



Информационный обзор №5

Деятельность специалистов узкого профиля ЦСМ и АДО

Настоящий информационный обзор обобщает результаты подробного исследования, проведенного ПАПЗ в период с октября 2003 года по март 2004 года совместно с ФОМС, ГУКВ, ГУОМПил МЗ, АБ КР, АГСВ, Проектом «Развитие человеческих ресурсов здравоохранения» (ДФИД).

1. Предыстория

В процессе полного разделения медико-санитарной помощи на первичный и вторичный уровни в областях и районах были организованы Центры семейной медицины (ЦСМ), а при территориальных больницах - амбулаторно-диагностические отделения (АДО). В функциональных обязанностях обеих структур предусматривалось оказание амбулаторной специализированной медицинской помощи специалистами узкого профиля. На сегодняшний день в ЦСМ и АДО различных регионов сложилась различная ситуация. Имеет место нерациональное распределение специалистов, дублирование специальностей и др. Кроме того, ЦСМ и АДО имеют различный уровень оснащения лабораторно-диагностическим оборудованием, что нередко обуславливает неравные условия деятельности. Поскольку накоплен более чем 2х-летний опыт работы, выявились некоторые проблемы и противоречия во взаимодействии ЦСМ и АДО, то Министерством здравоохранения было инициировано проведение исследования с целью определения места и роли узких специалистов в системе предоставления медицинских услуг.

2. Методология исследования

С целью получения объективной информации исследованием были охвачены по 4 района в трех областях (Иссык-Кульская, Жалалабатская и Ошская), а также города Каракол и Ош. Для оценки деятельности узких специалистов в составе АДО и ЦСМ был отобран ряд количественных и качественных показателей:

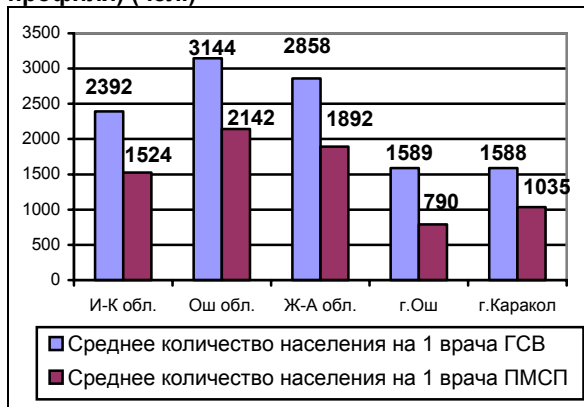
- краткая характеристика обслуживаемой территории;
- описание организационной структуры и материально-технического оснащения АДО и ЦСМ;

- штатное расписание и характеристика врачебного и среднего медицинского персонала;
- нагрузка специалистов узкого профиля в день и в час (с учетом и без учета профилактических осмотров);
- совместительство и дублирование;
- состав больных по диагнозам за месяц;
- структура амбулаторных посещений и госпитализаций.

3. Общее количество врачей на ПМСП

При описании общих характеристик изучаемых территорий было выявлено, что существует значительная разница между сельскими и городскими регионами в укомплектованности ПМСП врачами: городские регионы близки к нормативу в 1500 населения на одного врача ГСВ, тогда как сельские регионы испытывают существенную нехватку врачей. Поскольку медицинские услуги населению на первичном уровне оказываются не только врачами ГСВ, но и специалистами узкого профиля ЦСМ, были рассчитаны показатели среднего количества населения на одного врача ПМСП (ГСВ + специалисты узкого профиля). Как видно из данных, в распределении врачей имеет место выраженный географический дисбаланс (рис.1).

Рис.1. Количество населения на одного врача ГСВ и ПМСП (ГСВ + специалисты узкого профиля) (чел.)



Количество населения на одного врача ГСВ отдаленных районов в некоторых случаях достигает 7-12 тыс. чел. При таком количестве населения и подлежащей ведению отчетно-учетной документации,



врачам ГСВ довольно сложно обеспечить качество предоставляемой медицинской помощи.

