

УДК 614.2+614.39].001(571.63)

Е.Б. Кривелевич¹, Н.А. Чернак¹, И.Г. Панасенко², Л.С. Павлова², А.П. Гулевич²

¹Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2), ²Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр (690091 г. Владивосток, ул. Лазо, 9)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Ключевые слова: медико-санитарная помощь, обеспеченность врачебным персоналом, уровень госпитализации.

Проведен анализ структуры и объемов различных видов медицинской помощи сельскому и городскому населению Приморского края. При одинаковой половозрастной структуре показатели общей смертности у сельчан оказались выше. Обеспеченность врачами, осуществляющими первичную медико-санитарную помощь, сельского населения почти в 3 раза ниже, чем городского, в то время как обеспеченность специалистами участковой службы несколько выше. Количество коек для первичной медико-санитарной помощи городскому населению было в 1,5 раза выше. Объемы амбулаторно-поликлинической помощи для сельчан оказались ниже, чем у горожан, при более высоких показателях госпитализации. Показатели по специализированной и высокотехнологической помощи свидетельствуют о значительном снижении ее доступности в Приморском крае для жителей села.

Социально-экономические процессы, происходящие в сельской местности, затрагивают все аспекты жизнеобеспечения и особенно влияют на показатели здоровья сельчан [1]. Совершенствование организации и управления медицинской помощью для сельского населения, направленное на повышение ее доступности и своевременности с учетом территориальных условий, является актуальной проблемой [2, 3, 4].

Проведен сравнительный анализ основных показателей, характеризующих состояние здоровья, доступность и обеспеченность медицинской помощью городских и сельских жителей Приморского края.

Население Приморья на начало 2007 г. составило 2005917 человек, в том числе сельское — 492989 человек (24,58 %, в РФ — 26,9 %). Если среди городского населения доля мужчин равнялась 48 %, то на селе она оказалась несколько выше — 49,8 %. Среди всего трудоспособного населения преобладали мужчины, но среди трудоспособных сельчан их было больше (55,1 %), чем среди трудоспособных горожан (52,2 %), хотя общая доля трудоспособного населения оказалась выше в городах: 65,8 против 63,5 %. Необходимо отметить, что если среди сельского населения доля детей составляла 16,8 %, подростков — 5,1 % и взрослых — 78,1 %, то среди горожан — 13,6, 4,2 и 82,2 % соответственно. В селах несколько большая часть населения находилась в возрасте младше трудоспособного — 18,7 % против 14,8 % в городах. В то же время доля населения в возрасте старше трудоспособного оказалась больше среди горожан — 19,4 % против 18,2 %. Обращал на себя внимание и тот факт, что почти при одинаковых показателях, характери-

зовавших половозрастную структуру населения в 2006 г., коэффициент общей смертности в городах составил 14,4, а в сельской местности — 16,5 (в 2005 г. — 15,5 и 18,3 соответственно).

Принципы оказания медико-социальной помощи жителям сельской местности не отличаются от таковых для любой другой категории населения. Доврачебная (первая медицинская) помощь сельским жителям края оказывалась 382 фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП). Квалифицированная врачебная помощь осуществлялась в 36 врачебных амбулаториях (34 в сельской местности), в 15 участковых (13 в сельской местности) и в 9 районных (2 в сельской местности) больницах. Квалифицированную с элементами специализированной медицинскую помощь жители села получали в 20 центральных районных больницах (12 в сельской местности) и в одной центральной районной поликлинике. Таким образом, 444 из 463 медучреждений, где получали помощь жители села, расположены в сельской местности. Специализированную помощь жителям сел оказывали в 32 краевых медучреждениях.

Обеспеченность врачами по краю составила 42,91 на 10 000 населения (без учета Дальневосточного окружного медицинского центра). Обеспеченность врачами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь сельскому населению, — 17,24, городскому населению — 51,27 на 10 000 населения. Обеспеченность специалистами участковой службы была в целом по краю 5,02, в селах — 5,98, в городах — 4,75 на 10 000 населения.

