

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ: ОПЫТ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ

Проф. А. И. СЕРДИУК, И. М. ШИНКАРЕВА

THE EFFICACY OF ORGANIZATION MODELS OF PRIMARY MEDICAL SANITARY AID TO RURAL POPULATION: AN EXPERIENCE OF INTEGRAL ASSESSMENT

A. I. SERDIUK, I. M. SHINKARIOVA

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Разработаны принципы и стандартизованный количественный алгоритм оценки интегральной эффективности деятельности новых организационных моделей первичной медико-санитарной помощи, который рассмотрен на примере амбулатории общей практики / семейной медицины, созданной на базе фельдшерско-акушерского пункта.

Ключевые слова: семейная медицина, первичная медико-санитарная помощь, интегральная эффективность, стандартизованный алгоритм оценки.

The principles and standard quantitative algorithm for assessment of integral efficacy of work of the new organization models of primary medical sanitary care discussed using the example of a general practitioner's office created in a ambulatory office were worked out.

Key words: family practice, primary medical sanitary care, integral efficacy, standard assessment algorithm.

Проблема доступности и качества медицинской помощи сельскому населению является актуальной для настоящего времени и активно обсуждается на протяжении последних десятилетий [1, 2]. Медико-социальные, демографические и экономические особенности населения, проживающего в сельской местности, позволяют выделить его в категорию кризисного внимания как предпосылки для приоритетного реформирования системы здравоохранения с целью повышения эффективности медицинской помощи [3, 4].

Постановлением Кабинета Министров Украины № 989 от 20.06.2000 г. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» определено направление преобразований в здравоохранении — реформирование на принципах общей практики / семейной медицины, что в первую очередь предполагает ускоренное формирование сети учреждений общей практики, укрепление материально-технической базы и проведение активной кадровой политики [5].

С целью повышения доступности и качества медицинской помощи предложены и апробированы на практике четыре основных организационных модели [6] реформирования первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению:

создание амбулаторий общей практики / семейной медицины на базе лечебных учреждений доврачебной помощи (фельдшерско-акушерских (ФАП) или фельдшерских пунктов (ФП);

реорганизация сельских врачебных амбулаторий и участковых больниц в амбулатории общей практики / семейной медицины (АОПСМ);

создание отделений общей практики / семейной медицины на базе терапевтических и педиатрических отделений центральных районных больниц и участковых поликлиник (в условиях сельских районов);

создание отделений общей практики / семейной медицины на базе терапевтических и педиатрических отделений в поликлиниках крупных областных центров.

Теоретически обоснован [7, 8] переход к оказанию медицинской помощи на принципах общей практики / семейной медицины, который создает предпосылки для решения проблемы доступности квалифицированной врачебной помощи и для увеличения объема медицинской помощи врачом «первого контакта» [9, 10], а также делает семейного врача координатором медицинского маршрута пациента.

Результатом внедрения принципов и организационной структуры общей практики / семейной медицины является оптимизация технологий деятельности, что позволяет увеличить медицинскую эффективность на первичном уровне, сократить количество направлений на более высокие уровни оказания медицинской помощи, уменьшить стоимость медицинского обслуживания и снизить сопутствующие затраты на лечение [11–13]. Важное прогнозируемое последствие реформирования — увеличение уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью и формирование позитивного отношения к отрасли в целом.

В Украине проведен ряд исследований [14], результаты которых свидетельствуют об увели-

чении роли учреждений ПМСП и расширении объемов медицинских вмешательств на первичном уровне за счет внедрения новых организационных моделей. Однако пятилетний опыт внедрения семейной медицины в практику здравоохранения требует системного анализа, а не описательного эмпирического подхода. Об актуальности разработки и применения стандартизованного подхода к оценке эффективности внедрения новых организационных форм ПМСП свидетельствует отсутствие научно обоснованной информации об интегральной эффективности указанных структурно-функциональных преобразований, а также недостаточное научное обоснование дальнейшего развития ПМСП. Интегральная оценка эффективности даст возможность выделить достижения и проблемы в ходе реформирования отрасли в данном направлении и сконцентрировать внимание на их решении.

Целью настоящего исследования явилось обоснование системы индикаторов мониторинга качества первичной медико-санитарной помощи сельскому населению с оценкой эффективности новых организационных моделей на примере амбулатории семейной медицины, созданной на базе ФАП.

Задачи исследования состояли в проведении сравнительного анализа объемов оказания медицинской помощи во взаимосвязи с индикаторами здоровья в условиях функционирования разных организационных форм (АОПСМ и ФАП); исследовании структуры и объемов медицинской помощи учреждениями на основе анализа типовых медицинских маршрутов пациентов в сельской местности, анализа профиограмм медицинского персонала.

