

УДК 614.2

**АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СЕЛЬСКИХ
МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ANALYSIS OF MEDICAL CARE AT RURAL MUNICIPALITIES
OF ULYANOVSK REGION**

В. Н. Федоров, О. В. Блинкова, В. С. Чепурнова

V. N. Fedorov, O. V. Blinkova, V. S. Chepurnova

*ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный педагогический университет
имени И. Н. Ульянова», г. Ульяновск*

Аннотация. Были проведены расчеты интегрального индекса медицинского обслуживания на основании статистических данных региональных норм потребления услуг. Выделены минимальные и максимальные значения частного индекса обеспеченности больничными учреждениями, врачами, средним медицинским персоналом по муниципальным образованиям Ульяновской области. Представлен кластерный анализ муниципальных образований области с различной медико-демографической ситуацией, описан уровень некоторых показателей обеспеченности медицинской помощью. Обоснованы принципы оптимизации территориальной организации учреждений здравоохранения.

Abstract. The article gives the calculation of integral index of medical care on the basis of regional norms of consumption of services. It reveals the minimum and maximum values of the index of providing hospitals, doctors, nursing staff at municipalities of the Ulyanovsk Region. It also presents the cluster analysis of municipalities with different medical and demographic situation, describes the level of some indices of medical treatment provision. It grounds the principles of optimization of territorial organization of health care institutions.

Ключевые слова: *территориальная организация и структура здравоохранения, эффективность медицинского обслуживания, частный и интегральный индексы обеспеченности, кластерный анализ.*

Keywords: *territorial organization and structure of health care, efficiency of health care, private and integral indices of provision, cluster analysis.*

Актуальность исследуемой проблемы определяется необходимостью разработки новых подходов к размещению учреждений здравоохранения на территории региона, а также регулирования работы всей системы здравоохранения конкретной территории. Территориальная дифференциация системы здравоохранения на уровне муниципальных образований, обусловленная факторами внутренней и внешней среды, создает определенные трудности в организации равного доступа сельских жителей к медицинским услугам.

Материал и методика исследований. Кластерный анализ показателей развития медицинского обслуживания и введение интегрального индекса его оценки позволяют выявить наиболее острые проблемы в пространственной организации услуг и наметить основные направления их оптимизации в условиях сельской местности.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ современного состояния системы здравоохранения Ульяновской области свидетельствует о том, что в территориальной организации предоставляемых медицинских услуг имеется ряд проблем, которые предопределяют необходимость коренных структурно-функциональных преобразований в отрасли. Прежде всего это связано с необходимостью повышения эффективности, качества и доступности медицинской помощи, что в значительной степени определяется человеческим фактором – уровнем квалификации и компетентности врачебных кадров и обслуживающего персонала, степенью социальной защиты инвалидов, многодетных семей, детей и подростков, а также характером деятельности органов социальной опеки и местного самоуправления.

Территориальная дифференциация системы здравоохранения на уровне муниципальных образований, обусловленная факторами внутренней и внешней среды, создает определенные трудности в организации равного доступа сельских жителей к медицинским услугам. В связи с этим появилась необходимость разработки новых подходов к обоснованию пространственной локализации учреждений здравоохранения с учетом региональных социально-экономических, историко-культурных, природных, транспортно-географических и прочих особенностей конкретного муниципального образования, принимая во внимание санитарно- и медико-демографическую ситуацию на данной территории.

В Ульяновской области приоритет при оказании медицинской помощи отдается стационарной и специализированной помощи. Так, по состоянию на 01.01.2012 г. на территории области функционировали 90 учреждений здравоохранения ведомственной принадлежности: 51 больничное учреждение, 21 амбулаторно-поликлиническое учреждение, 5 диспансеров, 5 санаториев, 8 прочих учреждений. В структуре учреждений здравоохранения функционируют 42 офиса врача общей практики, 492 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пункта, 7 центров здоровья, региональный сосудистый центр, 3 первичных сосудистых отделения и 3 травматологических центра третьего уровня [1].

К сожалению, сложившаяся система организации первичной медико-санитарной помощи населению, ориентированная на участковую и специализированную службы, недостаточно эффективна. Функции участкового врача-терапевта, который должен оказывать основной объем первичной медицинской помощи, не позволяют в полном объеме обеспечить оказание непрерывной и всеобъемлющей помощи различным категориям пациентов. Негативно сказывается на результатах оказания медицинской помощи населению нарушение преемственности в ведении больных при переходе пациентов из детских поликлиник во взрослые.

На наш взгляд, важными направлениями дальнейшего поступательного развития системы здравоохранения, в частности при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, являются расширение сети офисов врача общей практики, повсеместная реализация принципов семейной медицины и пр.

В целях выявления степени территориальной дифференциации предоставляемых учреждениями здравоохранения услуг следует использовать расчетные интегральные показатели. При этом становится возможным на практике обосновать региональные нормы потребления медицинских услуг с учетом специфических условий жизни и деятельности сельского населения в границах конкретных муниципальных образований или их групп.

Методика подобного исследования строится на основе расчета частного (отраслевого) или общего (интегрального) индекса медицинской обеспеченности, а также вводимых коэффициентов на те или иные виды услуг с учетом нормативных показателей.

Анализ полученных данных свидетельствует не только о широком диапазоне предоставляемых услуг, но и о значительных их территориальных различиях. Например, частный индекс обеспеченности больничными учреждениями имеет максимальное значение в Ульяновском районе (0,67), минимальное – в Мелекесском (0,31). Проведенная группировка сельских муниципальных образований по данному показателю позволяет выделить три уровня их обеспеченности: низкий, средний, высокий. К низкому уровню относятся Мелекесский, Чердаклинский районы, среднему – Сенгилеевский, Старокулаткинский, Майнский, Кузоватовский, Цильнинский районы, высокому – Новоспасский, Павловский, Ульяновский районы и т. д.

Высокие показатели индекса обеспеченности врачебными кадрами характерны для Базарносызганского, Барышского, Инзенского, Павловского, Ульяновского районов, наиболее низкие – Мелекесского, Цильнинского и Чердаклинского. При этом муниципальные районы, примыкающие к областному центру, как правило, имеют высокие показатели насыщенности врачебным персоналом (0,65), тогда как периферийные территории – минимальное значение (0,24) [1].

Анализ частных и общих индексов развития системы здравоохранения Ульяновской области позволяет провести их кластеризацию как по отраслевому, так и по территориальному принципу. При этом всю совокупность признаков следует разбить на однородные группы, что позволяет выделить определенные типы районов или их группы (кластеры) с учетом медико-биологической ситуации в них.

Следует отметить, что при кластерном анализе имеющееся 21 сельское муниципальное образование Ульяновской области характеризовалось по 7 признакам (из расчета на 10000 чел.). В качестве значимых показателей рассматривались коэффициенты рождаемости (П1), смертности (П2) и заболеваемости населения (П3), обеспеченность больничными (П4), амбулаторно-поликлиническими учреждениями (П5), врачебными кадрами (П6), в т. ч. средним медицинским персоналом (П7). Несомненно, выделенные признаки неоднородны по своей значимости и по «весу». Так, с ростом количественного значения П1, П4, П5, П6, П7 признаков можно констатировать улучшение медико-демографической ситуации в районе.

Методика анализа статистических данных предполагает группировку сельских муниципальных образований с разбивкой совокупности признаков на три кластера. В 1-й кластер были включены сельские территории, имеющие высокие или выше среднего показатели развития здравоохранения и относительно благоприятную демографическую ситуацию (Инзенский, Павловский, Ульяновский, Барышский районы). Муниципальные образования, представленные во 2-м кластере, характеризуются средними показателями заболеваемости (за исключением Карсунского района) и обеспеченности больничными учреждениями и врачебными кадрами (в данную категорию не вошли Майнский и Тереньгульский районы). 3-й кластер с кризисной медико-демографической ситуацией образуют Старокулаткинский (наблюдается самая низкая рождаемость), Радищевский, Мелекесский, Чердаклинский, Цильнинский районы [3].

Представленные результаты исследований определяют необходимость расширения сети учреждений здравоохранения, повышения их мобильности, социальной, эко-

номической и пространственно-временной доступности. Исходя из демографического потенциала сельской местности и характера расселения, следует, на наш взгляд, существенно увеличить количество офисов врачей общей практики. В муниципальных образованиях размещение дополнительных офисов должно происходить не только согласно нормативным показателям, но и с учетом демографической (половозрастной) структуры населения. Так, в Базарносызганском районе необходимо создать 7 дополнительных офисов врачей общей практики, Барышском – 20, Вешкаймском – 9, Инзенском – 23, Карсунском – 17, Кузоватовском – 10, Майнском – 8, Мелекесском – 25, Николаевском – 11, Новомалыклинском – 7, Новоспасском – 18, Павловском – 8, Радищевском – 10, Сенгилеевском – 14, Старокулаткинском – 7, Старомайнском – 10, Сурском – 9, Тереньгульском – 8, Ульяновском – 17, Цильнинском – 11, Чердаклинском – 20 офисов.

При их размещении необходимо использовать принцип социальной доступности, обеспечивающий гарантированную медицинскую помощь сельскому жителю. К тому же следует выделить «зоны», «ареалы» и «коридоры» обслуживания, а также «кустовые» центры, способные предоставить комплекс современного медицинского обслуживания населению близлежащих населенных пунктов. Подобный подход требует развития и расширения сельской инфраструктуры, и в первую очередь транспортно-коммуникационной [2].

Наряду с этим необходимы совершенствование сети стационарных учреждений, разработка модели их рационального размещения (дислокации) и внутриотраслевой специализации, а также установление их оптимальной мощности и структуры на разных уровнях и ступенях территориальной организации: сельский населенный пункт – кустовой центр – районный центр – окружной (межрайонный) центр – областной (республиканский) центр, целевое финансирование и т. д.

Важно уменьшение экономических потерь за счет обеспечения современными технологиями диагностики и лечения в системе неотложной и скорой помощи, введения дополнительного отраслевого и регионального медицинского страхования, а также снижения показателей временной нетрудоспособности, дефицита врачебных кадров, общей (до индекса 14,0 ед.) и младенческой смертности, повышения рождаемости (до индекса 11,0 ед.) и т. д.

Резюме. В границах сельских муниципальных образований наиболее репрезентативным является кластерный анализ показателей развития медицинского обслуживания и введение интегрального индекса его оценки. Это позволяет выявить наиболее острые проблемы в территориальной организации услуг, в т. ч. платных, и наметить основные направления их оптимизации в условиях сельского социума.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Здравоохранение в Ульяновской области. Статистический сборник.* – Ульяновск : Территориальный орган федеральной службы государственной статистики по Ульяновской области, 2012. – 101 с.
2. *Меркушева, Л. А. География сферы обслуживания (теория и методология) / Л. А. Меркушева.* – Красноярск : Издательство Красноярского университета, 1989. – 184 с.
3. *Социально-экономическое положение муниципальных образований Ульяновской области.* – Ульяновск : Территориальный орган федеральной службы государственной статистики по Ульяновской области, 2012. – 321 с.