



УДК 614.2 + 26.89

## УЧАСТКОВАЯ СЛУЖБА – ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

**М.А. СТЕПЧУК<sup>1</sup>**  
**Т.М. ПИНКУС<sup>1</sup>**  
**Д.П. БОЖЕНКО<sup>2</sup>**

<sup>1)</sup> *Медицинский информационно-аналитический центр, г. Белгород*

<sup>2)</sup> *Чернянская центральная районная больница, Белгородская область*

*e-mail: m.stepchuk@km.ru*

В данной работе рассмотрены вопросы состояния и развития участковой службы-основного звена первичной медико-санитарной помощи в регионе. Дана оценка критериев качества работы участкового терапевта, участкового педиатра, врача общей практики и новых форм финансирования медицинской помощи и оплаты труда медицинских работников участковой службы, стимулирующие качество оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: участковая служба, критерии оценки работы участковых врачей, оплата труда врачей участковой службы.

Негативные процессы в состоянии общественного здоровья происходят на фоне недостаточной эффективности использования ресурсов здравоохранения, несбалансированности структуры оказания медицинской помощи, дефицита финансового обеспечения медицинских учреждений [7-10]. С принятием в 2003-2005 гг. новых федеральных законов, определяющих разграничение властных полномочий между федеральным уровнем, субъектами РФ и органами местного самоуправления, изменились организационные и финансовые аспекты деятельности муниципальной системы здравоохранения с возрастанием роли органов местного самоуправления в решении вопросов в сфере охраны здоровья населения, улучшения качества и доступности медицинской помощи, оптимизации использования ресурсной базы, в том числе за счет реструктуризации сети медицинских учреждений.

Новые условия планирования объемных показателей деятельности ЛПУ, определяемые Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (ПГГ), а также принятое в последние годы законодательство по разграничению полномочий между различными уровнями власти диктуют необходимость внесения определенных корректив в планирование работы сети ЛПУ территорий, формирование адекватной её структуры с учетом особенностей медико-демографической ситуации, состояния здоровья, системы расселения жителей территории.

За последние годы много исследований посвящено изучению особенностей состояния здоровья сельского и городского населения, вопросам совершенствования организации медицинской помощи, реформирования муниципального здравоохранения, в том числе в сельской местности [7]. Вместе с тем, проблеме изучения планово-нормативных аспектов оптимизации структуры сети учреждений сельских муниципальных образований уделяется недостаточное внимание.

Белгородская область расположена на юго-западе Российской Федерации (РФ), входит в состав Центрального федерального округа (ЦФО) РФ. Площадь региона 27,1 тысяч квадратных километров (0,2% от территории России). В состав области входят 19 муниципальных районов, 3 городских округа, 25 городских и 260 сельских поселений. Плотность населения – 56,4 человека на 1 квадратный километр. Численность населения на 1 января 2010 года составила 1 миллион 530 тысяч человек (1,1% от населения России), средний возраст жителей области около 40 лет. Административный центр – город Белгород с населением 362,8 тысяч человек – расположен в 695 километрах к югу от Москвы. Из общей численности населения городских жителей – 1 018 000 человек (66,5%), сельских – 512 000 человек (33,5%). Численность населения в трудоспособном возрасте составила 943 500 человек (61,7%). Число неработающих пенсионеров – 317 000 человек (20,7%). Основным стратегическим направлением развития области является улучшение качества жизни белгородцев, предусматривающее



инвестиции в человека. Поэтому экономическую и социальную политику правительство области строит исходя из того, что главным действующим лицом остается человек, его жизнь, здоровье, всестороннее развитие.

Объектом наших исследований является первичная медико-санитарная помощь системы здравоохранения Белгородской области. Это первичное звено, на этапе которого, по данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, начинают и заканчивают обследование и лечение до 80 процентов населения, обращающегося за медицинской помощью. Таким образом, первичная медико-санитарная помощь является основным видом медицинской помощи, предоставляемой с помощью научно обоснованных, экономически и социально приемлемых методов и современных технологий. Она составляет неотъемлемую часть муниципальной системы здравоохранения и осуществляет ее главную функцию. В соответствии с концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Белгородской области проводится поэтапное реформирование первичной медико-санитарной помощи населению и в первую очередь участковой службы.

На 1 января 2011 г. в структуре амбулаторно-поликлинических учреждений Белгородской области имелось: 565 фельдшерско-акушерских пунктов; 54 врачебных амбулатории; 43 здравпункта; 57 объединенных поликлинических отделений и женских консультаций; 9 стоматологических поликлиник; 37 Центров и 14 отделений общей врачебной (семейной) практики; 21 центральная районная больница (ЦРБ); 9 – районных, 8 – участковых и 7 городских больниц. Скорую и неотложную медицинскую помощь в области оказывают 5 станций и 37 отделений скорой медицинской помощи. Функционируют 4 станции переливания крови. Специализированную и высокотехнологичную помощь населению области оказывают 11 областных специализированных больниц, 8 диспансеров, центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Долечивание больных, их реабилитацию и оздоровление осуществляют 3 центра восстановительной медицины и 5 санаториев. Организуют и проводят профилактическую работу 3 центра медицинской профилактики, 5 центров «Здоровье», отделения и кабинеты профилактики ЦРБ. Первичная медико-санитарная помощь населению организована по территориальному участковому принципу и осуществляется поэтапно.

Оценка критериев эффективности работы участковых врачей, их мотивации в увеличении объемов и качества оказания профилактической и медицинской помощи, конечных результатах труда.

Отраслевая система оплаты труда (ОСОТ), которая введена в здравоохранении Белгородской области в 2007 г., предусматривает не только новый механизм оплаты труда медицинских работников, с учетом сложности и качества выполняемых работ, но и систему оценки деятельности как учреждения в целом, так и персонально медицинских работников на основе показателей результативности. Показатели результативности утверждены приказом управления здравоохранения области от 19.01.2007 № 36 «Об утверждении примерных критериев (индикаторов) качества медицинской помощи для работников стационара, амбулаторно-поликлинических и параклинических служб, скорой медицинской помощи».

Для оценки работы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и качества медицинской помощи (КМП) осуществлялся ведомственный и вневедомственный контроль в соответствии с действующим Положением о контроле качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Белгородской области. Перечень индикаторов КМП для учреждений системы обязательного медицинского страхования утверждён Положением о тарифном регулировании оплаты медицинской помощи. Показатели КМП по результатам плановой вневедомственной экспертизы оценивались при проведении проверки учреждения. Кроме того, вневедомственной экспертизе КМП подлежали все случаи больничной летальности, смерти на дому лиц трудоспособного возраста, жалоб и обращений застрахованных граждан на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества. Учитывалась и рациональность использования финансовых средств. На основании результатов оценки деятельности уч-



реждения и оценке КМП помощи страховая компания производила окончательный расчёт за выполненные объёмы медицинских услуг.

При определении критериев оценки работы врачей участковой службы были использованы приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 апреля 2007 г. № 282 «Об утверждении критериев оценки эффективности работы врача-терапевта участкового», от 19 апреля 2007 г. № 283 «Об утверждении критериев оценки эффективности врача-педиатра участкового» и приказом от 11 мая 2007 г. № 325 «Об утверждении критериев оценки эффективности работы врача общей практики (семейного врача)» и приказ управления здравоохранения области от 19.01.2007 № 36 «Об утверждении примерных критериев (индикаторов) качества медицинской помощи для работников стационара, амбулаторно-поликлинических и параклинических служб, скорой медицинской помощи».

При оценке эффективности работы врача-терапевта участкового использовались следующие критерии: стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения; снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи; увеличение числа посещений с профилактической целью; полнота охвата лечебно-профилактической помощью диспансерных больных; полнота охвата (не менее 90% в каждой возрастной группе) профилактическими прививками против дифтерии, гепатита В и краснухи, выполнение плана профилактических прививок против гриппа; стабилизация или снижение показателя смертности жителей участка на дому при сердечно-сосудистых заболеваниях, туберкулезе, сахарном диабете; снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни; стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:

а) туберкулезом – уменьшение вновь выявленных больных, охват более 90% флюорографическим и бактериоскопическим обследованием от числа подлежащих, отсутствие повторных случаев активного туберкулеза у контактных лиц в очагах; отсутствие запущенных случаев туберкулеза;

б) артериальной гипертонией – снижение числа вновь выявленных больных, уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца, инвалидизации в результате инфаркта миокарда и инсульта, смертности от инфарктов миокарда и инсультов;

в) сахарным диабетом – снижение числа вновь выявленных больных сахарным диабетом, числа осложнений сахарного диабета, число больных с декомпенсированным статусом более 50% от всех стоящих на учете;

г) онкологическими заболеваниями – отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3–4-й клинических стадиях;

– полнота охвата инвалидов медицинским наблюдением, лекарственным обеспечением, санаторно-курортным и восстановительным лечением;

– обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдение выписки рецептов пациентам, в том числе имеющим право на получение набора социальных услуг.

При оценке эффективности работы врача-педиатра участкового использовались критерии:

- оценка профилактической работы:

а) охват родовыми патронажами беременных;

б) охват патронажем детей первого года жизни;

в) охват профилактическими осмотрами детей (не менее 95%);

г) охват профилактическими прививками детей (не менее 95%);

д) удельный вес числа детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании;

- оценка качества медицинской помощи детям на участке:

а) качество диспансерного наблюдения детей: удельный вес детей, состоящих под диспансерным наблюдением; охват диспансерным наблюдением не менее 90% детей по нозологическим формам; снятие с учета с выздоровлением не менее 10% детей,



состоящих под диспансерным наблюдением; снятие с учета с улучшением не менее 10% детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

-уровень детской инвалидности;

б) полнота охвата лечебно-профилактической помощью детей, состоящих под диспансерным наблюдением: удельный вес детей, госпитализированных в плановом порядке, от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановой госпитализации; удельный вес детей, направленных в плановом порядке в санаторно-курортные учреждения, от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановом санаторно-курортном лечении; удельный вес детей, состоящих под диспансерным наблюдением и получивших противорецидивное лечение;

в) удельный вес количества выполненных индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов от общего числа детей-инвалидов;

г) обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдение правил выписки рецептов пациентам, в том числе имеющим право на получение набора социальных услуг.

- оценка динамики заболеваемости детей:

а) динамика показателя первичной заболеваемости у детей;

б) динамика показателя общей заболеваемости у детей; анализ случаев смерти детей на дому, в том числе детей первого года жизни; анализ случаев до суточной летальности детей в стационаре, в том числе детей первого года жизни.

При оценке эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача) (далее ВОП) при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи взрослым использовались те же критерии, что и врача-терапевта участкового, при оказании помощи детям – те же критерии, что и врача-педиатра участкового, а при оказании помощи женщинам в период беременности оценивается отсутствием следующих критериев: антенатальная гибель плода; врожденные аномалии развития, не выявленные во время беременности; разрыв матки до госпитализации; несвоевременная госпитализация при гестозе средней степени тяжести; несвоевременная госпитализация при перенесенной беременности. Кроме того, учитывался объем медицинской помощи больным по разрешенным профилям.

Конкретные критерии оценки эффективности деятельности врачей участковой службы определялись руководителем учреждения здравоохранения с учётом выше перечисленных приказа управления здравоохранения и численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, развития транспортных сообщений и других особенностей обслуживаемого района. При проверках в ЛПУ нами установлено, что из рекомендованных критериев многие главные врачи выбрали и утвердили далеко не все, при этом ряд из них по-прежнему увлеклись объёмными показателями, а из качественных взяли лишь некоторые. Это объяснялось тем, что руководители не были уверены в их выполнении из-за продолжающегося дефицита финансирования, кадров, современных технологий, эффективных (дорогостоящих) лекарственных средств и существующего менталитета населения в отношении своего здоровья. В связи с этим нами предложено разделить критерии на базовые (основные) и дополнительные. Базовые были обязательны для использования, а дополнительные – в зависимости от особенностей обслуживаемого района. К базовым критериям были отнесены: число посещений, в том числе с профилактической целью; уровень общей заболеваемости населения участка, в т. ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни; уровень госпитализации населения участка; число лиц, обслуженных скорой медицинской помощью; временная утрата трудоспособности; первичный выход на инвалидность; процент оздоровленных диспансерных больных, от нуждающихся; принято больных врачом общей практики (ВОП) по другим разрешенным профилям.

Анализ степени достижения участковыми врачами утвержденных критериев эффективности их работы и показателей социального здоровья населения на закрепленном участке, позволяя выявлять дефекты в оказании медицинской помощи, негативно влияющие на профилактику, диагностику и лечение, планировать мероприятия



по их устранению и, конечно, определять размер доплат стимулирующего характера врачам. В области создано 211 наблюдательных Советов (при каждом ЛПУ) по вопросам обеспечения структурной эффективности медицинской помощи. На их заседаниях ежемесячно проводилась, по утверждённым критериям эффективности, отражающим состояние здоровья населения и качество оказанной медицинской помощи, оценка деятельности участковых врачей. По результатам медицинской экспертизы наблюдательный Совет принимает решение о распределении и расходовании денежных средств, находящихся на субсчете участкового врача, и определяет размер выплат стимулирующего характера, которые оформляются протоколом. На основании протокола заседания наблюдательного Совета производились выплаты стимулирующего характера участковым врачам, а главный врач ЛПУ принимал решение об устранении выявленных дефектов.

Кроме того, на основании итогов работы за квартал за оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ряд участковых врачей лишались частично или полностью установленных доплат как из регионального (муниципального), так и федерального бюджетов. К примеру, главный врач одной из ЦРБ области, по итогам оценки наблюдательным Советом за квартал количественных и качественных показателей работы участковых врачей, своим приказом уволил трех врачей-терапевтов участковых, нескольким – снизил размер введённых надбавок. Увольнение врачей и значимое снижение введённых надбавок за оказание медицинской помощи ненадлежащего качества стало прецедентом в принятии управленческого решения руководителем ЛПУ, широкой огласки среди медицинских работников и ещё одним поводом для многих врачей переосмыслить свое отношение к результатам своего труда. Подобные управленческие решения развеяли мнение многих медицинских работников, что установленные надбавки можно получать, не прикладывая усилий для повышения качества медицинской помощи. Однако не каждый руководитель может позволить себе крайние меры из-за наличия дефицита врачей.

**Выводы:** Значительные дополнительные выплаты к базовому окладу стимулирующего характера действительно побуждают медработников к качественному труду. В этой связи для дальнейшего материального стимулирования медицинских работников первичного звена в повышении качества жизни населения участка необходимо активнее внедрять принцип дифференцированной выплаты надбавок стимулирующего характера и введённых надбавок, в зависимости от конечных результатов труда. С этой целью необходимо более активно использовать и совершенствовать критерии эффективности работы участковых врачей и специалистов первичного звена здравоохранения области, и в первую очередь – профилактической.

Сегодня жители области вправе требовать более качественной медицинской помощи и более четкой организации ПМСП. Этот вопрос, по нашему мнению, сейчас наиболее актуален. Главный же результат – удовлетворенность населения на закрепленных участках качеством и доступностью медицинской помощи, повышение уровня социального здоровья.

### Литература

1. Комаров, Ю.М. Первичная медико-санитарная помощь: какой она должна быть? // Здравоохранение. – 2008. – № 5. – С. 19-28.
2. Лазаренко, А.И. Врачи общей практики в системе первичной медицинской помощи Франции / А.И. Лазаренко, Н.М. Заика // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 2. – С. 53-55.
3. Лычев, В.Г. Контроль деятельности участкового врача-терапевта – путь повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи / В.Г. Лычев, Т.Г. Карманова // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2008. – № 5. – С. 17-20.
4. Матвеев, Э.Н. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне / Э.Н. Матвеев, С.А. Леонов, И.М. Сон // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 1. – С.34-38.
5. Меркулов, С.Н. Основные направления реорганизации амбулаторно-поликлинической службы и механизмы ее реализации в условиях крупного города / С.Н. Меркулов // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 5-6. – С. 37-39.



6. Мирский, М.Б. Медицина России X-XX веков: очерки истории / М.Б. Мирский // М. : РОССПЭН, 2005. – 631.
7. Михайлова, Ю.М. К вопросу о реформе первичной медико-санитарной помощи / Ю.М. Михайлова, А.А. Калининская, В.Г. Розенкрон // Здоровоохранение. – 2001. – № 6. – С. 15-19.
8. Овчаров, В.К. Количественная оценка влияния амбулаторно-поликлинической службы на уровень смертности / В.К. Овчаров, Е.П. Кокорина, А.Г. Роговина // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 5. – С. 6-10.
9. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо : доклад о состоянии здравоохранения в мире. – Женева : ВОЗ, 2008.
10. Медико-организационные новации в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений / Н.В. Полунина [и др.] // Рос. мед. журн. – 2005. – № 6. – С. 5-7.

## PRECINCT SERVICE - MAIN PART OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE BELGOROD REGION

**M.A. STEPCHUK<sup>1</sup>**  
**T.M. PINKUS<sup>1</sup>**  
**D.P. BOZHENKO<sup>2</sup>**

<sup>1)</sup> *Medical Information  
Analytical Centre, Belgorod*

<sup>2)</sup> *Chernyansky Central District  
Hospital, Belgorod region*

*e-mail: m.stepchuk@km.ru*

The authors describe the development and improvement of primary care in the Russian Federation and the Belgorod region at all stages of health development. Highlighted the positive factors of the priority national projects and unresolved issues in the organization of primary health care, which are included in the program of modernization of the region and aim to improve the social health of the population.

Key words: a precinct office, the criteria for evaluation of local doctors, salary of doctors of precinct station.