Работа выполнена на базе амбулаторий общей практики / семейной медицины, которые были созданы путем реорганизации из ФАП. Ретроспективный анализ деятельности реорганизованных ФАП позволил провести оценку эффективности внедрения новой модели медицинского обслуживания в динамике. В качестве объектов сравнения использованы ФАП, которые до сегодняшнего дня являются основными учреждениями по оказанию ПМСП сельскому населению.

Оценка эффективности внедрения новой организационной модели выполнена по следующим критериям:

- 1) эффективность медицинских маршрутов пациентов (метод экспертных оценок);
- 2) эффективность использования рабочего времени медицинским персоналом (методом оценки профиограмм);
- 3) адекватность объемов и качества оказания медицинской помощи на первичном уровне (метод качественных сравнительных оценок);
- 4) экономическая эффективность внедрения организационной модели (метод анализа затрат);
- 5) уровень удовлетворенности пациентов, медицинских работников и управленческого персонала (социологический метод).

Эффективность внедрения новой организационной технологии во взаимосвязи с основными индикаторами здоровья населения является интегральным показателем и рассчитывается на основе указанных выше компонентов.

Анализ эффективности медицинских маршрутов пациентов, проживающих в зоне обслуживания АОПСМ, показал увеличение эффективности медицинских маршрутов в среднем на 30,0%. Среди пациентов нозологически стандартизованных групп достоверно снизилось (на 30,5%) количество первичных обращений к специалистам узкого профиля, увеличилась доля законченных случаев поликлинического обслуживания на первичном уровне (на 27,1%), уменьшилось количество вызовов скорой помощи пациентам (на 32,5%), возросла доля использования стационарзамещающих технологий (на 35,1%) и снизилось число необоснованных госпитализаций в учреждения более высокого уровня оказания помощи (на 25,1%); в 45,1% случаев семейный врач в полной мере координировал медицинский маршрут пациента.

Доля случаев адекватного обследования и лечения пациентов данной нозологической группы на первичном уровне достоверно увеличилась (на 10,1%), хотя показатели качества лечения все еще остаются низкими. Диагностические мероприятия в 49,1% случаев выполнены в полном объеме; при этом отмечено необоснованное (в 51,1% случаев) привлечение специалистов узкого профиля к обеспечению лечебно-диагностического процесса.

Анализ профиограмм с использованием методов ауто- и фотохронометража рабочего времени медицинского персонала позволил установить, что наибольшую часть рабочего времени (до 45%) занимает работа с учетно-отчетной документацией, активной профилактической работе отводится лишь около 5,0–7,0% рабочего времени. До 33,0% рабочего времени занимает оказание медицинской помощи пациентам как в амбулатории, так и за ее пределами, включая неотложную помощь (до 12,0%).

Социологическое обследование пациентов, проживающих на территории обслуживания АСМ, созданной на базе ФАП, выявило удовлетворенность работой семейного врача, амбулатории в целом и изменениями в качестве медицинского обслуживания в 55,0% случаев. 38,0% опрошенных указали на отсутствие значимых изменений. Среди этой категории пациентов преобладали лица молодого возраста первой группы диспансерного наблюдения, обратившиеся с профилактической целью, или пациенты, имеющие возможность обратиться непосредственно к «своему» врачу. Около 70% опрошенных отметили значительное расширение объемов медицинской помощи по сравнению с ФАП; около 60% опрошенных обратились за медицинской помощью (для себя и детей) исключительно к семейному врачу.

Социологическое исследование медицинского персонала показало, что у 87,1% значительно расширились объемы лечебной работы и только у 12,0% увеличились объемы профилактической деятельности по сравнению с объемом работ на предыдущей должности (участкового терапевта или педиатра; участковой медсестры). 51,5% врачей считают свою профессиональную подготовку несоответствующей квалификационной характеристике и недостаточной для оказания медицинской помощи необходимого качества и в полном объеме. Весь медицинский персонал считает заработную плату низкой или очень низкой, а 98,5% отмечает полное отсутствие экономических стимулов к повышению качества медицинской (как профилактической, так и лечебной) помощи и количества оказываемых услуг. Что касается удовлетворенности персонала условиями труда и материально-технической базой амбулаторий, то только 10,0% опрошенных считают, что материально-техническая база полностью соответствует задачам, которые поставлены перед персоналом амбулаторий, а 51,2% полагают, что амбулатория обеспечена необходимыми условиями и оборудованием почти полностью; 5,0% — отмечают полное несоответствие материально-технической базы задачам деятельности учреждения, остальные — лишь частичное ее соответствие этим задачам.

Интересны данные социологического опроса управленческого персонала медицинских учреждений. 100% опрошенных считают работу вновь созданных учреждений удовлетворительной; 66,6% отмечают, что в работе медицинского персонала появились моральные стимулы к повышению качества медицинской помощи; 100% опрошенных считают, что материально-техническая база указанных учреждений практически полностью соответствует требованиям, но заработная плата является предельно низкой при полном отсутствии материальных стимулов у семейных врачей и медсестер.

Литература

1. Пономаренко В. М. Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної медицини в Україні // Вибрані матеріали І з'їзду сімейних лікарів України.— Львів, 2001.— С. 5.
2. Пономаренко В. М. Наукове обґрунтування реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини // Ibid.— С. 21–27.
3. Уваренко А. Р., Парій В. Д., Станіславчук В. А. Сучасне уявлення про сімейного фельдшера на селі // Ibid.— С. 130–131.
4. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. «Концепція розвитку охорони здоров'я України» // Офіційний вісник України.— 2000.— № 49.— Ст. 2116.
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» // Мед. вестник України.— 2000.— № 25.— С. 3.

Предварительный анализ результатов проведенного комплексного исследования свидетельствует о том, что внедрение новой организационной модели оказания медицинской помощи сельскому населению (создание амбулаторий общей практики / семейной медицины на базе ФАП) в целом эффективно и соответствует решению поставленных задач, однако существует ряд проблем, касающихся эффективности внедрения указанной организационной модели.

1. Отсутствие экономических стимулов в работе семейного врача и другого персонала.
2. Недостаточный уровень подготовки персонала, в основном семейных врачей.
3. Недостаточная материально-техническая оснащенность вновь созданных учреждений.
4. Нерациональное использование рабочего времени медицинским персоналом, перегруженность его работой с учетно-отчетной документацией.

Указанные проблемы могут приводить к снижению качества и объема медицинской помощи, изменению структурного распределения объемов помощи между организационными уровнями системы, к несоответствующему квалификационной характеристике использованию рабочего времени персонала и неудовлетворенности как потребителей, так и медицинских работников уровнем и процессом медицинского обслуживания.

Разработанные принципы и стандартизованный количественный алгоритм оценки интегральной эффективности деятельности новых организационных моделей ПМСП могут быть верифицированы в системе регионального мониторинга. Региональный мониторинг эффективности реформированной сети лечебно-профилактических учреждений ПМСП позволит разработать обоснованную систему критериев оценки их деятельности и процедуру коррекции деятельности лечебных учреждений с учетом данных, полученных в результате проведенного анализа.

6. Про моделі установ сімейної медицини в Харківській області / Ю. Г. Федченко, О. І. Сердюк, Т. П. Єфіменко та інші. // Наука і практика сімейної медицини: Зб. матер. Всеукр. наук.-практ. конф.— Харків, 2003.— С. 44–45.
7. Москаленко В. Ф. Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної медицини в Україні // Вибрані матеріали І з'їзду сімейних лікарів України.— Київ, Львів, 2001.— 32 с.: іл.
8. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини: Інструктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря / За заг. ред. проф. В. М. Пономаренка / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко та ін.— Київ, 2001.— 172 с.
9. Науково-методичне обґрунтування перерозподілу обсягів медичної допомоги між первинною, вторинною та третинною ланками в умовах пере-

- ходу до сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко, В. С. Гуменний. // Сімейна медицина — досягнення і перспективи: Мат. Всеукр. наук. практ. конф.— Київ, Харків, 2002.— С. 8.
10. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В. М. Лехан, А. В. Іпатов, Е. В. Борвиненко та ін.— Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2002.— 367 с.
11. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В. М. Лехан / В. М. Лехан, Н. М. Лакіза-Старчук, В. М. Войцехівський та ін.— Київ: Сфера, 2001.— 176 с.
12. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого.— Київ: Вид-во Раєвського, 2005.— 168 с.
13. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Харківській області / В. О. Мінак, О. І. Сердюк, Н. В. Просоленко, Г. В. Яковлев // Вибрані матеріали І з'їзду сімейних лікарів України.— Київ, Львів, 2001.— С. 32–38.
14. Чоней І. В. Сімейна медицина в Україні: проблеми та перспективи впровадження.— Київ: Нора-друк, 2004.— 112 с.

Поступила 09.02.2006