Обеспеченность средним медперсоналом в целом по краю на 10 000 населения составила 67,04, для жителей села — 59,78, для жителей городов — 69,40. Тот же показатель по участковой службе в целом по краю был 4,70, в сельской местности — 6,47, в городах — 4,17. Обеспеченность врачами, оказывающими специализированную медицинскую помощь, равнялась 16,74, а средним медицинским персоналом — 14,48 на 10 000 населения. Эти показатели вычислены с учетом краевых учреждений, которые непосредственно не оказывали медицинскую помощь населению (ПК МИАЦ, Роспотребнадзор, НИИ, станции переливания крови, патолого-анатомические бюро и бюро судебно-медицинской экспертизы). Если же взять в расчет только лечебно-профилактические учреждения, оказывавшие медпомощь, то показатели обеспеченности и врачами, и средним медицинским персоналом станут 8,86 и 11,98 на 10 000 населения соответственно.

Кривелевич Евсей Бенцианович — канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ВГМУ, директор ПК МИАЦ; e-mail: pkmiac@mail.ru.

Таким образом, в Приморье почти 40 % врачей и 23,7 % представителей среднего медицинского персонала работали в краевых учреждениях. Соотношение «врач : средний медработник» по краю составляло 1:1,56, в т.ч. в сельской местности — 1:3,46 (с учетом фельдшеров ФАП и скорой помощи), в городах — 1:1,35, в краевых учреждениях — 1:0,86. Обеспеченность койками для первичной медико-санитарной помощи на 10 000 населения составила по краю 42,91 (в сельской местности — 38,01, в городах — 56,7).

Анализ объемов амбулаторно-поликлинической помощи, полученной населением в 2007 г., показал, что в целом по краю на 1 жителя приходилось 6,685 посещения (в муниципальные и краевые медучреждения), в т.ч. на 1 сельского жителя — 5,042 и на 1 городского — 7,220. Объемы первичной амбулаторно-поликлинической помощи, полученной сельчанами (без учета ФАП), были меньше, чем полученной горожанами (рис.). Объемы скорой медицинской помощи в целом равнялись 337,67 вызова на 1000 населения (в т.ч. в городах — 352,8, в сельской местности — 291,22). В целом по краю уровень госпитализации на 1 жителя составил 0,198, среди сельчан этот показатель был равен 0,229, среди горожан — 0,188. Уровень госпитализации сельчан в стационары, оказывавшие первичную медико-санитарную помощь, был равен 0,187, горожан — 0,150.

Специализированная помощь оценивалась по трем направлениям (по группам медучреждений):

- 1) помощь, оказанная в краевых учреждениях общего типа (всего 6);
- 2) помощь, оказанная в диспансерах и больницах (всего 22);
- 3) помощь, оказанная в больницах восстановительного лечения (всего 4).

В общем объеме поликлинической медицинской помощи, полученной детьми в краевых учреждениях 1-й группы, преобладали объемы, полученные горожанами (65 % против 35 % соответственно). Обеспеченность данным видом помощи для аналогичных групп детского населения сел была выше, чем для городов (203 против 182 посещения на 1000 детей). Эта закономерность сохранялась почти по всем видам помощи: неврология — 30 против 15, офтальмология — 32 против 23, травматология и ортопедия — 21 против 14, педиатрия — 20 против 10. Исключения составили аллергология (35 посещений на 1000 городских детей против 26 на 1000 детей из сел) и стоматология (23 против 2 соответственно).

Распределение объемов амбулаторно-поликлинической помощи, полученной взрослыми в учреждениях 1-й группы, носило иной характер. Соотношение между городом и селом составило 421:118 посещений на 1000 жителей.