4. Выводы по деятельности специалистов узкого профиля ЦСМ и АДО

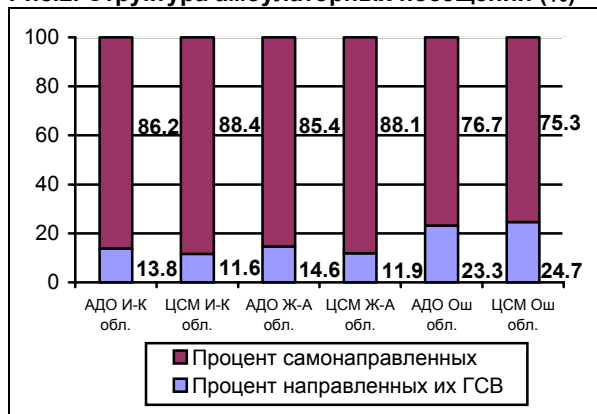
- Общий перечень специалистов узкого профиля ЦСМ и АДО для районного уровня на сегодняшний день включает в себя 36 и 14 различных профилей соответственно, а для областного уровня – 15 и 26 профилей.
- Между ЦСМ и АДО наблюдается дублирование специальностей, совместительство и совмещение должностей. Дублирование идет чаще по таким специальностям, как хирург, кардиолог, отоларинголог, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог и врачи лабораторно-диагностических служб. Эти должности, в силу физического отсутствия специалистов, нередко занимает одно физическое лицо.
- В целом специалисты узкого профиля ЦСМ и АДО на районном уровне имеют низкую фактическую нагрузку. При нормативе для специалистов терапевтического и хирургического профилей 4 и 6 пациентов в час соответственно, нагрузка по заболеванию в среднем составила от 1 до 3 пациентов в час (чаще у отоларинголога, офтальмолога, травматолога, хирурга, невропатолога и др.), в некоторых случаях – менее 1 пациента в час (у врача подросткового кабинета, онколога, инфекциониста и др.) (таб.1).

Таблица 1. Нагрузка специалистов узкого профиля районного уровня (в день и в час)

Узкие специалисты	Нагрузка на занятую ставку в день, в час					
	АДО		ЦСМ+Проф.		ЦСМ-Проф.	
	в день	в час	в день	в час	в день	в час
Дерматовенеролог	-	-	50,4	6,3	10,1	1,3
Инфекционист	2,3	0,3	32,7	4,1	14,5	1,8
Кардиолог	4,8	0,6	7,2	0,9	3,6	0,5
Нарколог	-	-	22,3	2,8	6,4	0,8
Невропатолог	10,8	1,4	32,5	4,1	10,6	1,3
Окулист	5,8	0,7	42,0	5,2	9,3	1,2
Онколог	-	-	30,8	3,8	3,3	0,4
Отоларинголог	6,5	0,8	33,3	4,2	6,9	0,9
Педиатр	6,5	0,8	-	-	-	-
Психиатр	-	-	19,3	2,4	4,1	0,5
Терапевт	12,2	1,5	-	-	-	-
Травматолог	5,3	0,7	32,2	4,0	6,3	0,8
Уролог	7,6	0,9	9,6	1,2	7,5	0,9
Хирург	5,4	0,7	26,2	3,3	3,5	0,4
Эндокринолог	7,4	0,9	28,8	3,6	3,9	0,5
Врач УЗИ	16,0	2,0	-	-	-	-
Врач функционалист (ЭКГ)	28,8	3,6	9,3	1,2	-	-
Врач-лаборант	145,5	18,2	164,5	20,6	-	-
Рентгенолог	15,9	2,0	85,9	10,7	-	-
Физиотерапевт	-	-	5,9	0,7	-	-
Эндоскопист	-	-	0,4	0,0	-	-

- На районном уровне в ЦСМ по сравнению с АДО нагрузка выше, но обеспечивается она в основном за счет профилактических осмотров. Наиболее распространенной патологией являются эндемический зоб, железодефицитная анемия и кариес. Выявляемость других заболеваний при проведении профилактических осмотров низкая (до 2,8% от общего количества осмотренных). Наибольшие сложности в организационном плане возникают при проведении медицинского освидетельствования призывников.
- Материально-техническое оснащение в АДО значительно лучше, чем в ЦСМ. Недостаток медицинского инструментария в ЦСМ, а также отсутствие возможности проведения биохимических и серологических исследований являются основной причиной перенаправления потока больных из ЦСМ в АДО.
- Во всех ЦСМ и АДО в структуре амбулаторных посещений преобладают самонаправленные пациенты (рис.2).

Рис.2. Структура амбулаторных посещений (%)



Несоблюдение системы направлений обуславливает высокий процент непрофильных консультаций, оказание первичной медико - санитарной помощи на вторичном уровне, нарушение преемственности между АДО, ЦСМ и ГСВ.

- Изучение деятельности ЦСМ и АДО на районном уровне выявило случаи нерациональной организации деятельности и использования занимаемых площадей. Отдельные руководители АДО не имеют четкого представления о своих функциональных обязанностях.
- В случаях, когда специалисты совмещают работу в ЦСМ, АДО и ТБ проявляется их заинтересованность в увеличении числа госпитализаций. Не во всех приемных отделениях ТБ ведется учет больных по



видам направлений (от ГСВ, ЦСМ или АДО).

- Изучение деятельности областных ЦСМ и АДО областных объединенных больниц показало, что специалисты АДО работают с большей нагрузкой, чем в ЦСМ. В структуре амбулаторных обращений в областных АДО также преобладают само-направленные, преимущественно из числа сельских жителей (т.е. жителей области), а в областных ЦСМ преобладают городские жители, имеющие направление от ГСВ.
- Проблемой является отсутствие унифицированной учетно-отчетной документации в АДО. В одних учреждениях заполняются КИФы, в других - журналы регистрации с внесением неодинаковой информации. В ЦСМ и АДО не соблюдается единая система учета амбулаторных посещений, расчет нагрузки лабораторной службы проводится по разной методике и т.д. Это обстоятельство затрудняет проведение сравнительного анализа и контроля деятельности ЦСМ и АДО.

5. Рекомендации

На основании результатов исследования были выработаны рекомендации относительно рационализации деятельности ЦСМ и АДО.

По организации деятельности ЦСМ

- В одном районе должен быть один ЦСМ, для обеспечения физической доступности возможна организация филиалов в других населенных пунктах;
- ЦСМ должен иметь хорошее оснащение лабораторно-диагностическим оборудованием, необходимым для оказания первичной медико-санитарной помощи;
- Общее количество врачей на ПМСП (ГСВ + специалисты узкого профиля) необходимо привести в соответствие с установленными нормативами (1 врач на 1500 смешанного населения) и решить проблему географического дисбаланса путем привлечения большего количества врачей в сельские регионы;
- Необходимо увеличить заработную плату врачам ГСВ и разработать стимулирующую систему оплаты труда; источником для повышения заработной платы могут быть сэкономленные в результате сокращения штатов средства; Министерство финансов и их областные управления должны гарантировать сохранение сэкономленных средств в бюджете системы здравоохранения;

- Полное сокращение специалистов узкого профиля ЦСМ должно осуществляться поэтапно. Как первый этап этого процесса, существующий перечень из 36 узких профилей рекомендуется сократить до 7: отоларинголог, окулист, невропатолог, психонарколог, дерматовенеролог, фтизиатр, врач хирургического профиля (хирург, травматолог, уролог, онколог);
- Все специалисты узкого профиля должны будут пройти переобучение на семейных врачей. На переходном этапе, помимо предоставления услуг по семейной медицине, на них возлагается функция оказания учебно-методической помощи врачам ГСВ по профилю их прежних специальностей, которая должна оплачиваться дополнительно.

По проведению профилактических осмотров

- Рассмотреть возможность передачи врачам ГСВ функции проведения профилактических и медицинских осмотров (школьные учреждения и др.);
- Профилактические осмотры трудовых коллективов могут проводиться специалистами ЦСМ или АДО по выбору самой организации/учреждения на договорной основе;
- Министерству здравоохранения совместно с Министерством обороны рекомендуется пересмотреть процедуру проведения медицинского освидетельствования призывников.

По организации деятельности АДО

- Все структурные подразделения АДО (лаборатория, медицинское оборудование, приемный покой, кабинеты консультантов) для удобства пациента должны по возможности быть сконцентрированы в одном здании;
- Учитывая сложившуюся низкую нагрузку у консультантов АДО на районном уровне, нецелесообразна организация кабинета для каждого специалиста. Консультанты могут использовать 1-2 смотровых кабинета и приглашаться в АДО по мере поступления больного;
- Необходимо исключить ситуацию, когда одно и то же физическое лицо совмещает работу в АДО и ЦСМ;
- С целью обеспечения консультаций высокой квалификации для работы в АДО должны привлекаться врачи, работающие на основной ставке в стационаре (ТБ, ООБ и др.); самостоятельных штатов специалистов узкого профиля в АДО быть не должно;



- Исключить совмещение приемного покоя со скорой помощью (если она в структуре ТБ), так как такая ситуация, как правило, способствует увеличению госпитализаций по экстренным показаниям;
- Осуществлять прием больных по направлению ГСВ или ЦСМ, что обеспечит профильность консультаций.

По обеспечению непрерывности и преемственности медицинских услуг

- Для соблюдения системы направлений необходимо рассмотреть возможность введения экономических стимулов.

По ведению учетно-отчетной документации в ЦСМ и АДО

- Для обеспечения корректного сбора статистической информации и дальнейшего контроля деятельности ЦСМ и АДО рекомендуется пересмотреть отчетные формы, взяв за основу матрицы (таблицы), разработанные и апробированные в ходе проведения данного исследования.

Для получения более подробной информации и полного отчета по исследованию обращайтесь к сотрудникам ПАПЗ:

Мурзалиевой Гулгун по Эл. почте

gulgun@manas.elcat.kg

Кожокееву Канату по Эл.почте

kanat@manas.elcat.kg