

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СЕЛЕ НА ОСНОВЕ ВНЕДРЕНИЯ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Михаил Семенович
Скляр



Свердловская область – крупный промышленный регион, расположенный на площади 195 кв. км, с большой протяженностью с севера на юг и с запада на восток. Численность населения области составляет 4,45 млн. человек. В состав Свердловской области входит 72 муниципальных образования, объединенные в 5 управленческих округов. Муниципальные образования неоднородны по численности и плотности населения. На одном «полосе» находится Екатеринбург, областной центр с 1,5-миллионным населением и развитой сетью медицинских учреждений, на другом – огромный таежный Гаринский район, где работают всего 2 врача.

30 муниципальных образований с населением 535 тыс. человек (12% населения области) относятся к сельским, то есть административными центрами в них являются сельские населенные пункты. Кроме того, сельские поселения рассредоточены вокруг крупных, средних и малых областных городов. Таким образом, общее количество сельских жителей в Свердловской области приближается к 25%.

К особенностям жизни на селе относятся: низкая плотность населения, отдаленность и разбросанность сел, трудности с дорогами, транспортом и связью. На селе непростые экономические условия: низкая рентабельность предприятий агропромышленного комплекса, скудная налогооблагаемая база сельских территорий и их дотационность. Кроме того, сельские

территории характеризуются низкой обеспеченностью медицинскими кадрами, значительным износом материально-технической базы учреждений здравоохранения, особенностями труда и быта селян, низким уровнем доходов, образования и санитарной культуры населения. Сельские жители находятся в неравных с горожанами условиях по уровню обеспеченности медицинской помощью как по объемам, так и по качеству.

Все это не могло не сказаться на медико-демографической ситуации на селе. Продолжительность жизни селян в среднем на 3 года меньше, чем городских жителей, естественная убыль составляет -9 на 1000 населения (в городах -6,5). Общая смертность населения сельских районов на 20% превышает аналогичный показатель у городского населения. Наиболее значительные различия в уровнях смертности наблюдаются по классам: болезни системы кровообращения (уровень смертности сельского населения выше, чем городского, на 22%), травмы и отравления (на 28%), болезни органов дыхания (на 42%), отравления алкоголем (на 54%). В ряде сельских муниципальных образований наблюдается «феномен ножниц», когда при высоком уровне смертности регистрируется низкий уровень заболеваемости населения, что свидетельствует о низкой выявляемости заболеваний.

В связи с этим вопросы охраны здоровья сельского населения, оптимальной организации медицинской помощи на селе сегодня особенно актуальны. Стратегия, выбранная Минздравом Свердловской области, имеет целью обеспечение сельского населения медицинской помощью, по доступности и качеству равной таковой для городских жителей.

Первым серьезным шагом стала реформа амбулаторно-поликлинической службы. В условиях эксперимента оптимизировалась система учета объемов медицинской помощи, разрабатывались новые модели оплаты труда медицинских работников, создавались и внедрялись стандарты оказания амбулаторно-поликлинической помощи. В работу последовательно включались амбулаторно-поликлинические учреждения об-

ласти: в 2001 году участниками эксперимента по реформированию стали 6 амбулаторно-поликлинических учреждений, в 2002 году – 54, в 2003 году – 94, в 2004 году – 118, обслуживающих 86% населения области. В результате проведенных мероприятий наметилась четкая тенденция к усилению профилактической направленности в работе поликлиник. С 2005 года экспериментальный этап завершен, поликлиники полностью перешли на новые принципы организации работы.

Несмотря на реальные результаты реформы амбулаторно-поликлинической помощи, во многих сельских территориях, особенно отдаленных, существенно изменения к лучшему не произошло. Анализ, проведенный в ходе реализации реформы, показал, что в сельских территориях проблемой номер один остается первичная медико-санитарная помощь.

