

Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Берсенева Е.А., Мешков Д.О.

АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

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

Lalabekova M.V., Cherkasov S.N., Berseneva E.A., Meshkov D.O.

ANALYSIS OF THE APPEAL OF PRIMARY HEALTH CARE IN RURAL POPULATION OF THE TVER REGION

National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Резюме. В результате проведенного исследования доказано, что в процессе планирования потребности в первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рекомендуется учитывать не только врачебную, но и доврачебную медицинскую помощь. Был обнаружен разный уровень востребованности для мужчин и женщин, для возрастных групп до 50 лет и старше 50 лет. В отношении территориального типа анализ доврачебной помощи показал целесообразность разделения территорий с удельным весом сельского населения более 35% и расположенных на большом расстоянии от областного центра на два подтипа: с высоким уровнем первичной заболеваемости и с низким уровнем первичной заболеваемости. Планирование уровня обращаемости следует проводить с учетом не только врачебного уровня оказания первичной медико-санитарной помощи, но и доврачебного уровня. Целесообразности выделения пригородного района в отдельный тип территории не нашло подтверждения.

Ключевые слова: обращаемость, амбулаторная медицинская помощь, планирование.

Summary. As a result of the research proved that in the process of planning the needs in primary health care provided on an outpatient basis, it is recommended to consider not only medical and pre-medical care. Was discovered different levels of demand for men and women, for age groups

below 50 years and above 50 years. Against the territorial type analysis of aid have shown the feasibility of separation of territories with a specific gravity of rural population, more than 35% and located at a great distance from the regional center into two subtypes: with a high level of primary morbidity and with a low level of primary morbidity. Planning the level of uptake should take into consideration not only doctors providing primary health care, but also pre-medical level. The feasibility of allocating a suburban district in selected type areas was not confirmed.

Key words: appeal for medical assistance, outpatient medical care, planning.

Повышение эффективности и результативности системы оказания медицинской помощи связано не только с ее приоритетным ресурсным обеспечением, но и организационно-управленческими технологическими возможностями [1].

Для обеспечения доступности медицинской помощи без ущерба ее качеству можно принять либо решение об экстенсивном пути развития здравоохранения, предусматривающем увеличение числа медицинского персонала, мощности учреждений, количества коек в стационарах, либо об интенсивном варианте развития, предусматривающем повышение эффективности функционирования медицинских организаций. Эффективность расходования ресурсов тесно связано с качеством планирования объемов и структуры медицинской помощи [2]. В качестве базовой основы планирования часто предлагается использовать показатели здоровья населения в целом и отдельных специфических групп [3,4].

Наибольший объем первичной медико-санитарной помощи является врачебной, однако на территориях, где проживает сельское население, данный вид медицинской помощи в соответствии с положениями статьи 33 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) может оказываться фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием. Для достижения полноты описания потребности в медицинской помощи необходимо проводить анализ востребованности и

доврачебной первичной медико-санитарной помощи на территориях, где проживает сельское население.

Целью исследования стало выявление факторов, определяющих интенсивность обращений за доврачебной первичной медико-санитарной помощью на территориях с преимущественным проживанием сельского населения.

Для проведения анализа обращаемости за медицинской помощью населения Тверской области путем проведения логического анализа структуры населения, территориальных особенностей проживания, территориальной доступности медицинской помощи и уровня зарегистрированной заболеваемости было выделено пять кластеров – групп сравнения. Для всех кластеров половая структура населения достоверно не различалась ($p > 0,05$).

В первый и второй кластер включили население, проживающее в административных районах, центрами которых являются «малые» города Тверской области, что обеспечивало высокий уровень территориальной доступности для жителей административных центров и более низкий уровень территориальной доступности для сельского населения данного административного района.

В первый кластер (далее – первая группа сравнения) включили два административных района с высоким уровнем заболеваемости – Вышне-Волоцкий административный район и Кимрский административный район (уровень заболеваемости как общей, так и первичной, выше среднеобластных показателей).

Во второй кластер (далее - вторая группа сравнения) включили два административных района с низким уровнем заболеваемости – Ржевский административный район и Торжокский административный район (уровень заболеваемости как общей, так и первичной, ниже среднеобластных показателей).

В третий и четвертый кластеры включили население, проживающее в административных районах с преобладанием сельского населения и с минимальным расстоянием до областного центра в 130 км, что определяло для населения сниженный уровень доступности медицинской помощи, как в областных медицинских организациях, так и расположенных на территории административного района.

В третий кластер (далее - третья группа сравнения) включили три территории с высоким уровнем общей и первичной заболеваемости (соответствующим или превышающим среднеобластные показатели) Зубцовский административный район, Кесовогорский административный район, Максатихинский административный район.

В четвертый кластер (далее – четвертая группа сравнения) включили три территории с низким уровнем общей и первичной заболеваемости (ниже, чем среднеобластные показатели) Лесной административный район, Оленинский административный район и Сонковский административный район.

В пятый кластер (далее – пятая группа сравнения) был включен Калининский административный район, с преобладанием сельского населения (90,2%), являющийся пригородным для областного центра, население которого обладает более высоким, сравнительно с далеко расположенными сельскими районами, территориальным уровнем доступности медицинской помощи, самым низким уровнем общей заболеваемости и одним из самых низких уровней первичной заболеваемости среди всех территориальных образований Тверской области.

В итоге, выполненное разделение по кластерам или группам сравнения позволит оценить взаимосвязь таких факторов, как территориальная доступность медицинской помощи, место проживания населения, уровень общей и первичной заболеваемости и величины потребности в медицинской помощи. Уровень обращаемости отдельно рассчитывали для мужчин и женщин. Для каждого пола выделялось две возрастные подгруппы: до 50 лет и старше 50 лет.

Суммарные данные по частоте обращений за доврачебной медико-санитарной помощью для сельского населения всех групп сравнения представлены в таблице 1.

Следует отметить, что обращаемость за доврачебной первичной медико-санитарной помощью в первой группе сравнения зависела от удельного веса сельского населения. Так в Вышне-Волоцком районе удельный вес сельского населения составлял 27,5%, что более чем в 1,5 раза больше чем удельный вес сельского населения в Кимрском районе – 17,8% и обращаемость,

соответственно, была выше в Вышне-Волоцком районе – 131 против 58 обращений на 1000 сельского мужского населения в возрасте до 50 лет и 399 против 138 на 1000 сельского мужского населения в возрасте старше 50 лет.

Таблица 1

Суммарные данные по частоте обращений за доврачебной медико-санитарной помощью

Группа сравнения	Мужчины		Женщины	
	Обращаемость (на 1000 сельского населения) в возрасте до 50 лет	Обращаемость (на 1000 сельского населения) в возрасте старше 50 лет	Обращаемость (на 1000 сельского населения) в возрасте до 50 лет	Обращаемость (на 1000 сельского населения) в возрасте старше 50 лет
Первая (Вышне-Волоцкий и Кимрский районы)	107	304	177	536
Вторая (Ржевский и Торжокский районы)	75	184	121	360
Третья (Зубцовский, Кесовогорский, Максатихинский районы)	228	438	380	1243
Четвертая (Лесной, Оленинский и Сонковский район)	114	323	149	653
Пятая (Калининский район)	18	47	39	78

Аналогичные закономерности наблюдались и в отношении женского населения. Обращаемость была выше в Вышне-Волоцком районе – 213 против 101 обращений на 1000 сельского женского населения в возрасте до 50 лет и 683 против 266 на 1000 сельского женского населения в возрасте старше 50 лет.

Во второй группе сравнения, обращаемость за доврачебной первичной медико-санитарной помощью не зависела от удельного веса сельского населения. Так, в Торжокском районе удельный вес сельского населения был в два раза выше, чем в Ржевском районе (32,9% против 17%), однако более высокий уровень обращаемости за доврачебной первичной медико-санитарной помощью наблюдался именно в Ржевском районе, как среди мужчин, так и среди женщин независимо от возрастной группы. Следовательно, удельный вес сельского населения не определяет интенсивность обращений за доврачебной первичной медико-санитарной помощью на территориях с низким уровнем первичной заболеваемости.

Более низкий уровень заболеваемости обуславливает и более низкий уровень обращаемости за медицинской помощью, что позволяет предварительно считать уровень регистрируемой первичной заболеваемости как один из факторов, определяющих потребность в медицинской помощи. Наименьший уровень обращаемости регистрировался в Торжокском районе, в котором наблюдались также и более низкие уровни первичной заболеваемости на фоне более низких показателей общей смертности (табл.1).

В сельских районах, расположенных на большом расстоянии от областного центра и других городских населённых пунктов, уровень обращаемости за доврачебной медицинской помощью был в два раза выше, чем в пригородных районах «малых» городов Тверской области (табл.1). В отличие от данных анализа обращаемости за врачебной первичной медико-санитарной помощью, для которой в сельских районах не было обнаружено зависимости от уровня первичной заболеваемости, для доврачебной медицинской помощи такие закономерности обнаруживаются.

Третья группа сравнения, включающая административные районы с высоким уровнем первичной заболеваемости, характеризовалась более высокими показателями обращаемости, чем четвертая группа сравнения, включающая административные районы с низким уровнем заболеваемости. Вероятно, более доступная доврачебная помощь для жителей сельских населенных пунктов наиболее востребована, тогда как врачебная помощь за счет меньшей доступности менее востребована среди жителей районов с высокими уровнями заболеваемости. Высокая доступность врачебной

медицинской помощи для жителей пригородного района (Калининский район) выражается крайне низким уровнем обращения за доврачебной медицинской помощью.

Таким образом, в результате проведенного исследования доказано, что в процессе планирования потребности в первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рекомендуется учитывать не только потребность во врачебной, но и потребность в доврачебной медицинской помощи. Обнаружен разный уровень востребованности для мужчин и женщин, для возрастных групп до 50 лет и старше 50 лет. В отношении территориального типа анализ доврачебной помощи показал целесообразность разделения второго территориальный типа, территорий с удельным весом сельского населения более 35% и расположенных на большом расстоянии от областного центра на два подтипа: с высоким уровнем первичной заболеваемости и с низким уровнем первичной заболеваемости. Целесообразности выделения пригородного района в отдельный тип территории не нашло подтверждения.

Выявленные зависимости востребованности первичной медико-санитарной помощи от пола и возраста населения, делает необходимым выполнение анализа демографических изменений на исследуемой территории для построения среднесрочных и долгосрочных прогнозов, которые рекомендуется учитывать при планировании объемов первичной медико-санитарной помощи.

Литература

1. Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М.Комаров. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. С. 3-5.
2. В.М. Шипова, Т.Н.Воронцов. Современные проблемы планирования медицинской помощи / Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2014. 1. С. 306-310.
3. Черкасов С.Н., Курносииков М.С., Сопова И.Л. Возможности моделирования объемов медицинской помощи по данным демографического анализа / В сборнике: Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального

здравоохранения в регионе Самара, 2015. С. 309-312.

4. Берсенева Е.А. Методологические подходы к технологии разработки автоматизированных информационных систем лечебно-профилактического учреждения / Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2006. № 1. С. 136-138.

Линденбратен А.Л.¹, Лудупова Е.Ю.², Дамдинова Г.Х.²
**ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И
БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

¹ ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Россия, Москва

² ГАУЗ «Республиканская клиническая больница имени Н.А. Семашко» Министерства здравоохранения Республики Бурятия, Россия

Lindenbraten A.L.¹, Ludupova E.J.², Damdinova G.H.²
**ORGANIZATION OF INTERNAL CONTROL OVER QUALITY AND
SAFETY OF MEDICAL PRACTICE IN THE MEDICAL ORGANIZATION**

¹ National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

² GAUZ "Republican clinical hospital named after N.A. Semashko" of the Ministry of health of the Republic of Buryatia, Russia

Линденбратен Александр Леонидович - первый заместитель директора, доктор медицинских наук, профессор e-mail:lindenbraten13@rambler.ru.

Лудупова Евгения Юрьевна - ГАУЗ «РКБ им Н.А. Семашко» Минздрава Республики Бурятия; Главный врач, кандидат медицинских наук; e-mail:eludupova@mail.ru.

Дамдинова Галина Хандажаповна - ГАУЗ «РКБ им Н.А. Семашко» Минздрава Республики Бурятия; Заместитель главного врача по