здравоохранения и социального развития трудилось 621,8 тыс. врачей. По данным отчетной формы № 17 МЗ и СР РФ, в динамике за 14 лет (1995-2008 гг.) обеспеченность врачами в стране возросла с 38,4 до 43,8 на 10 тыс. населения (на 14,1%).

Следует признать, что реформирование первичного звена здравоохранения – переход к работе по принципу ОВП медленно набирает темпы. В регионах этот процесс протекает достаточно неравномерно. За период с 1994 по 2008 г. число ВОП, работающих в системе МЗ и СР РФ, увеличилось с 359 до 7930, т.е. в 22,1 раз. В общей численности врачебных кадров ВОП в 2008 г. составили 1,4%. Выявлена крайне выраженная неравномерность обеспечения врачами в разрезе субъектов РФ (таблица 2).

За последнее десятилетие в Российской Федерации увеличивается число ВОП. Однако, в ряде субъектов Российской Федерации (Республика Адыгея, Чеченская Республика, Корякский АО, Ненецкий АО, Таймырский АО, Эвенкийский АО, Чукотский АО) общие врачебные практики еще не получили развития.

В 2008 году в системе здравоохранения Пензенской области работали 4656 врачей и 13623 средних медицинских работника. Укомплектованность врачами составила 93,0%, средним медицинским персоналом 97,2%.

В условиях реорганизации здравоохранения села Пензенской области была утверждена региональная межведомственная Целевая программа «Деятельность врача общей практики», на период 2009-2011 годы. В динамике за 2004-2008 годы число ВОП в области увеличилось в 9,3 раз и составило 205 ВОП, в том числе на селе 133 ВОП. Обеспеченность ВОП в области в 2008 г. (1,5 на 10 тыс. населения) выше, чем в РФ (0,6).

Обеспеченность ВОП на селе в Пензенской области составила 2,8 на 10 тыс. соответствующего населения.

Таблица 2

Субъекты РФ с наибольшими и наименьшими показателями обеспеченности врачами общей практики (на 10 тыс. населения), 2008 г.

Субъекты РФ с наибольшими показателями	Субъекты РФ с наименьшими показателями
Чувашская Республика – 2,68	Москва – 0,03
Самарская область – 2,54	Рязанская область – 0,07
Республика Татарстан – 2,29	Брянская область – 0,14
Воронежская область – 2,26	Республика Ингушетия – 0,14
Республика Мордовия – 2,03	Нижегородская область – 0,18

Проведенный нами анализ показал, что в структуре посещаемости к ВОП, обслуживающим взрослое и детское население сельских МР лечебно-диагностические посещения составили (66,4%), профилактические (22,7%), диспансерные (10,8%). У ВОП, обслуживающих только взрослое население (64,5; 21,5; 14,0% соответственно).

Частота посещений к ВОП, обслуживающим взрослое и детское население сельских МР, с лечебной целью составила 3888,1 на 1000 соответствующего населения. У ВОП, обслуживающих только взрослое население частота посещений составила 2979,0 на 1000 соответствующего населения.

Наибольшая частота посещений с лечебной целью к ВОП, обслуживающим взрослое и детское население, было *терапевтического профиля* - 3141,3 посещений на 1000 соответствующего населения, из них по педиатрии 46,5%, терапии 42,9%, кардиологии 9,5%, эндокринологии 1,1%. Частота посещений *специализированного профиля* составила 688,5 посещений на 1000 соответствующего населения (неврология 58,0%, оториноларингология 20,5%, офтальмология 10,1%, дерматология 7,8%, гинекология 3,6%), *хирургического профиля* – 58,3% (травматология 53,2%, хирургия 46,8%).

К ВОП, обслуживающим только взрослое население, частота посещений с лечебной целью *терапевтического профиля* составила 2674,24 посещений на 1000 соответствующего населения, из них по терапии 86,4%, кардиологии 9,0%, эндокринологии 4,5%. Частота посещений *специализированного профиля* составила 292,93 посещения на 1000 соответствующего населения, из

них по офтальмологии 34,5%, неврологии 32,7%, оториноларингологии 29,2%, дерматологии 3,2%, гинекологии 0,4%. Частота посещений *хирургического профиля* к ВОП составила 11,7 посещений на 1000 соответствующего населения, из них по хирургии 84,6%, травматологии 15,4%.

Наибольшая доля посещений к ВОП, обслуживающим взрослое и детское население сельских МР, приходится на посещения в амбулатории (81,6%), на дому (15,9%), по неотложной медицинской помощи (2,5%). У ВОП обслуживающих только взрослое население, эти объемы работы распределились следующим образом (80,2; 17,7; 2,1% соответственно).

Надо отметить, что ВОП, работающим в сельской местности, нередко приходится посещать больных в нерабочее время. У ВОП, обслуживающих взрослое и детское население, посещения в нерабочее время составили 50,3 на 1000 соответствующего населения, у ВОП, обслуживающих только взрослое население (21,1).

В процессе исследования нами были проведены социологические опросы ВОП, работающих в сельской местности. Анкетирование показало, что ВОП считали приоритетами в своей работе широкий диапазон профессиональных навыков (96,1% к числу опрошенных); возможность оказания большого спектра медицинских услуг (97,3%), ответственность за здоровье пациента (87,2%), заинтересованность в заработной плате несколько ниже в числе приоритетов ВОП (81,8%), предоставление жилья (24,4% респондентов). Это свидетельствует о том, что врачи заинтересованы в профессионализме и преданы своему делу.

Почти все ВОП в числе факторов, которые значительно осложняют их деятельность выделили большую загруженность письменной работой (97,4% к числу опрошенных ВОП), ненормированный рабочий день (69,2%), большой объем вызовов в нерабочее время (66,6%). В месяц на одного ВОП приходилось в нерабочие часы 25,4 вызовов на дом, в их числе более трети были необоснованны. Наиболее частыми причинами необоснованных вызовов ВОП были вызовы к пожилым людям по поводу хронических заболеваний и социальных проблем, а также вызовы по поводу алкогольного опьянения, бытовых разборок и драк. Проведенный анализ свидетельствует о необходимости разработки механизмов снижения письменной работы у врача и внедрения дифференцированной оплаты труда врачам и медицинским сестрам ОВП с учетом их работы, в том числе в нерабочее время.

Эффективная работа по принципу ОВП, в первую очередь на селе, невозможна без активного включения в этот процесс медицинской сестры общей практики. Работа медицинской сестры ОВП значительно отличается от работы традиционной участковой медицинской сестры более широким кругом функциональных обязанностей, у нее более высокая степень ответственности за больного, за качество оказываемых медицинских услуг.

Социологические опросы медицинских сестер ОП на селе показали, что к числу приоритетов в работе средние медицинские работники (СМР) отнесли доверительное отношение с врачом (93,0% к числу опрошенных), расширение профессиональных функций – 89,9%, самостоятельный фронт работы – 90,6%, заинтересованность в заработной плате отметили несколько меньшее число респондентов – 86,7%, предоставление жилья – 19,5%, что свидетельствует о значимости для СМР усиления престижа профессии «медицинская сестра». Медицинская сестра ОП должна является полноправным членом команды ОВП и способна самостоятельно решать определенные медико-социальные задачи в рамках своей компетенции.

Результаты социологических опросов сельских жителей показали, что большинство населения удовлетворены работой ВОП (98,3%). Причинами удовлетворенности явились знание, грамотность и авторитет врача общей практики. ВОП может оказывать помощь по узким специальностям, при этом нет необходимости ехать в центральную районную больницу.

Глава пятая «Научное обоснование функционально-организационной модели ОВП сельского муниципального района в условиях эксперимента». В процессе исследования нами была проведена паспортизация общих врачебных практик работающих в сельских МР Пензенской области, которая позволила определить организационную структуру и сложившуюся численность прикрепленного населения к ВОП. Анализ показал, что 30,2% ВОП работают без приписных ФАП, 25,0% ВОП обслуживают население одного приписного ФАП, 15,6% - двух приписных ФАП, 7,3% - трех; 21,9% - четырех и более (рисунок 3).

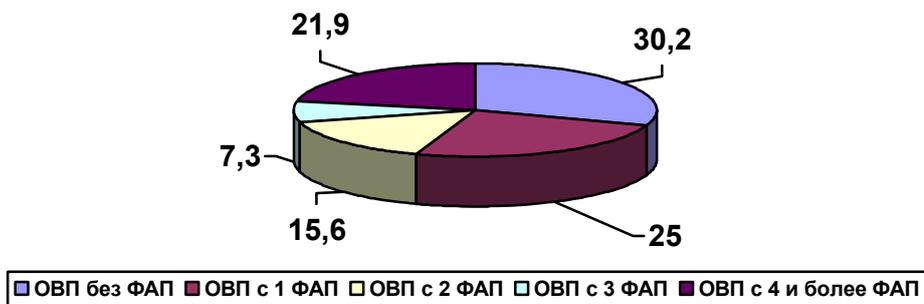


Рисунок 3. Наличие приписных ФАП у ВОП на селе (в % к итогу)

Нужно отметить, что 51,0% ВОП работающих в сельских МР Пензенской области обслуживают взрослое и детское население и 49,0% ВОП только взрослое население.

В процессе организационного эксперимента нами была научно обоснована функционально-организационная модель ОВП. В качестве пилотной базы исследования была выбрана ОВП Белинского сельского МР. Штаты ОВП включали: 1 ВОП, 2 медицинские сестры ОП, 1 зубной врач, 2 санитарки, 1 водитель. ВОП работающий в пилотной ОВП имеет общий стаж работы 15 лет (в том числе 10 лет по педиатрии и 5 по специальности ВОП).

ОВП Белинского сельского МР обслуживает 1542 сельских жителя, в их числе 83,6% взрослых, детей от 0 до 17 лет (16,4%), в том числе до года (0,97%). Возрастной состав населения пилотной ОВП идентичен таковому для ОВП сельских МР Пензенской области в целом, что дает возможность определить эту ОВП, как «базовую модель» для Пензенской области. Базой исследования нами была выбрана ОВП без приписных ФАП. Выбор такой модели был осуществлен для нормирования труда и дальнейшего расчета потребности в ВОП для этой модели организации ОВП. Следует отметить, что число приписных ФАП к ОВП на селе должно быть положено в основу коррективов расчетного показателя потребности в ВОП.

В процессе исследования нами изучен объем и характер посещаемости к ВОП в пилотном сельском МР. ВОП осуществлял прием больных по 11 специальностям. Частота посещаемости составила 5070,0 на 1000 соответствующего населения, в связи с заболеваниями к ВОП было сделано 3863‰ посещений.

Частота посещений ВОП детским населением в возрасте от 0 до 14 лет по поводу заболеваний педиатрического профиля составила 2592,8 посещений на 1000 соответствующего населения, оториноларингологического – 128,9‰,

травматологического – 25,8‰. Детьми в возрасте от 15 до 17 лет к ВОП было сделано 5896,6 посещений педиатрического профиля на 1000 соответствующего населения, по оториноларингологии – 310,3‰, по офтальмологии – 172,4‰ посещений и др. (таблица 3).

Взрослое население посещало ВОП по поводу болезней терапевтического профиля – 1366,7 посещений на 1000 соответствующего населения, кардиологического – 1235,7‰, неврологического – 575,2‰, офтальмологического – 216,3‰ .

Полученные нами объемы работы ОВП следует учитывать для планирования их деятельности и дифференцированной оплаты труда ВОП.

Таблица 3

Число посещений к ВОП населения пилотного Белинского сельского МР по специальностям с лечебной целью (на 1000 соответствующего населения)

Специальность	Всего	Дети (от 0-14 лет)	Подростки (дети от 15 до 17 лет)	Взрослые
Терапевтический профиль, в том числе	2804,8	2598,0	5913,8	2696,2
Терапия	1143,3	-	-	1366,7
Педиатрия	548,0	2592,8	5896,6	-
Кардиология	1035,0	5,2	17,2	1235,7
Эндокринология	78,5	-	-	93,8
Хирургический профиль, в том числе	55,1	36,1	155,2	53,5
Хирургия	28,5	10,3	17,2	31,8
Травматология	26,6	25,8	138,0	21,7
Специализированный профиль, в том числе	1003,1	237,2	555,5	1138
Оториноларингология	137,4	128,9	310,3	131,0
Офтальмология	197,8	82,5	172,4	216,3
Неврология	483,1	5,2	21,1	575,2
Гинекология	52,5	-	-	62,8
Дерматология	132,3	20,6	51,7	152,7
Всего:	3863,0	2871,3	6624,5	3887,7

В процессе исследования нами было проведено нормирование труда врача общей практики в пилотной ОВП сельского МР (таблица 4).

Структура затрат рабочего времени ВОП пилотного сельского МР

Наименование деятельности	абс., мин.	%
I Основная деятельность	3120,2	36,1
II Вспомогательная деятельность	1666,3	19,3
III Работа с документацией	2585,9	29,9
IV Служебные разговоры, в.ч. врачебная конференция	825,2	9,6
V Прочая деятельность	194,1	2,2
VI Личное необходимое время	248,3	2,9
ВСЕГО:	8640	100

Результаты исследования показали, что в структуре затрат рабочего времени ВОП непосредственная лечебно-диагностическая работа составила 36,1%, оформление медицинской документации - 29,9%, служебные разговоры - 2,89%. В период проведения фотохронометражных наблюдений врач посещал ежемесячные конференции врачей общей практики, на которые было потрачено 6,6% рабочего времени. Лично необходимое время составило 2,9% от общих затрат времени, это 12,4 минут в день, что почти соответствует принятым в промышленности нормативам - 10 минут.

Помимо непосредственного обслуживания пациентов в период хронометражного наблюдения ВОП затрачивал рабочее время на другие виды деятельности, продолжительность которых представлена в таблице 5.

Временные затраты вне рабочего времени включали вызовы в нерабочее время и заполнение медицинской документации после рабочего дня. На заполнение медицинской документации вне рабочего времени ВОП тратил в среднем $48 \pm 1,2$ минут в день.

В процессе исследования было определено среднее расчетное время ВОП на обслуживание одного пациента (18,5 минут), дифференцированное с учетом временных затрат в зависимости от места выполнения посещения. В среднем на обслуживание одного пациента в амбулатории ВОП затрачивал 13,8 минут, из них на лечебно-диагностические мероприятия – 7,3 минут, на работу с документацией – 5,08 минут. Обслуживание одного пациента на дому, с учетом затрат времени на дорогу, составило 30,4 минут.

**Затраты времени врача общей практики пилотной ОВП, не относящиеся
непосредственно к обслуживанию пациента**

Наименование деятельности	Фактически затраченное время, в мин.	Время, принятое для расчетов, мин.
II Вспомогательная деятельность		
Переходы внутри помещения (при амбулаторном приеме)	21,3	21,3
Переходы до больного вне амбулатории (при обслуживании на дому)	1244,6	1244,6
Переодевание	128,3	128,3
Подготовка/уборка рабочего места	91,7	91,7
Сбор медицинской сумки	84,6	84,6
III Работа с документацией		
Знакомство с медицинской документацией		
Просмотр различных форм учета	79,2	79,2
Работа на компьютере		
Просмотр и поиск данных	65,8	65,8
Заполнение базы данных	52,5	52,5
Заполнение медицинской документации		
Заполнение учетно-отчетной документации	469,2	450,2
Оформление дневника в амбулаторной карте пациентов принятых на дому	203,9	203,9
IV Служебные разговоры, в т.ч.		
Врачебная конференция	573,0	573,0
IV Личное необходимое время	248,3	200,0
ВСЕГО:	3262,4	3195,1

При этом на один час работы планируемое число посещений составит:
60 минут: 18,5 = 3,2 посещения.

