

*Гильманов А.А.*¹

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

¹ ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»,
Казань, Россия

*Gilmanov A.A.*¹

THE REASONS AND FACTORS DEFINING NEED OF CHANGES IN RURAL HEALTH CARE.

¹ *Kazan State Medical University, Kazan, Russia*

Гильманов Анас Анварович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом медицинской информатики Казанского государственного медицинского университета, gilmanov.anas@gmail.com

Цель. Оценка эффективности модели сельского здравоохранения на примере 14 сельских муниципальных образований Республики Татарстан с численностью населения менее 25 тысяч человек.

Методы. Проведен анализ статистических данных о деятельности 14 сельских центральных районных больниц Республики Татарстан, демографических показателей и заболеваемости проживающего населения за 2000-2014 годы и в 6-ти из них, в том числе, проведен анализ эффективности использования кадровых, материальных и финансовых ресурсов здравоохранения за 2012-2014 годы. Рассчитаны интенсивные, экстенсивные показатели и средние величины.

Результаты. Установлено явное неблагополучие демографической ситуации в районах исследования. Во всех из них наблюдается сокращение общей численности населения, а в структуре населения уменьшение численности детского населения. За годы исследования произошло двухкратное снижение числа круглосуточных стационарных коек и сокращение уровня

госпитализации на 35%. Зафиксировано снижение числа посещений в поликлинику и фельдшерско-акушерские пункты. Возросла доля госпитализации экстренных больных в поздние сроки и летальность послеоперационных больных. Возросла первичная заболеваемость и распространенность болезней среди населения.

Вывод. Действующая модель сельского здравоохранения при прикреплении населения менее 25 000 человек является малоэффективной, не обеспечивает адекватную уровню здоровья населения организацию медицинской помощи

Ключевые слова. Численность населения, кадровые, материальные и финансовые ресурсы здравоохранения, коечная мощность и уровень госпитализации, заболеваемость и смертность населения, послеоперационная летальность, эффективность использования ресурсов, модель сельского здравоохранения, обеспечение справедливого и равного доступа к системе здравоохранения городского и сельского населения.

Abstract. Assessment of efficiency of model of rural health care system of 14 rural municipalities of the Republic of Tatarstan with population less than 25 thousand people.

Methods. The analysis of statistical data of 14 rural central regional hospitals of the Republic of Tatarstan, demographic indicators and incidence of the living population for 2000-2014 and in 6 regional hospitals is carried out, including, the analysis of efficiency of use of personnel, material and financial resources of health care for 2012-2014 is carried out. Intensive, extensive indicators and average sizes are calculated.

Results. Obvious problems of a demographic situation in areas of research is established. In all regional hospitals decreased total number of the population, and in structure of the population decreased the number of the children's population. For years of research there was a twofold decrease in number of the round-the-clock stationary beds and reduction of level of hospitalization by 35%. Decreased number of visits in outpatient departments. The part of hospitalization of the emergency patients in late terms and a lethality of postoperative patients has increased. Primary incidence and prevalence of diseases among the population has increased.

Conclusion. The current model of rural health care when attaching a population of less than 25,000 people is ineffective, does not provide an adequate level of population health the health care organization

Key words. Population, human, material and financial resources, bed capacity and the level of hospitalization, morbidity and mortality, postoperative mortality, efficiency of resources use, model of rural health care, ensuring fair and equal access to the health system of urban and rural population.