По стационарной помощи, полученной в учреждениях 1-й группы детьми, в ее общем объеме преобладало городское население — 72 %: в расчете на 1000 детей городов и сел — 140 и 112 койкодней соответс-

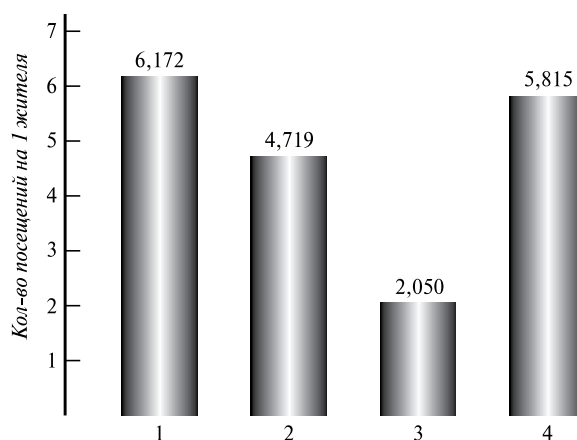


Рис. Структура первичной медико-санитарной помощи населению Приморского края в 2007 г.:

1 — город, 2 — село (врачебные), 3 — село (фельдшерско-акушерские пункты), 4 — всего.

твенно, т.е. городские дети провели в краевых учреждениях больше дней почти по всем видам помощи. Исключение составила ортопедическая помощь: для сельских детей показатель — 11, для городских — 8.

Стационарная помощь, оказанная в учреждениях 1-й группы взрослому населению, между горожанами и сельчанами в общем объеме распределилась как 73:27. В расчете на 1000 жителей показатели были почти равны — 330 для горожан и 326 для сельчан. Однако объем некоторых видов помощи для сельчан оказался больше: ревматология — 16:10, гастроэнтерология — 12:9, ортопедия — 13:7, урология — 12:6, нейрохирургия — 14:10 на 1000 жителей соответственно.

При анализе амбулаторно-поликлинической помощи детям в краевых учреждениях 2-й группы соотношение между городом и селом составило 616,2:30,4 койкодней на 1000 детского населения, т.е. объем помощи, полученной здесь сельскими детьми, оказался в 20 раз меньше. Такое значительное различие зарегистрировано по всем видам помощи: фтизиатрия — 315,5:13,3, психиатрия — 67,0:6,3, дерматология — 179,5:10,6 койкодней на 1000 детей.

Распределение посещений краевых учреждений 2-й группы для взрослых было аналогичным: 96 и 4 % (394:50 на 1000 населения). По отдельным видам помощи картина оказалась следующей: фтизиатрия — 109:20, наркология — 91:0,3, психиатрия — 69:5, дерматология — 86:4, онкология — 34:21 на 1000 населения соответственно.

Объемы стационарной помощи детям по 2-й группе краевых учреждений распределились между городом и селом как 73 и 27 %. Показатели на 1000 городского и сельского населения — 274,5 и 209 койкодней. Преобладание горожан по отдельным профилям помощи было незначительным: фтизиатрия — 115,2:97, психиатрия — 129,8:104, дерматология — 29,7:29 койкодней. Необходимо отметить, что только по двум профилям — венерология и сестринский уход — показатели для сельских детей оказались выше: 8:3,2 и 9:7,7 койкодней на 1000 населения соответственно.

Распределение объемов стационарной помощи взрослым по этой группе учреждений аналогично картине, описанной для детского населения: 78 и 22%. Объемы помощи с учетом всех профилей составили для города 636 и для села — 495 койкодней на 1000 населения. По отдельным профилям картина была следующая: фтизиатрия — 131:65, наркология — 79:23, психиатрия — 322:304 койкодням. Только по двум профилям показатели у сельчан оказались выше: онкология — 63:58, венерология — 12:5 койкодням соответственно.

По краевым учреждениям 3-й группы (восстановительное лечение) распределение объемов поликлинической помощи между детским населением города и села в целом составило 65 и 35%. Показатели на 1000 детского населения у сельчан оказались несколько выше, чем у горожан, — 102,7 против 92,6 койкодней. Преобладание отмечено по психиатрии — 12,1:6,2, офтальмологии — 4,5:2,0, аллергологии — 2,5:1,4, педиатрии — 14,9:9,5. Исключение составили два профиля: неврология — 41,8:45,1 и травматология и ортопедия — 18,1:22,1 койкодней на 1000 городского и сельского населения соответственно.

Объемы стационарной помощи детям в краевых учреждениях восстановительного лечения между городом и селом распределились как 77 и 23%. Показатели на 1000 детского населения составили 45 койкодней для горожан и 29 койкодней для сельчан. Преобладание относительных показателей для городских детей отмечено по всем профилям (педиатрия — 18:9, дерматология — 18:9 койкодням), кроме гастроэнтерологического (9:11).

Объемы стационарной помощи, полученной взрослым населением в медучреждениях 3-й группы, распределились между горожанами и сельчанами как 76 и 24%: 87 и 73 койкодней на 1000 населения соответственно. Преобладание горожан по всем профилям (гастроэнтерология, терапия, дерматология) было незначительным — 29 против 24 койкодней.

Весьма эффективной формой реализации принципа доступности является оказание специализированной медицинской помощи в так называемых межрайонных центрах. Их роль выполняют медицинские учреждения городских и крупных сельских муниципальных образований. В них от 5 до 20% от общего объема помощи оказывается пациентам, проживающим на соседних территориях, по онкологии, оториноларингологии, аллергологии, нефрологии, пульмонологии, гематологии, нейрохирургии, травматологии (в условиях стационара и поликлиники).

Особое внимание следует обратить на оказание высокотехнологичной помощи сельским жителям. В 2007 г. ее получили 1083 человека, в том числе 251 сельский житель. В расчете на 1000 населения показатель обеспеченности этой помощью в целом по краю составил 0,53 койкодней, в т.ч. для горожан — 0,55, для сельчан — 0,51 койкодней. Среди получивших высокотехнологичную помощь было 211 детей (в т.ч. 39 из

села), и показатель на 1000 детского населения составил 0,73 койкодней (для села — 0,51, для города — 0,84).

Выводы

1. Почти при одинаковой половозрастной структуре городского и сельского населения Приморского края показатели общей смертности у сельчан выше.

2. Обеспеченность врачами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, сельского населения почти в 3 раза ниже, чем городского, в то время как обеспеченность специалистами участковой службы несколько выше.

3. Обеспеченность койками для первичной медико-санитарной помощи городского населения также значительно выше (в 1,5 раза), чем сельского.

4. Объемы амбулаторно-поликлинической помощи, полученной в 2007 г. населением Приморского края, были у сельчан ниже, чем у горожан при более высоких показателях госпитализации.

5. Показатели объемов специализированной и высокотехнологичной помощи свидетельствуют о значительном снижении ее доступности в Приморском крае для жителей села.

Литература

1. Вардосанидзе С.Л., Попова Е.А. Современная демографическая ситуация в сельских районах Ставропольского края и прогноз ее развития на ближайшие десятилетия // Проблемы управления здравоохранением. 2007. № 2(33). С. 31–35.
2. Каширин А.К. Опыт работы врачей общей практики в сельском районе // Первый Всероссийский съезд врачей общей практики: сб. тезисов и статей. Самара, 2000. С. 165–166.
3. Никифоров С.А., Ползик Е.В. Медицинские округа как способ совершенствования системы управления здравоохранением // Главврач. 2008. № 3. С. 29–32.
4. Чуднов В.П. Ресурсное обеспечение реформирования первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне // Главврач. 2007. № 6. С. 18–31.

Поступила в редакцию 16.10.2008.

TOPICAL PROBLEMS OF FIRST AID MANAGEMENT AND RENDERING FOR RURAL DWELLERS IN PRIMORSKY KRAI

E.B. Krivelevich¹, N.A. Cherpak¹, I.G. Panasenkov², L.S. Pavlova², A.P. Gulevich²

¹ Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), ² Primorsky Regional Medical Information Analytical Centre (9 Lazo St. Vladivostok 690091 Russia)

Summary — The paper analyzes structure and extent of various types of medical aid rendered to rural and urban population in Primorsky Krai. Given the similar sex-age structure, the total mortality rate in the countryside was higher than that of the urban dwellers. Primary health care doctor-population ratio is three times lower in the rural areas than that of the urban one. This notwithstanding, the district doctor-population ratio is somewhat higher. The quantity of beds intended for primary health care to be provided to the urban population is 1.5 times more. The extent of medical aid to rural population is lower than that of the urban one, give the higher hospitalization index. Data about expert and high-technology care are indicative of considerable decrease in its accessibility for rural population of the Primorsky Krai.

Key words: primary health care, doctor-population ratio, hospitalization level.