Функция врачебной должности рассчитывалась по формуле:

$$\Phi = Б \times С \times Г \times k, \text{ где}$$

Φ – функция врачебной должности

$Б$ – нагрузка врача данной специальности на один час работы

$С$ – число часов работы в день

$Г$ – число рабочих дней в году

k – коэффициент использования рабочего времени на
лечебно-диагностическую деятельность

$$\Phi = 3,2 \times 7,2 \times 202 \times 0,9 = 4189$$

Планируемая потребность в ВОП определялась с помощью формулы,
рекомендованной Г.А. Поповым (1967 г.):

$$B = \frac{L}{F}$$

где

B – планируемая потребность во врачебных должностях,

L – фактически сложившееся число посещений к врачу общей практики за год на 10 тыс. населения,

F – функция врачебной должности

$$B = \frac{5070,0}{4189} = 1,2 \text{ на } 1000 \text{ сельского населения}$$

Согласно полученным расчетам, планируемая численность ВОП в условиях функционально-организационной модели ОВП сельского МР Пензенской области должна составить 12,0 на 10 тыс. населения. При этом планируемая численность населения на одного врача составит 833 взрослого и детского населения.

Научно обоснованная в условиях эксперимента функционально-организационная (базовая) модель ОВП, без приписных ФАП (ВОП обслуживает взрослое и детское население сельского МР), включала: организационные основы работы ОВП (положение общей врачебной практики, функциональные обязанности врача и медицинской сестры ОВП); таблицу оснащения ОВП; объем и характер деятельности ВОП; оценку медико-социальной эффективности; нормирование нагрузки ВОП; расчетную потребность в ВОП.

ВЫВОДЫ

1. За последние 5 лет (2004-2008 годы) в Пензенской области увеличилась рождаемость с 8,6 до 10,2‰, в сельских МР рождаемость выросла в 1,2 раза и составила 10,4‰. Произошла стабилизация уровня смертности – 16,3‰, в сельских МР показатель остается относительно стабильным и составил 20,5‰, что в значительной мере связано с постарением населения села. Отмечен отрицательный естественный прирост населения в целом по области (-6,1‰). Ведущие места в структуре причин смерти на селе принадлежат болезням системы кровообращения, несчастным случаям, травмам, отравлениям и онкологическим заболеваниям. В структуре смертности от несчастных случаев, отравлений и травм значительное место занимают отравления алкоголем.

2. Заболеваемость по обращаемости населения Пензенской области составила 1601,4 на 1000 населения (РФ – 1661,0), в сельских МР - 1544,7 на 1000 соответствующего населения. Впервые выявленная заболеваемость в

Пензенской области составила 792,2‰ (РФ – 771,7). В сельских МР частота впервые выявленной заболеваемости за 5 лет анализа выросла в 1,1 раз и составила 817,4‰, что в определенной мере связано с улучшением доступности медицинской помощи на селе и активизацией профилактической работы.

3. Заболеваемость по обращаемости населения пилотного сельского МР составила 1676,1 на 1000 соответствующего населения. Наибольшая частота заболеваемости приходилась на болезни органов дыхания – 395,2 на 1000 соответствующего населения, болезни системы кровообращения – 257,5‰; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 160,0‰; болезни глаза и его придаточного аппарата – 122,9‰ и др. Частота заболеваемости по обращаемости взрослого населения пилотного сельского МР составила 1566,2 на 1000 соответствующего населения, детского населения - 2177,6‰. Следует отметить, что структура заболеваемости по обращаемости и впервые выявленная заболеваемость в пилотном МР мало отличается от таковой в сельских МР в целом.

4. В Пензенской области в динамике за 2004-2008 годы увеличилось число ВОП в 9,3 раза и в 2008 г. в первичном звене здравоохранения работало 205 ВОП, в том числе на селе 133. Показатель обеспеченности ВОП в Пензенской области составил 1,5 на 10 тыс. населения (РФ – 0,56). Проведенная паспортизация ОВП работающих в сельских МР Пензенской области показала, что 51,0% ВОП обслуживают взрослое и детское население и 49,0% только взрослое население. Наибольшая доля посещений к ВОП, обслуживающим взрослое и детское население сельских МР, приходится на посещения в амбулатории (81,6%), на дому (15,9%), по неотложной медицинской помощи (2,5%). У ВОП обслуживающих только взрослое население, эти объемы работы распределились следующим образом (80,2; 17,7; 2,1% соответственно). ВОП, обслуживающие взрослое и детское население выполняли в нерабочее время 50,3 посещения на 1000 соответствующего населения, ВОП, обслуживающие только взрослое население - 21,1.

5. ВОП, работающие в сельских МР, оказывают медицинскую помощь по 11 специальностям. Частота посещений к ВОП, обслуживающим взрослое и детское население, с лечебной целью составила 3888,1 на 1000 соответствующего населения. Посещения терапевтического профиля

составили 3141,3‰ посещений (педиатрия 46,5%, терапия 42,9%, кардиология 9,5%, эндокринология 1,1%.); специализированного профиля – 688,5‰ (неврология 58,0%, оториноларингология 20,5%, офтальмология 10,1%, дерматология 7,8%, гинекология 3,6%); хирургического профиля – 58,3‰ (травматология 53,2%, хирургия 46,8%).

6. Частота посещений к ВОП, обслуживающим только взрослое население, с лечебной целью составила 2979,0 на 1000 соответствующего населения. Посещения терапевтического профиля составили 2674,24‰ (терапия 86,4%, кардиология 9,0%, эндокринология 4,5%); специализированного профиля 292,93‰ (офтальмология 34,5%, неврология 32,7%, оториноларингология 29,2%, дерматология 3,2%, гинекология 0,4%); хирургического профиля 11,7‰ (хирургия 84,6%, травматология 15,4%).

7. Результаты социологических опросов показали, что в числе приоритетов в работе ВОП отнесли широкий диапазон профессиональных навыков (96,1% к числу опрошенных); возможность оказания большого спектра медицинских услуг (97,3%), ответственность за здоровье пациента (87,2%). Работу ВОП осложняет большой объем вызовов в нерабочее время (25,4 вызова в месяц), в их числе более 1/3 были необоснованны. Почти все ВОП 92,3% и 90,6% медицинских сестер ОП указали на большую загруженность письменной работой. Анкетирование сельского населения показало удовлетворенность работой ВОП. Проведенный анализ свидетельствует о необходимости разработки механизмов дифференцированной оплаты труда ВОП на селе в зависимости от сложности приписного участка обслуживания, а также требует решения вопроса о снижении письменной работы ВОП.

8. Научно обоснованная в условиях организационного эксперимента функционально-организационная (базовая) модель ОВП сельского МР (без приписных ФАП), обслуживающая взрослое и детское население, включала: организационные основы и объемы работы ОВП, медико-социальную эффективность ОВП, нормирование труда ВОП, расчетную потребность в ВОП. Для обеспечения сельского населения лечебно-профилактической помощью в условиях базовой модели ОВП необходимо планировать 12,0 должности ВОП на 10 тыс. соответствующего населения. При этом планируемая численность населения на одного врача составит 833 взрослого и детского населения.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Научно-обоснованная в условиях эксперимента функционально-организационная модель (базовая модель ОВП) может быть положена в основу расчетов потребности в ВОП на селе с учетом возрастного состава населения и наличия приписных ФАП.

2. Необходима разработка на региональном уровне механизмов дифференцированной оплаты труда ВОП на селе на основе оценки качества и объемов работы, в том числе в нерабочее время.

3. Следует разработать механизмы активизации профилактической работы ВОП и медицинской сестры ОП, основанных на финансировании профилактической работы и дифференцированной оплаты труда.

4. Необходимы действенные меры по сокращению письменной работы врача общей практики.

5. Паспортизацию общих врачебных практик и анкетирование ВОП, медицинской сестры и приписного населения ОВП можно рекомендовать для использования в других субъектах РФ.

Список опубликованных работ

1. **Чижикова Т.В. Кадровая политика в здравоохранении Российской Федерации / Калининская А.А., Дзугаев А.К., Чижикова Т.В. // Здравоохранение РФ, 2009. - №5. – С. 11-14.**

2. **Чижикова Т.В. Организация и объем работы общих врачебных практик на селе / Калининская А.А., Чижикова Т.В. // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. №2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/200/30>.**

3. Чижикова Т.В. Средний медицинский персонал в первичном звене здравоохранения / Чижикова Т.В. // Инновационные оздоровительные технологии в медицине. Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 85-летию Московского государственного медико-стоматологического университета. 30 января 2008 г. М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2008.- С. 50-52.

4. Чижикова Т.В. Состояние первичной медико-санитарной помощи в России / Калининская А.А., Коротков Ю.А., Чижикова Т.В., Сулькина Ф.А. // Вестник семейной медицины. № 7., М. – 2008. – С. 30-31.

5. Чижикова Т.В. Первичная медицинская помощь: пути реформирования / Гусева С.А., Стукалов А.Ф., Чижикова Т.В. // Состояние и перспективы развития первичной медико-санитарной помощи в России // Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия на объектах транспорта Российской Федерации. Сборник научно-практических работ. – М., 2008. – С. 297-300.

6. Чижикова Т.В. Совершенствование работы медицинской сестры общей практики в условиях городской поликлиники / Нилова А.Г., Чижикова Т.В., Подгорная Л.П. // Инновационные оздоровительные технологии в медицине. Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 85-летию Московского государственного медико-стоматологического университета. 30 января 2008 г. М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2008. - С. 43-44

7. Чижикова Т.В. Первичная медико-санитарная помощь, как основа охраны здоровья населения / Чижикова Т.В. // Инновационные технологии профилактической медицины в вузовской науке начала XXI века. Материалы межвузовской научной конференции с международным участием. 4 мая 2009 г. М.: ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2009. – С. 93-95.

8. Чижикова Т.В. Врач общей практики в системе здравоохранения Российской Федерации / Калининская А.А., Чижикова Т.В. // Инновационные технологии профилактической медицины в вузовской науке начала XXI века. Материалы межвузовской научной конференции с международным участием. 4 мая 2009 г. М.: ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2009. – С. 100-102.

9. Чижикова Т.В. Две модели общих врачебных практик / Калининская А.А., Коротков Ю.А., Чижикова Т.В. // Медико-организационные аспекты медицинской помощи в новых экономических условиях. Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха. Часть I. 28 августа 2009 г., М.: ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2009. – С. 18-20.

10. Чижикова Т.В. Заболеваемость сельских жителей / Чижикова Т.В. // Медико-организационные аспекты медицинской помощи в новых экономических условиях. Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха. Часть I. 28 августа 2009 г., М.: ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2009. – С. 22-23.

11. Чижикова Т.В. Роль среднего медицинского персонала в организации первичной медико-санитарной помощи населению / Калининская А.А., Чижикова Т.В., Кудрявцев А.А., Сулькина Ф.А. // Медико-организационные аспекты медицинской помощи в новых экономических условиях. Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха. Часть II. 28 августа 2009 г., М.: ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2009. – С. 30-31.

12. Чижикова Т.В. Анализ заболеваемости и инвалидности сельского населения Пензенской области / Стрючков В.В., Чижикова Т.В., Сулькина Ф.А. // Материалы научно-практической конференции по проблемам медико-социальной экспертизы в Уральском Федеральном округе. – Х.-Мансийск., 2009. – С. 102-103.

13. Чижикова Т.В. Реформирование здравоохранения села (на примере Пензенской области) / Калининская А.А., Стрючков В.В., Чижикова Т.В., Кудрявцев А.А. // Главврач, №5.- 2010. – С. 77-80.

14. Чижикова Т.В. Общая врачебная (семейная) практика – основная составляющая первичной медико-санитарной помощи / Чижикова Т.В. // Современные технологии в профилактической и клинической медицине. Материалы межинститутской научной конференции с международным участием, посвященной 65-летию Победы в Великой Отечественной войне, 4 мая 2010г. – 2010. – С.73-75.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОП – врач общей практики

ОВП – общая врачебная практика

ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ФАП – фельдшерско–акушерский пункт

ПФО – Приволжский федеральный округ

ОП – общая практика

МР – муниципальный район

СМП – средний медицинский персонал

Подписано в печать 19.10.10.
Формат 60x84. Тираж 1000 экз.
Заказ 06/10-10.

Отпечатано в типографии
ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11