Необходимым звеном совершенствования первичной помощи на селе, оптимальной формой ее организации является развитие общих врачебных практик (далее – ОВП), которые получают все более широкое распространение в Свердловской области. Земский врач органично вписывается и в систему оказания первичной медицинской помощи, и в общий уклад жизни на селе. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи по принципу ОВП обеспечивает доступную, непрерывную и всестороннюю медицинскую помощь населению с восстановлением профилактической составляющей.

Опыт организации первичной помощи по принципу ОВП у Свердловской области давний. В 1994–1997 годах Департамент здравоохранения Свердловской области участвовал в международном проекте ЕС TACIS «Реформирование первичного звена медицинской помощи, содействие развитию общих врачебных практик». В рамках проекта в 1996 году была открыта первая общая врачебная практика в селе Камышево Белоярского района. Эффективность работы Камышевской ОВП: обслуживаемое население в 2 раза реже направляется к узким специалистам, на 4% ниже число неотложных госпитализаций и на 27% – число больных, требующих интенсивного лечения в стационаре. Камышевская практика пережила все потрясения времени и функционирует до сих пор. Восьмилетний опыт ее работы стал маяком для нового рывка по внедрению семейной медицины в Свердловской области. Кроме того, был изучен отечественный и зарубежный опыт по организации ОВП.

С 2001 года Министерство здравоохранения приступило к планомерной работе по внедрению в области института ОВП.

Был разработан пилотный проект, и для его реализации выбрана типичная сельская территория – Алапаевский район. Постановлением правительства Свердловской области от 23.08.2002 года №1172-пп утверждена Концепция развития общих врачебных практик (семейной медицины) в муниципальном образовании Алапаевский район. Результатом реализации концепции должна стать отработка модели организации медицинской помощи населению сельского района.

Общая численность населения Алапаевского района – 43,6 тыс. человек. Протяженность района с севера на

юг составляет 320 км, удаленность участковых больниц от ЦРБ – от 40 до 220 км. К моменту начала внедрения идеи ОВП в Алапаевском районе медицинская помощь там оказывалась в ЦРБ поселка Верхняя Синячиха (в ее составе поликлиника на 833 посещения в смену, дневной стационар на 40 мест, круглосуточный стационар на 360оек), 9 сельских участковых больницах и 40 ФАПах.

Проект предусматривал организацию 9 общих врачебных практик на базе имеющихся участковых больниц. Например, Кировская сельская участковая больница с 15 круглосуточными койками, в состав которой входят 3 ФАПа (в 3 деревнях и селах), обслуживающих 2000 человек, со штатом в 24,75 должности.

Работа проводилась по следующим направлениям:

1. Паспортизация территории.
2. Стандартизация условий работы ОВП и медицинских технологий.
3. Определение источников и механизма финансирования.
4. Определение механизма оплаты труда, повышение заинтересованности медицинского персонала в результатах работы.
5. Решение кадрового вопроса.
6. Оснащение практики (помещение, оборудование, программное обеспечение).
7. Нормативное обеспечение.

При паспортизации территории одновременно проводилась оценка доступности медицинской помощи для населения в межрайонных и областных лечебных учреждениях, кадровых возможностей, состояния материально-технической базы, с выделением тех ФАПов и участковых больниц, которые требуют серьезной реорганизации либо закрытия. Участковые больницы, выполняющие свою функцию, сохраняются.

При стандартизации условий работы ОВП и медицинских технологий за основу были взяты: приказы Министерства здравоохранения РФ от 20.11.2002 года №350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи» и от 21.03.2003 года №112 «О штатных нормативах Центра (отделения) общей врачебной (семейной) практики»; действующий в рамках реформы амбулаторно-поликлинической службы Свердловской области территориальный стандарт лечения острых заболеваний, скрининговых обследований и диспансерного наблюдения; рекомендации по организации школ для пациентов.

Поэтапно на основе федеральных рекомендаций формировался территориальный стандарт ОВП, основы которого закреплены совместным приказом МЗ и ТФОМС Свердловской области от 04.11.2004 года №754-п/354 «Об организации деятельности ОВП (семейной медицины) в муниципальных образованиях Свердловской области».