Возрастание значимости здоровья в системе жизненных ценностей, ее влияния на будущие возможности и перспективы сельского населения, высокий уровень неудовлетворенности сельского населения доступностью и качеством медицинской помощи, повышают внимание к вопросам охраны здоровья и деятельности системы здравоохранения в сельской местности. Развитие сельского здравоохранения динамично связано с характером общественного строя, развитием сельских территорий, ее экономики и социокультурного комплекса. Результаты деятельности системы здравоохранения должно обеспечить развитие человеческого капитала на селе в современных условиях с учетом имеющихся проблем и вызовов (1). Важнейшим требованием к модели здравоохранения является обеспечение принципа равной доступности сельского населения к ресурсам здравоохранения, обеспечение своевременной диагностики и результативного лечения с учетом особенностей и тенденции их здоровья, соответствие медицинской помощи их ожиданиям, а также обеспечение социальной справедливости в предоставлении медицинских услуг. Изучение здоровья сельского населения и деятельности медицинских организации на селе позволяет оценить адекватность и эффективность существующей модели здравоохранения в сельских территориях (2), особенно в муниципальных районах с численностью населения менее 25 тыс. человек. В результате урбанизации и связанной с этим расширенной внутренней миграции, а также демографического кризиса, в Республике Татарстан 14 муниципальных районов попадают в эту категорию. (Таблица №1).

Таблица 1

Численность населения в исследуемых 14 районах Республики
Татарстан за 2000-2014 г.г. (абс.)

Районы	Год							
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Тюлячинский	14752	4877	14417	14318	14406	14438	14179	14104
Атнинский	14830	4706	14373	13908	13778	13681	13477	13681
Новошешминский	15450	5325	15715	15483	15321	15362	13961	13685
Кайбицкий	16456	6522	16013	15636	15440	15166	14723	14458
Камско-Устьинский	18267	7832	18134	17515	17072	16776	16541	16213
Верхнеуслонский	18638	8313	17495	17007	16630	16493	16659	16493
Черемшанский	21965	21717	21314	21205	21145	20922	20233	19939
Спасский	22350	21854	21503	20968	20582	20171	20289	19855
Алькеевский	22792	22380	21693	21315	20969	20688	19954	19670
Апастовский	22816	22469	22788	22466	22385	22264	21334	20999
Муслюмовский	22979	22570	22815	22337	21874	21604	21516	21043
Ютазинский	24529	24356	23193	22950	22821	22526	21427	21214
Дрожжановский	26393	26235	27490	27105	26747	26302	25179	24172
Тетюшский	28476	27893	26791	25991	25287	24794	24379	23674
Итого	290693	87049	283734	278204	274457	271187	263851	259200

За период с 2000 года по 2014 годы совокупная численность населения в районах исследования сократилась на 31 493 человека или на 10,9%, при росте численности населения по республике на 1,48% и на фоне снижения числа умерших по данным районам на 9,1% и роста рождаемости на 9,6%.

Во все годы исследования количество умерших в районах превышает число родившихся на 23-36%, в то время как в течение последних 5 лет в республике наблюдается естественный прирост населения (3,4). Численность детей до 17 лет сократилась в районах исследования на 32,7%, а в структуре населения их доля снизилась с 26,7% до 20,1%. Удельный вес числа лиц старше трудоспособного возраста в общей структуре населения только за последние 5 лет возросла с 25,2% до 26,4%. По итогам 2015 года среди всех умерших

доля умерших по старости составила по разным районам от 4,2% до 5,9% при среднереспубликанском показателе 3,2%. Показатели смертности от болезней органов кровообращения, инфаркта миокарда и онкологических заболеваний превышают среднереспубликанский показатель на 13,9%, 21,2% и 21,6% соответственно. Эти данные свидетельствуют о явном неблагополучии демографической ситуации во всех без исключения районах исследования.

За годы исследования существенные изменения произошли в системе здравоохранения, хотя они не затронули модель сельского здравоохранения. Изменилась организационно-правовая форма медицинских организации на селе. Они все стали автономными учреждениями здравоохранения. Учредителями сельских медицинских организации вместо муниципальных образований стали Министерство здравоохранения и Министерство земельных и имущественных отношений Республики Татарстан. В то же время неизменным сохранилась этапность оказания медицинской помощи. Оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории и сельские участковые больницы вошли в качестве структурных подразделений в состав центральных районных больниц. В структуре крупных центральных районных больниц были организованы межмуниципальные медицинские отделения и центры на функциональной основе по отдельным профилям, для оказания специализированной медицинской помощи сельским жителям прикрепленных районов, что позволило приблизить отдельные виды медицинской помощи к сельским жителям. Население сельских муниципальных районов для получения высокотехнологичных видов медицинской помощи было прикреплено к ведущим республиканским медицинским организациям, имеющим лицензию на оказание ВМП помощи.

Проводимая реструктуризация системы здравоохранения в первую очередь затронула сельское здравоохранение, значимо сократив ее ресурсную базу. Совокупное количество развернутых круглосуточных коек в исследуемых районах с 2000 года по 2014 год сократилось в 2,1 раза (Рисунок 1), а хирургических коек на 47%. Сегодня в медицинских организациях двух районов реанимационные койки вообще не развернуты, а в шести из них развернуты только по одной койке.

Общее количество работающих в медицинских организациях врачей за эти годы осталось неизменным (2000г. – 462; 2014г. – 467), но в их структуре доля врачей клинических специальностей выросло на 9,1%, а врачей терапевтического профиля на 65,6% (Рисунок 2), врачей хирургического профиля сократилось на 1,6%.

Укомплектованность врачами составила в среднем 70,2%, при разбросе от 53% до 78%. Только 30% врачей имеют квалификационные категории (2000г.-54%), при среднем показателе по республике 40% (2000г.-53,9%).

Эти данные свидетельствуют о росте в структуре врачебного персонала врачей участковых терапевтов и общей практики, занимающихся оказанием первичной врачебной медико-санитарной помощи, что безусловно надо оценивать положительно. Существенно снизилось количество врачей, имеющих квалификационные категории и ее темпы более высокие в сельских медицинских организациях.

На фоне роста врачебного персонала наблюдается динамичное снижение числа средних медицинских работников, работающих в медицинских организациях исследуемых районов, число которых с 2000 года по 2014 год сократилось с 2892 до 2169 или на 25%, а обеспеченность ими снизилась на 14%, с 96,5 до 83,1 на 10 тысяч населения.

Сокращение ресурсов стационарного сектора сельского здравоохранения привело к снижению числа лиц, получивших в течение года госпитальное лечение за годы исследования с 63568 до 41116 пациентов или на 35,3%. Средний уровень госпитализации снизился с 21,9 до 15,8 или на 27,9% (Рисунок 3).

Число функциональных исследований в расчете на одного польвованного больного снизилось на 2,6%. В исследуемых районах в 2014 году число лабораторных исследований на одного польвованного больного в стационаре оказалось на 22,9% меньше среднереспубликанского уровня, а число УЗИ исследований на 1 000 среднегодового постоянного населения на 34% ниже среднереспубликанского показателя.

В результате снижения всех видов ресурсов, выработанные годами алгоритмы организации оказания экстренной и неотложной медицинской помощи сельским жителям начала давать сбои. Поздняя доставка в стационар (после 24 часов с момента заболевания) среди

оперированных и не оперированных хирургических больных в районах исследования возросла с 12,4% до 28,3% или 2,3 раза. (Рисунок 4). Например, по случаям острого аппендицита с 9,3% до 19,6%, или 2,1 раза, желудочно-кишечных кровотечений с 8,5% до 21,8% или 2,6 раза. Проводимые оптимизационные мероприятия привели к сокращению части должностей среднего медицинского персонала приемных покоев маломощных центральных районных больниц и скорой помощи. У скорой помощи появилась необходимость доставки больных в сосудистые и травмацентры, иногда довольно длительных по времени. Сбор необходимого медицинского персонала для проведения диагностических и лечебных мероприятий экстренным и неотложным больным существенно удлинился во времени.

Комплекс накопившихся проблем привело к ухудшению ситуации со своевременным и качественным оказанием медицинской помощи в сельских районах из группы наблюдения, о чем свидетельствует рост летальности с 2000 года по 2014 годы с 0,35 до 0,86 или в 2,4 раза и рост послеоперационной летальности экстренных хирургических больных с 1,3 до 3,7 или в 2,8 раза. (Рисунок 5.)

Значительное снижение объема госпитальной помощи ожидаемо должно было быть компенсировано возрастающим объемом амбулаторно-поликлинической помощи. Однако с 2000 по 2014 годы число амбулаторно-поликлинических посещений на одного жителя снизилось с 6,9 до 6,4 или на 7,3%, а число посещений фельдшерско-акушерских пунктов с 8,7 до 4,9 или на 43,7%. В то же время число обслуженных вызовов скорой медицинской помощи на 1 000 населения возросло на 15,4%.

Все включенные в исследование медицинские организации районов относятся к 1 уровню оказания медицинской помощи, где стоимость медицинской помощи существенно ниже, чем в медицинских организациях 2-го и 3-го уровней, даже при реализации одних и тех же технологии, что снижает доходы сельских медицинских организации. В то же время очевидным является факт более высоких ресурсных затрат в сельском здравоохранении на производство услуг в связи с небольшими объемами медицинской помощи и высокой долей административных затрат в себестоимости. Средний коэффициент износа основных фондов в исследуемых 6 районах составила 59%. В условиях выполнения дорожной карты по

повышению средней заработной платы медицинского персонала 77,2% доходов сельские медицинские организации в 2014 году направили на заработную плату и начисления. В среднем только 5,3% из сумм консолидированных бюджетов были направлены на приобретение медикаментов и изделий медицинского назначения. Все 6 сельских медицинских организации завершили 2014 год кредиторской задолженностью, составившую в совокупности более 10 миллионов рублей. Эти данные свидетельствуют о существенном снижении их финансовой устойчивости и, следовательно, о снижении объемов направляемых средств на выполнение лечебно-диагностического процесса. Одновременно сохраняется диспропорция в фактическом подушевом размере финансирования здравоохранения в разрезе районов, которая достигла по итогам 2014 года до 52,3% между лучшими и худшими районами. Приведенные обстоятельства серьезно осложняют задачу по обеспечению доступности и качества медицинской помощи населению сельских районов, не говоря о существующих проблемах в обеспечении равных прав городских и сельских жителей.

Проблемы сельского здравоохранения отразились на здоровье сельского населения.

За годы наблюдения в районах исследования более чем на 38% выросла первичная заболеваемость населения и в 2 раза распространенность болезней, при росте показателя по Республике Татарстан только на 9,7% и на 16,1% соответственно. (Рисунок 6,7).

Выросла первичная заболеваемость болезнями, требующих высокотехнологичных и дорогостоящих видов медицинской помощи: онкологических болезней на 100 000 населения на 57%; болезней органов кровообращения на 82%; травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин на 25,6%.

Сокращение ресурсной базы и снижение финансовой устойчивости сельских медицинских организаций, сложности в обеспечении равной доступности медицинской помощи сельским жителям наравне с городскими, рост числа больных требующих экстренной и неотложной медицинской помощи при обслуживании населения менее 25 тысяч человек предопределяет необходимость поиска новых моделей организации медицинской помощи.

Наиболее простым решением является объединение нескольких таких маломощных и экономически слабых медицинских организации (государственных учреждений) в одно юридическое лицо, что позволит сократить административный аппарат. Однако такая реорганизация существенно не повысит экономическую, тем более медицинскую эффективность. По нашему мнению, промежуточным вариантом решения, на современном этапе, могло бы стать объединение медицинских организации (государственных учреждений) сельского здравоохранения с числом обслуживаемого населения до 25 тысяч человек, в качестве структурного подразделения, с ведущими областными (республиканскими) учреждениями и высокотехнологичными медицинскими центрами, что позволит, используя ресурс областного (республиканского) учреждения, повысить качество и доступность медицинской помощи для сельского населения. При этом радиус обслуживания не должен превышать 150 км. Все экстренные больные должны доставляться в головную медицинскую организацию, а неотложные больные должны получить право самостоятельного обращения в приемный покой для диагностики и назначения лечения. Режим работы медицинской организации должен предусматривать возможность оказания экстренной и неотложной медицинской помощи круглосуточно 7 дней в неделю.

Однако, наиболее перспективным с нашей точки зрения, является создание взамен действующих круглосуточных стационаров центральных районных больниц первого и второго уровней новых медицинских центров с числом прикрепленного населения 350-400 тысяч человек на 300-350 коек с возможностью ежедневного круглосуточного оказания основных видов экстренной и неотложной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Не вызывает сомнения, что такие решения актуальны не для всех регионов России, а только с компактным проживанием населения, например, для Республики Татарстан. Для полного обеспечения сельских и городских жителей республики медицинской помощью, в рамках новой модели, необходимо развертывание только 3 новых центров, причем в одном случае частично можно использовать базу имеющихся медицинских организации. В результате вся круглосуточная стационарная медицинская помощь в республике может быть сосредоточена в 22-25

крупных медицинских организациях, имеющих всю инфраструктуру для оказания медицинской помощи по единым федеральным стандартам.

Выводы

1. Во всех муниципальных районах Республики Татарстан с числом проживающего населения до 25 тысяч человек в течение последних 15 лет наблюдается снижение численности населения, а в структуре населения снижается детское население, возрастает население старше трудоспособного возраста.

2. В исследуемых районах показатели смертности от болезней органов кровообращения и от онкологических заболеваний превышают среднереспубликанские показатели.

3. За годы исследования количество круглосуточных стационарных коек в районах исследования сократилось 2,1 раза, хирургических коек на 47%.

4. За 2000-2014 годы общее количество работающих врачей в районах исследования осталось неизменным, а число врачей клинического профиля выросло на 9,1%, врачей терапевтического профиля на 65,6%. Количество средних медицинских работников сократилось на 25%.

5. В исследуемых сельских медицинских организациях на 35,3% сократилось количество лиц, получивших стационарное лечение. Поздняя доставка в стационар среди оперированных и неоперированных хирургических больных и послеоперационная летальность возросли синхронно в 2,3 раза.

6. Число амбулаторно-поликлинических посещений на одного жителя снизилось на 7,3%, число посещений в фельдшерско-акушерские пункты на 43,7%, а число обслуженных вызовов скорой медицинской помощи возросло на 15,4%.

7. По итогам 2014 года фактически подушевой размер финансирования на жителя в худших и лучших районах различается на 52%.

8. За годы наблюдения в исследуемых районах первичная заболеваемость возросла на 38%, а распространенность болезней в 2 раза. Рост болезней органов кровообращения составил 82%, онкологических болезней на 57%, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин на 25,6%.

9. Модель организации сельского здравоохранения не обеспечивает равную доступность медицинской помощи, снижается ее ресурсная база и эффективность деятельности, что делает актуальным поиск новых организационных форм.

Литература

1. Н.Б.Найговзина. О модели здравоохранения. Учебное пособие для интернов, ординаторов, аспирантов и слушателей дополнительного профессионального образования по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». –М.; МГМСУ, 2014; -86с.
2. Н.А.Тестемициану, Д.В.Тинтюк. Пути сближения уровней стационарной помощи городскому и сельскому населению. – Кишинев.: Штиница, 1984. -120с.
3. К.Ш.Зыятдинов, А.А.Гильманов и др. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2000-2004 годы). Учебно-методическое пособие. - Казань, 2004. -256с.
4. А.Ю.Вафин, В.Г.Шерпутовский и др. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2010-2014 годы). Учебно-методическое пособие. -Казань, 2014. -268с.

Забалуева Э.Ю.¹, Несеяева Е.В.¹, Головина С.М.²

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН

¹ФГБНУ «Научный центр неврологии», Россия, Москва

²ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», Россия, Москва

Zabalueva E.YU.¹, Nesyayeva E.V.¹, Golovina S.M.²

INNOVATIVE APPROACH TO TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES IN WOMEN

¹FGBNU "Scientific Center of Neurology", Russia, Moscow

²National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow