

внедрение в работу ОДП современных комплексных методик диагностики и лечения различных заболеваний.

Таким образом, внедрение стационарозамещающих технологий в организацию оказания медицинской помощи населению нашей страны стало неотъемлемой частью реформирования отрасли, за такими технологиями будущее.

Литература

1. Яновский А.В. // Медицинский Вестник. – 2002. – №22(221).
2. Буракова Т.С. Должное качество при сокращении расходов. Опыт работы дневного стационара НОКДЦ. – Режим доступа: <http://www.noav.ru>. – Дата доступа: 2011г.
3. Леонов С.А., Зайченко Н.М. Особенности учета и отчетности о деятельности дневного стационара медицинской организации. – <http://vestnik.mednet.ru>. – Дата доступа: 2010г.
4. Цыбин А.К., Бровко И.В., Гракович А.А. [и др.] Порядок и показания к госпитализации в дневные стационары амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения (инструкция по применению). – Минск, 2003. – Рег. №89-0603.
5. Амбулаторная хирургия: справочник практического врача / под ред. В.В.Гриценко. – СПб.: Издательский дом «Нева», 2002. – С.121–125.
6. Воробьев В.В. //Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии – 2009. – №3–4. – С.6–8.
7. Градусов Е.Г., Клименченко Л.М. // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2009. – №3–4. – С.57–59.
8. Мосиенко Н.И., Наумов С.С., Магомадов Р.Х. // Российский медицинский журнал. – 2005. – №6. – С.12–15.
9. Шахрай С.В., Гаин Ю.М. // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2009. – №3–4. – С.20.
10. Шахрай С.В. // Медицинский журнал. – 2010. – №9. – С.10–12.
11. Абдулжалилов М.К., Азизов М.Н. // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2009. – №3–4. – С.8–9.
12. Лебедев Н.Н., Шихметов А.Н., Воротницкий С.И. // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – №2. – С.3–4.
13. Цыбин А.К., Бровко И.В., Антипова С.И., Гракович А.А., Малахова И.В. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – №2. – С.10–15.

RESOURCE-SAVING HOSPITAL-SUBSTITUTING TECHNOLOGIES IN HEALTH CARE OF THE REPUBLIC OF BELARUS

T.I.Tserakhovich, L.A.Zhilevich, I.V.Malakhova, A.A.Kukharchuk, Z.B.Hozman, V.V.Antsileuski

The introduction of hospital-substituting forms of medical care to the population of the Republic of Belarus (day hospitals, day-stay departments, home health care, one-day-surgery) was analyzed. The analysis of key performance indicators on day hospitals and day-stay departments at health care institutions of the Republic of Belarus was carried out and their cost-effectiveness was demonstrated.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

¹Т.И.ТЕРЕХОВИЧ, ²Л.А.ЖИЛЕВИЧ, ¹И.В.МАЛАХОВА, ¹А.А.КУХАРЧУК,
³З.Б.ГОЗМАН, ¹А.Б.ЛУКАШЕВИЧ, ¹А.А.ЧМЫРЕВА

¹ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

² Министерство здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск

³ Управление здравоохранения Минского областного исполнительного комитета, г. Минск

Показаны преимущества и недостатки внедрения института врача общей практики в Республике Беларусь. Представлены данные сравнительного анализа эффективности работы ВОП в регионах. Проведен анализ деятельности АВОП. Отмечена роль медицинской сестры общей практики. Показана структура пациентов, обратившихся в связи с заболеванием в АВОП, в том числе по смешанному приему.

В Республике Беларусь продолжается постепенное реформирование системы здравоохранения и ее совершенствование в рамках белорусской модели социально-ориентированной экономики [1].

С целью оптимизации финансовых затрат на здравоохранение взят курс на комплексную реструктури-

зацию медицинской помощи. Один из важнейших элементов этого процесса – перераспределение ресурсов с высокочрезмерной стационарной медицинской помощи на экономичную амбулаторно-поликлиническую помощь с увеличением объемов ее финансирования, развитием стационарозамещающих техноло-

гий, улучшением материально-технического и кадрового обеспечения, развитием института врача общей практики (ВОП).

Внедрение института ВОП преимущественно в сельском здравоохранении начато в Республике Беларусь в 1992г. Приказом Министерства здравоохранения от 25.05.1992г. №98 «О подготовке к использованию в республике врачей общей практики» была утверждена новая специальность – врач общей практики. В последующем был издан целый пакет документов, регламентирующих работу медицинского персонала общеврачебных практик и подготовку кадров. В свете реформирования ПМСП в 1998г. в БелМАПО был открыт курс общей практики, реорганизованный в 1999г. в кафедру общей практики (с 2003г. – кафедра общей врачебной практики). На факультете повышения квалификации Витебского государственного медицинского университета с 2001г. также ведется последиplomная подготовка врачей общей практики.

В 1995–1996гг. на базе амбулатории общей практики в г.Гродно (пос.Южный) и в Крупницкой сельской врачебной амбулатории Минского района был апробирован опыт организации работы по принципу ВОП первоначально в виде эксперимента. В 1998г. этот опыт продолжила Витебская область, где были организованы 3 амбулатории общей практики. Анализ первого опыта работы амбулаторий общей практики показал целесообразность такой организации ПМСП [2].

Врач общей практики – врач, который оказывает персональную, первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным лицам и семьям. Он посещает своих пациентов на дому, принимает их в амбулаторных условиях и в отдельных случаях – в стационаре. Его диагнозы состоят из физического, психологического и социального аспектов. Его вмешательства включают в себя образовательную, профилактическую, диагностическую и лечебную направленность, целью которой является укрепление здоровья пациента [1].

Врач общей практики в подавляющем большинстве случаев самостоятельно оказывает многопрофильную медицинскую помощь с проведением экспертизы временной нетрудоспособности по заболеваниям в профильных дисциплинах (оториноларингологии, хирургии, неврологии, офтальмологии, эндокринологии, дерматологии).

В странах с развитыми общественными системами здравоохранения большую часть оздоровительно-профилактических и медицинских потребностей населения обеспечивают общепрактикующие врачи, или так называемые «врачи первого контакта».

Анализ мирового опыта организации первичной медицинской помощи показывает, что наиболее эф-

фективной моделью первичной медицинской помощи является модель ВОП, и наиболее эффективной ее разновидностью – семейный врач.

Мировой опыт убеждает, что первичное звено здравоохранения является тем фундаментом, на котором базируется вся система здравоохранения, и для становления врача общей практики потребуется сравнительно немного средств, а эффективность работы (в том числе экономическая) при ее надлежащей организации будет очевидной сразу [3].

При этом сегодня существует значительная разница в роли и значении ВОП в Беларуси и европейских странах как по характеру и виду оказываемых медицинских услуг, так и по их объему и качеству.

Европейские страны не одно десятилетие пользуются услугами ВОП именно как фильтра к вышестоящим уровням оказания медицинской помощи (посещения пациентами поликлинического и/или стационарного звена) или объекта первичного минимального контакта, часть из них не имеет специальной медицинской подготовки. Такие специалисты занимаются в первую очередь распространенными и “легкими” заболеваниями, ведут хронических больных и помогают решить связанные с такими заболеваниями психологические и социальные вопросы, оказывают услуги по профилактике заболеваний и иммунопрофилактике, выявляют риски развития тех или иных заболеваний.

ВОП определяют потребность пациента в медицинской помощи, оказываемой врачом-терапевтом (педиатром), узким специалистом, врачом круглосуточного стационара, а также потребность в тех или иных видах обследований и вмешательств. Работают специалисты ВОП как в одиночку (индивидуальная практика), так и в группах, сотрудничая с другими медицинскими работниками.

Следует отметить, что в разных странах ВОП работают в зависимости от сложившихся условий оказания медицинской помощи. При государственной системе медицины (Великобритания, Ирландия, Канада, Италия, Испания, Греция, Португалия, Швеция, Дания) основным является всеобщий доступ населения к службам здравоохранения при справедливом географическом распределении ресурсов. В условиях обязательного медицинского страхования (Германия, Голландия, Австрия, Франция, Бельгия, Япония, страны бывшего СССР) при всеобщем охвате населения здравоохранением гарантируется условие утвержденного минимума медицинских услуг по страховому обязательству.

В Республике Беларусь ВОП наделен правом самостоятельного лечения наиболее распространенной острой и хронической патологии как у взрослых, так и у детей (детей до 3-х лет курирует и врач-педиатр).

При этом, наряду с общетерапевтическими вопросами, ВОП оказывает офтальмологическую, отоларингологическую, неврологическую и, частично, гинекологическую помощь (за исключением высокотехнологичных и сложных вмешательств) [4–9].

В Республике Беларусь в 2007 году функционировало 366 амбулаторий врача общей практики (АВОП). За период 2007–2011 гг. число АВОП увеличилось на 15% и составило в 2011г. 421. Штатная численность врачей в амбулаториях за тот же период возросла на 33,25% и достигла 577 должностей. Для сравнения отметим, что в 1990г. численность ВОП в целом по республике составляла лишь 36 физических лиц и за последующее десятилетие увеличилась лишь вдвое, достигнув 78 ВОП в 2000 году.

Около 80% АВОП являются самостоятельными учреждениями, другая их часть – подразделения участковых больниц, ЦРБ, центральных поликлиник в городах.

В соответствии с действующими в республике нормативами социальных стандартов, должность врача общей практики устанавливается из расчета 1 должность на 1300 человек населения (взрослые и дети) [10]. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.03.2005г. №95 «Штатные нормативы медицинских работников амбулаторий общей практики» должность медицинской сестры общей практики устанавливается из расчета 1,0 должность на 900 человек населения (взрослые и дети), за исключением численности населения (взрослые и дети), обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами.

Должность фельдшера (помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи) устанавливается в каждой амбулатории общей практики. Должность фельдшера-лаборанта (лаборанта) клинико-диагностической лаборатории устанавливается из расчета 1,0 должность на 9000 условных единиц клинических лабораторных исследований в год, но не менее 1,0 должности фельдшера-лаборанта (лаборанта) на амбулаторию общей практики. Должность медицинской сестры по физиотерапии устанавливается из расчета 1,0 должность на 15 тысяч условных физиотерапевтических единиц в год [11].

Проведенный нами анализ деятельности АВОП показал, что численность обслуживаемого ими населения колеблется от 760 человек до 5800 и более. При этом число врачей, обслуживающих данное население, составляет от одного до пяти! 5 врачей могут обслуживать население численностью 1150 человек. Радиус обслуживания АВОП также различен и достигает иногда 25 км.

Обеспеченность средним медицинским персоналом не соответствует вышеуказанному приказу. Число

медицинских сестер достигает семи. Наличие или отсутствие приписных ФАПов никак не отражается на кадровом обеспечении АВОП.

Например, в АВОП А один врач с помощником врача обслуживают 950 человек, радиус обслуживания составляет 19 км, при этом приписных ФАПов нет. В АВОП В 2 врача, 5 медицинских сестер и 1 помощник врача обслуживают 1880 человек, радиус обслуживания – 23 км, имеется 2 приписных ФАПа. В АВОП С 5 врачей общей практики и 7 медицинских сестер работают с 5821 человеком в 6-километровой зоне обслуживания. В АВОП D штат сотрудников представлен одним врачом общей практики, двумя медицинскими сестрами и одним помощником врача, обслуживаемое население – 746 человек, радиус обслуживания – 15 км. Из приведенных примеров видно, насколько разнятся кадровый потенциал АВОП и условия оказания медицинской помощи обслуживаемым персоналом.

В некоторых АВОП отсутствуют медицинские сестры, фельдшеры и помощники врача.

В 2011 году к ВОП сделано 3788733 посещения (0,8 на 1 жителя, проживающего в зоне обслуживания врачей общей практики), из них 740372 посещения на дому. Из числа всех посещений по поводу заболеваний выполнено 2705276 посещений, или 71,4%. Структура пациентов, обратившихся в связи с заболеванием, по возрасту следующая: взрослые – 80,5%, дети – 19,5%.

Таким образом, ежегодно растет число амбулаторий врача общей практики и число пациентов, обслуживаемых данными специалистами. Удельный вес нетерапевтического приема за последние 3 года увеличился с 20,6 до 24,5%. Уровень госпитализации среди населения, обслуживаемого ВОП, составил в среднем по республике 40 на 1000 жителей.

Развитие института врача общей практики позволило сократить почти в 2 раза число выездов бригад скорой медицинской помощи к прикрепленным пациентам.

С 2002г. во врачебных амбулаториях (ВА) и амбулаториях врача общей практики (АВОП) внедряется автоматизированная информационная система «Врач общей практики», которая позволяет вести амбулаторную карту пациента в электронном формате и отслеживать запланированные медицинские назначения, осуществлять контроль диспансерной группы пациентов.

АИС «Врач общей практики» внедрена в 439 врачебных амбулаториях и амбулаториях врача общей практики, что составляет около 71,8% их общего количества (табл.).

Следует, однако, отметить, что наряду с достигнутым, проблематичными остаются вопросы учета по-

Внедрение АИС «Врач общей практики» в регионах Республики Беларусь

Регион	2009	2011	Внедрена АИС (в процентах от общего числа)
Брестская область	33	76	69,7
Витебская область	68	68	85,0
Гомельская область	22	34	36,2
Гродненская область	38	84	90,3
Минская область	42	133	88,7
Могилевская область	24	52	61,2
Всего по Республике Беларусь	227	439	71,8

сещений к ВОП и числа пролеченных в отделениях дневного пребывания при АВОП.

Отрицательное влияние на эффективность развития общей врачебной практики оказывает высокая текучесть кадров за счет недостаточной престижности статуса врача общей практики. С этой целью необходимо постоянное совершенствование подготовки врачей общей практики и придание этой специальности статуса академической и научной дисциплины.

Кадровая обеспеченность многих АВОП не соответствует приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.03.2005г. №95. Следует учитывать, что данный документ имеет силу обязательного к исполнению нормативного акта.

В соответствии с отечественной нормативной правовой базой, «идеальной» моделью АВОП является амбулатория, имеющая врача общей практики из расчета 1 занятая должность врача на 1300 прикрепленного населения (взрослые и дети), 1 помощник врача (фельдшер), медицинская сестра амбулатории на 900 жителей (без учета жителей, обслуживаемых на прикрепленных ФАПах), лаборант (фельдшер-лаборант) и медицинская сестра по физиотерапии в зависимости от числа выполненных условных единиц для всего прикрепленного населения [11].

Должностные обязанности медсестры общей практики характеризуются большей разносторонностью и глубиной деятельности, чем работа медицинской сестры терапевтического (педиатрического) участка. Ее деятельность отличается высоким уровнем профессионализма, результативностью, многогранностью и сложностью выполняемых манипуляций. Перечень навыков и умений медицинской сестры общей практики качественно отличает ее от обычной участковой медсестры. Это и запись электрокардиограммы, функции дыхания на портативном аппарате; определение остроты зрения и слуха; глазная тонометрия; экспресс-анализ крови, мочи, определение билирубина, желчных пигментов; выполнение физиотерапевтических процедур; владение основами лечебного массажа; сердечно-легочная реанимация, электрическая дефиб-

рилляция по жизненным показаниям; иммунопрофилактика; знание основ медицинской статистики и др.

При наличии ФАПа, входящего в состав амбулатории общей практики на правах обособленного структурного подразделения, также вводится должность фельдшера (акушерки, медицинской сестры общей практики, помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи) из расчета 1,0 должность на 900 человек населения (взрослые и дети), но не менее 1,0 должности на фельдшерско-акушерский пункт:

обслуживающий от 300 до 900 человек населения (взрослые и дети) и удаленный от амбулатории общей практики на расстояние 4 км и более;

обслуживающий до 300 человек населения (взрослые и дети) и удаленный от амбулатории общей практики на расстояние 6 км и более [11].

Данная модель должна быть различной для городских и сельских условий работы ВОП. Наличие в городских АВОП узких специалистов (офтальмолога, оториноларинголога и др.) снижает значимость и объемы помощи, оказываемой непосредственно врачом общей практики. При этом в данных учреждениях допустимо наличие врача-педиатра для осмотра и ведения здоровых и больных детей до 3-х лет.

Дальнейшее совершенствование организации работы АВОП возможно с учетом численности и структуры населения обслуживаемой территории, а также ее протяженности. Число приписных жителей на одного ВОП должно быть различно в зависимости от протяженности обслуживаемой территории (как в настоящее время для среднего медицинского персонала АВОП), скорректировано на число лиц старше трудоспособного возраста и число инвалидов (чем их процент выше, тем меньше обслуживаемого населения должно приходиться на 1 врача). Это позволит более рационально распределить нагрузку на врачебный и средний медицинский персонал и более качественно и в оптимальном объеме оказать медицинскую помощь.

Таким образом, необходимо продолжение работы по анализу работы ВОП, которое позволит:

в зависимости от штатного расписания, кадрового обеспечения АВОП, особенностей условий работы и возрастного состава населения определить оптимальные модели организации работы АВОП и пересмотреть существующие нормативно-правовые акты с целью их оптимизации;

разработать унифицированный подход к сбору и анализу статистических данных работы ВОП.

Литература

1. Алма-Атинская декларация: Материалы международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 1978 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml.
2. Хулуп Г.Я., Воронко Е.А., Русович В.З. // Медицина. – 2008. – №3. – С.15-19.
3. Пилипцевич, Н.Н., Абельская И.С., Павлович Т.П. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2004. – №2. – С.3-7.
4. Сайт Всемирной организации здравоохранения. – Режим доступа www.who.int/about/licensing/rss/ru/.
5. Пилипцевич Н.Н. – Режим доступа: minzdrav.by/med/docs/journal/St1_2007_2.doc.
6. Системы здравоохранения: время перемен. Чешская Республика // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2005. – Т.7, №1. – 94с.
7. Здравоохранение и расширение Европейского Союза // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2006. – 291с.
8. Системы здравоохранения: время перемен. Франция // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2004. – Т.6, №2. – 137с.
9. Системы здравоохранения: время перемен. Нидерланды // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2004. – Т.6, №6. – 141с.
10. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 23 февраля 2011г. №227 «О внесении изменений и дополнений в Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003г. №724».
11. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 марта 2005г. №95 «Штатные нормы медицинских работников амбулаторий общей практики».

SOME ASPECTS ON THE WORK OF GENERAL PRACTITIONER

T.I.Tserakhovich, L.A.Zhilevich, I.V.Malakhova, A.A.Kukharchuk, Z.B.Hozman, A.B.Lukashevich, A.A.Chmyrova

Advantages and disadvantages in introducing a general practitioner (GP) in the Republic of Belarus were shown. Data of the comparative analysis on efficiency of the GP work in the regions were presented. The analysis of the work of the GP ambulatory (GPA) was carried out. The role of a nurse practitioner in general practice was noted. The structure of the patients applying to GPA was shown.

АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЕЛЬСКОГО РАЙОНА ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Н.И.ТИШКОВА, ²И.Н.КОЛЯДА, ³И.В.МАЛАХОВА, ³В.В.КУЛИНКИНА

¹ УЗ «Ельская центральная районная больница», г. Ельск, Ельский р-н, Гомельская область

² УЗ «Гомельская областная клиническая больница», г. Гомель

³ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

В работе представлен краткий анализ медико-демографических показателей и организации оказания медицинской помощи населению Ельского района Гомельской области за период 1985–2011гг. Приведены сравнительные характеристики некоторых медико-демографических показателей в аналогичных районах Гомельской области.

Важная роль села, как социально-экономической составляющей устойчивого развития страны, диктует необходимость создания адекватной инфраструктуры его жизнедеятельности, в том числе системы медицинского обслуживания [1].

Организация медицинской помощи сельским жителям характеризуется исторически сложившимися

особенностями, обусловленными характером расселения, возрастно-половым составом населения, сезонностью сельскохозяйственных работ и другими факторами. Эти особенности состоят, прежде всего, в этапности медицинского обеспечения сельского населения [2]. Удаленность от организаций здравоохранения, низкая медицинская активность и медико-правовая гра-