В нем устанавливаются:

- требования к кадрам, помещению, оснащению ОВП;
- алгоритм действий врача при неотложных состояниях, основных острых и хронических заболеваниях;
- порядок проведения скрининговых обследований;
- порядок диспансерного наблюдения различных категорий больных.



В модели организации медицинской помощи на основе ОВП сельскому населению Свердловской области есть несколько главных моментов. Подготовка кадров – один из них. В 2002 году в Уральской государственной медицинской академии была организована кафедра семейной медицины. Кафедра готовит врачей общей практики, которые в процессе обучения овладевают навыками по 16 специальностям. Первые 12 врачей были проучены по очно-заочной форме, силами специалистов кафедры организованы лекции на местах. В настоящее время используется выездная форма обучения, работает учебно-практическая база – учебная ОВП. В год кафедра может выпускать 40–50 семейных врачей. На базе областного медицинского колледжа организованы циклы для обучения фельдшеров и медсестер ОВП.

Условия работы ОВП, ее оснащение отличаются от традиционной участковой службы.

На создание одной практики, оснащение ее всем необходимым оборудованием, по расчетам, необходим минимум 1 млн. рублей.

Стандартный набор помещений ОВП следующий: регистратура; кабинет врача; кабинет помощника врача; операционная; процедурный кабинет; дневной стационар.

Стандарт оснащения ОВП включает:

- наборы: для амбулаторной хирургии; для акушерско-гинекологического приема; лор-инструментарий;
- специальный набор семейного врача;
- таблицы для определения остроты зрения;
- оборудование для лабораторной и инструментальной диагностики (ЭКГ, пикфлоуметр, мочевой анализатор);
- физиотерапевтическую аппаратуру;
- автомобиль «УАЗ» с радиостанцией.

Неотъемлемой частью любого проекта является определение источников и механизма финансирования. В данном проекте источником финансирования стали муниципальные бюджеты и ТФОМС.

Еще более важно определение механизма оплаты и условий дополнительной оплаты труда врача ОВП. Здесь следует подчеркнуть, что происходит изменение психологии медицинского работника – персонал ОВП понимает, что деньги он не получит, а заработает, если выполнит следующие условия: ведение больных в стационаре и на дому, в дневном стационаре; проведение профилактических скринингов – раннего выявления артериальной гипертензии, онкопатологии, туберкулеза; проведение профилактических осмотров детей; вакцинапрофилактика; ведение школ для пациентов; ведение беременных и детей строго в соответствии со стандартом, работа по контрацепции и планированию семьи.

Результаты внедрения системы ОВП в Алапаевском районе следующие.

В 2004 году в районе в основном сформирована сеть ОВП. Обучены 12 врачей. В настоящее время в районе работают 10 ОВП, организованных на базе участковых больниц, 18 ФАПов находятся в зоне ответственности «своих» ОВП. Медицинскую помощь в ОВП получает 62,5% населения района.

Объем финансирования ОВП на организацию, оснащение и текущее финансирование с марта 2003 года по сентябрь 2004 года составил 23,4 млн. рублей, в том числе 13,8 млн. рублей из средств ТФОМС, 9,5 млн. рублей из средств бюджета Алапаевского района.

Впервые в здравоохранении Свердловской области были разработаны и внедрены:

- территориальный стандарт алгоритма действий врача ОВП при оказании медицинской помощи и система экспертной оценки его работы;
- территориальный стандарт по организации деятельности ОВП в существующей системе здравоохранения области, в том числе порядок взаимодействия между ОВП и центральной районной больницей, фельдшерско-акушерским пунктом;
- программное обеспечение «Автоматизированное рабочее место врача ОВП»;
- механизм «подушевого» финансирования ОВП из средств ТФОМС (по модели «частичного фондодержания»). Для каждой ОВП открыт свой субсчет в Центральной районной больнице Алапаевского района, что позволяет контролировать целевое использование средств;
- показатели модели конечных результатов работы ОВП;
- новая система оплаты труда медицинских работников, базирующаяся на модели конечных результатов оценки качества медицинской помощи в условиях ОВП.

В результате внедрения в Алапаевском районе системы организации первичной медико-санитарной помощи по принципу ОВП отмечаются:

- позитивные изменения в медико-демографической ситуации: в зоне ответственности ОВП нет случаев материнской и младенческой смертности;
- позитивные изменения в системе организации медицинской помощи: снижение уровня госпитализаций в круглосуточные стационары на 17,0%; уменьшение количества вызовов «скорой помощи» на 19,1%. Увеличилось на 7% число лиц, у которых онкологические заболевания выявлены в ранних, хорошо поддающихся лечению стадиях. Снизилось количество обращений пациентов к узким специалистам. Уменьшилось число детей и взрослых с запущенной патологией, число патологических родов, аборт. Уменьшилось число случаев инсульта среди больных гипертонической болезнью в 4 раза, инфарктов в 5 раз, выходов на инвалидность в 7 раз, случаев смерти в 2,5 раза;
- позитивный социальный эффект.

За 2003–2004 годы жалоб от населения на неудовлетворительное качество медицинской помощи в ОВП в органы управления здравоохранения не поступало. Нет жалоб от населения и на закрытие участковых больниц. Улучшились условия труда медицинских работников, повысился материальный уровень их жизни, их самооценка и самоуважение. Сегодня в Алапаевский район поступают запросы от врачей из других территорий Российской Федерации о приеме на работу.



В начале действия проекта население района болезненно переживало грядущее закрытие участковых больниц. Проводилась большая работа (в том числе разъяснительная, на сельских сходах), для того чтобы новая форма оказания медицинской помощи была принята жителями. В дальнейшем отношение населения к проводимой реформе изменилось в позитивную сторону: например, люди искренне беспокоятся, когда же дадут жилье врачу общей практики. После открытия ОВП жители района почувствовали, что их здоровье имеет ценность для государства. ОВП стала одним из центров жизни сельского населения. Как отмечает главный врач Алапаевской ЦРБ Н.К. Михайлова, «подтянулись все»: повысилась ответственность и сознательность как медиков, так и населения.

С учетом полученного опыта было принято решение о дальнейшем внедрении ОВП на территории Свердловской области. Была разработана и постановлением правительства Свердловской области утверждена программа «Совершенствование медицинской помощи жителям сельских поселений в Свердловской области». Программа включает в себя несколько модулей:

- создание ОВП, которые станут стержнем первичной помощи в своей зоне ответственности. ОВП объединяет собственно отделение общей врачебной практики, включающее амбулаторный прием и дневной стационар, и фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты (в зависимости от местных условий), расположенные на территории участка;
- укрепление ФАПов;
- усиление ЦРБ;
- интегрирование «сельского модуля» в единую систему медицинской помощи области, с обеспечением сельского населения специализированной помощью в межрайонных и областных центрах.

Министерством здравоохранения Свердловской области разработано Положение о проведении конкурса на участие муниципальных образований в программе развития ОВП. Издан совместный приказ МЗ и ТФОМС Свердловской области от 21.01.2004 года №46-п/19 «Об утверждении Положения «О проведении конкурсов на участие муниципальных образований в программе развития общих врачебных практик (семейной медицины) в здравоохранении Свердловской области». Пакет документов для подготовки проекта по развитию общих врачебных практик в муниципальном образовании получили 26 муниципальных образований.

Вступление в программу проходит на конкурсной основе. Обязательные условия для прохождения конкурса:

1. Наличие программы действий по реорганизации первичной помощи в муниципальном образовании, утвержденной главой муниципалитета.
2. Предоставление муниципальным образованием гарантий на строгое соблюдение технологий работы ОВП, в том числе:
 - прием всех возрастных категорий;
 - ведение пациентов в соответствии со стандартами;
 - профилактическая направленность.

3. Открытие субсчета для каждой ОВП.

4. Предоставление муниципальным образованием гарантий на софинансирование организации и содержания практик.

Все обязательства закрепляются четырехсторонним договором.

В 2004 году ОВП по Алапаевскому принципу внедрены еще в шести крупных сельских территориях области. Всего в Свердловской области по состоянию на 31 декабря 2004 года работают 16 ОВП. В I квартале 2005 года к открытию готовы 6 ОВП и 1 групповая практика. Различную степень готовности к открытию по объемам выполненных работ имеют 23 ОВП в 11 муниципальных образованиях области. Проекты по развитию ОВП разработаны в 8 муниципалитетах, еще 6 – в стадии доработки и согласования. В 2005 году планируется организовать порядка 50 ОВП, а на их базе создать школы передового опыта. В течение следующих 3 лет в области появится еще 200 ОВП. Для сельских районов земские практики – это единственно возможный путь закрепления врачебных кадров в отдаленных районах и обеспечения населения квалифицированной первичной медико-санитарной помощью.

ОВП с прикрепленными к ней фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами – основа медицинской помощи на селе, но это лишь часть большой многоэтапной системы, включающей скорую и санитарно-авиационную помощь, поликлиники и стационары центральных районных больниц, специализированные межрайонные центры, областные учреждения и выездные поликлиники всех уровней.

В области сделаны реальные шаги приближения медицинской помощи к сельскому населению не только посредством экстренной и плановой консультативной и стационарной помощи, но и путем организации выездной работы.

Координаторами этой работы являются организационно-методические отделы крупных областных учреждений здравоохранения: Областной клинической больницы, Областной детской клинической больницы, Свердловской областной специализированной детской больницы восстановительного лечения «Центр детской дерматологии и аллергологии», Детской больницы восстановительного лечения научно-практического реабилитационного центра «Бонум».

Важным шагом в развитии выездной медицинской помощи явилась стандартизация этого вида помощи, что позволило оптимизировать организацию работы, сформировать потоки больных и повысить качество и эффективность такой формы работы.

В рамках Концепции реформирования амбулаторно-поликлинической помощи было разработано положение о выездной поликлинике: для выездной поликлиники центральных районных больниц и выездной консультативной поликлиники областных лечебно-профилактических учреждений.

Разработаны и внедрены стандарты диагностики и оснащения выездной поликлиники, стандартный пе-



речень исследований при направлении на консультацию к врачу-специалисту выездной консультативной поликлиники, форма медицинской выписки для направления на консультацию к специалисту, форма отчета о работе выездной поликлиники, критерии оценки качества работы выездной поликлиники.

Для осуществления выездной работы формируются врачебные бригады, в состав которых входят штатные врачи областных медицинских учреждений (поликлиники, стационара), имеющие опыт работы, сертификат специалиста и квалификационную категорию (не ниже первой). За специалистами закреплены курируемые территории (куратор отслеживает ситуацию по заболеваемости в территории, по кадрам, определяет потребность и частоту выездов, консультирует, в том числе по телефону, регулирует плановую госпитализацию в областные центры). Выезды осуществляются один раз в 1–3 месяца. В состав бригады входит от 4 до 13 специалистов. Помимо осмотров и лабораторно-инструментального обследования, про-

водится серьезная учебно-методическая работа для медицинских работников городов и районов области.

Выездная работа позволяет за год осматривать более 32 тыс. жителей области (из них 60% детей), обеспечить лабораторно-инструментальное обследование более чем трем тысячам пациентов. Патология выявляется в 10–50% случаев. Около 10% осмотренных направляются на госпитализацию. Более 70% муниципальных образований области получают квалифицированную помощь по налаженной схеме. Две трети из них составляют сельские территории.

В современных условиях организация выездных поликлиник позволяет приблизить квалифицированную и специализированную медицинскую помощь жителям Свердловской области, что представляет особую актуальность для сельских территорий.

Таким образом, при эффективном взаимодействии всех звеньев системы сельское население будет своевременно обеспечено всем спектром медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества.