

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ

Богданова Т.Г.¹, Герасимова Л.И.¹

¹Государственное автономное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, Чебоксары, e-mail: boss@med.cap.ru

В результате картографического анализа общей смертности населения и распространенности заболеваний за 2006-2016 гг. выявлен значительный разброс показателей в муниципальных районах Чувашской Республики (ЧР), имеющих как различные, так и одинаковые эколого-биогеохимические условия проживания. Согласно разработанной с участием авторов методике проведена оценка результативности деятельности медицинских организаций (МО), оказывающих первичную и первичную специализированную медико-санитарную помощь в административно-территориальном разрезе. Рассчитано соотношение усредненных за 2006-2016 гг. показателей общей смертности и распространенности заболеваний в муниципальных районах и городах ЧР, что позволило оценить уровень оказания амбулаторно-поликлинической помощи по административно-территориальным образованиям ЧР. При сравнении численных показателей распространенности заболеваний и смертности населения определенных муниципальных образований в ЧР зарегистрирована диспропорция между указанными статистическими показателями. Особенно важным представляется анализ работы амбулаторно-поликлинического звена тех МО, где низкие показатели распространенности заболеваний сочетаются с высокими показателями смертности. Результаты исследования могут быть использованы при разработке конкретных программ развития здравоохранения муниципального образования с учетом особенностей оказания медицинской помощи на определенной территории в целях снижения уровня общей смертности населения и внедрения механизмов мониторинга реализации региональной демографической политики.

Ключевые слова: показатель общей смертности, распространенность заболеваний, программы развития здравоохранения, региональная демографическая политика.

ASSESSMENT OF PERFORMANCE OF THE OUTPATIENT SERVICE WITHIN IMPLEMENTATION OF THE REGIONAL DEMOGRAPHIC POLICY

Bogdanova T.G.¹, Gerasimova L.I.¹

¹State Autonomous Institution of Supplementary Vocational Education of the Chuvash Republic "The Postgraduate Doctors' Training Institute" of Health Care Ministry of the Chuvash Republic, Cheboksary, e-mail: boss@med.cap.ru

As a result of cartographic analysis of the overall mortality of the population and the prevalence of diseases in 2006-2016, it has been detected a significant dispersion of indicators in the municipal areas of the Chuvash Republic (ChR), with different as well as identical ecological and biogeochemical living conditions. According to the methodology developed with the participation of the authors, it has been evaluated performance of medical organizations (MOs) providing primary and primary specialized medical care in the administrative and territorial context. It has been calculated the ratio of the total mortality and disease prevalence in 2006-2016 in the municipal districts and cities of the ChR, that allowed to estimate the level of outpatients' care in the administrative-territorial units of the ChR. When comparing the numerical indicators of diseases prevalence and mortality of the population of certain municipal units in the ChR, a disproportion between these statistical indicators has been recorded. It is essential to analyze the outpatients' service work of those MOs where low diseases prevalence rates are combined with high mortality rates. The results of the study may be used in the development of specific programs for public health care development in a municipal unit, taking into account the peculiarities of providing medical care in a certain area in order to reduce the overall mortality rate of the population and to introduce measures for implementing regional demographic policy.

Keywords: total mortality rate, disease prevalence, specific programs for public health care development in a municipal unit, regional demographic policy.

Здоровье населения и его уровень формируются в результате воздействия определенных социальных детерминант, а также представляют собой интегральный показатель эффективности реализации государственной демографической политики [1].

Несмотря на достигнутую позитивную динамику ряда медико-демографических показателей в Российской Федерации (РФ) в последнее десятилетие, смертность населения от предотвратимых причин в РФ почти в 2 раза выше, чем в странах Евросоюза в среднем, а ожидаемая продолжительность жизни на 8 лет ниже [2].

В 2014 г. утверждена новая редакция Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» (Программа) (Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294), главной целью которой является обеспечение доступности качественной медицинской помощи на основе повышения эффективности ее оказания с учетом потребностей населения (в зависимости от уровня заболеваемости и смертности и их основных причин), с использованием современных достижений медицинской науки [3]. В качестве результатов реализации Программы установлены значения целевых индикаторов и показателей (всего с учетом подпрограмм – 101 показатель) на период до 2020 г. В паспорте Программы определены значения 16 базовых показателей (индикаторов) по каждому субъекту РФ.

Субъектами РФ региональные государственные программы развития здравоохранения разработаны на основе основных направлений, сформулированных в Программе, с учетом региональной специфики размещения МО, дорожной сети, а также уровня и причин заболеваемости и смертности населения.

Во исполнение указанной федеральной Программы в ЧР также утверждены государственная программа ЧР «Развитие здравоохранения» и региональные планы по снижению смертности от ведущих причин [4].

Значительная часть показателей, предусмотренных программными документами ЧР, прямо или косвенно связана с деятельностью МО, и достижение запланированных показателей здоровья реально зависит от эффективности работы лечебно-профилактических учреждений («Охват диспансеризацией взрослого населения», «Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II стадиях», «Смертность от ишемической болезни сердца», «Охват неонатальным скринингом» и многие другие) [5].

Принимая во внимание наличие других факторов, влияющих на значения вышеуказанных показателей, в т.ч. ответственность человека за свое здоровье, для выбора релевантных критериев оценки эффективности системы здравоохранения и отдельных МО актуально определение измеряемой достоверной связи между результатами деятельности МО и изменениями в состоянии здоровья населения [6; 7].

Для оценки эффективности реализации мероприятий государственной программы развития здравоохранения в субъекте целесообразно проведение регионального анализа соотношения показателей заболеваемости и смертности населения с учетом особенностей социально-экономического развития и уровня здоровья населения муниципальных

образований и субъектов РФ с использованием региональных информационно-аналитических систем здравоохранения [7; 8].

Цель исследования: экспертная оценка результативности оказания амбулаторно-поликлинического наблюдения в ЧР в разрезе муниципальных образований.

Материалы и методы исследования. Использованы отчетные формы федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья: № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2006-2016 гг., а также данные демографических ежегодников, опубликованных Территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по ЧР за соответствующие годы.

Для оценки результативности работы амбулаторно-поликлинического звена определены наличие и показатель тесноты связи между показателями общей смертности и распространенности заболеваний, а также численностью населения 65 лет и старше по разработанным нами методикам [9; 10].

Согласно проведенному анализу, связь между показателями смертности и распространенности заболеваний умеренная и обратная $r_{xy}=-0,34302$; между показателями смертности и численностью населения 65 лет и старше высокая и прямая $r_{xy}=0,711686$, связь между показателями распространенности заболеваний и численностью населения 65 лет и старше умеренная и обратная $r_{xy}=-0,35479$.

Далее нами рассчитан коэффициент соотношения усредненных показателей распространенности заболеваний и общей смертности (коэффициент $K_{зс}$), определение которого позволило выделить районы, где зарегистрированы максимальные (муниципальные образования с относительно высокими показателями распространенности заболеваний и низкими показателями общей смертности) и минимальные значения $K_{зс}$ (муниципальные образования с относительно низкими показателями распространенности заболеваний и высокими показателями общей смертности - выше среднереспубликанского показателя смертности и меньше показателя распространенности заболеваний в среднем по республике).

Для распределения муниципальных образований в зависимости от величины $K_{зс}$ и среднего по республике значения $K_{зс}$ определены интервалы названного коэффициента для групп со сверхвысокими, высокими, средними, низкими, сверхнизкими показателями $K_{зс}$. Для этого рассчитана $\Delta = \frac{k_{\max} - k_{\min}}{4}$, делитель 4 применен для удобства обработки данных [11], где k_{\max} – максимальный показатель коэффициента $K_{зс}$ по административным территориям ЧР, k_{\min} - минимальный показатель коэффициента $K_{зс}$ по административным территориям ЧР.

При этом нами определено, что:

группа сверхвысоких $K_{з/с}$ – в случае если коэффициент выше среднереспубликанского;

группа высоких показателей: $K_{з/с}-\Delta$;

группа средних показателей: $K_{з/с}-2\Delta$;

группа низких показателей: $K_{з/с}-3\Delta$;

группа сверхнизких показателей: $K_{з/с}-4\Delta$.

Принимая во внимание, что потребность в медицинской помощи зависит от возрастной структуры прикрепленного населения, а также учитывая результаты корреляционного анализа, к коэффициенту $K_{з/с}$ применен $K_{возраст}$ (отношение численности населения старше 65 лет к общей численности муниципального образования по итогам 2016 г.).

Таким образом, получен индекс результативности деятельности амбулаторно-поликлинической службы в разрезе муниципальных образований - $K_{анализ}$. Для группировки административных территорий ЧР определены интервалы показателя $K_{анализ}$ по описанной выше методике.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате позитивной динамики основных демографических процессов в 2006-2016 гг. показатель ожидаемой продолжительности жизни населения в ЧР увеличился до 71,52 года. Коэффициент рождаемости составил 13,2 родившихся на 1 тыс. населения (РФ – 12,9, ПФО – 12,9), показатель общей смертности - 13,2 ‰, что выше среднего уровня по РФ и ниже - ПФО (12,9 и 13,6 ‰, соответственно) (рис. 1). Естественный прирост населения в 2016 г. составил 0,05 (в РФ – минус 0,01, в ПФО – минус 0,7 на 1000 населения) (рис. 1).

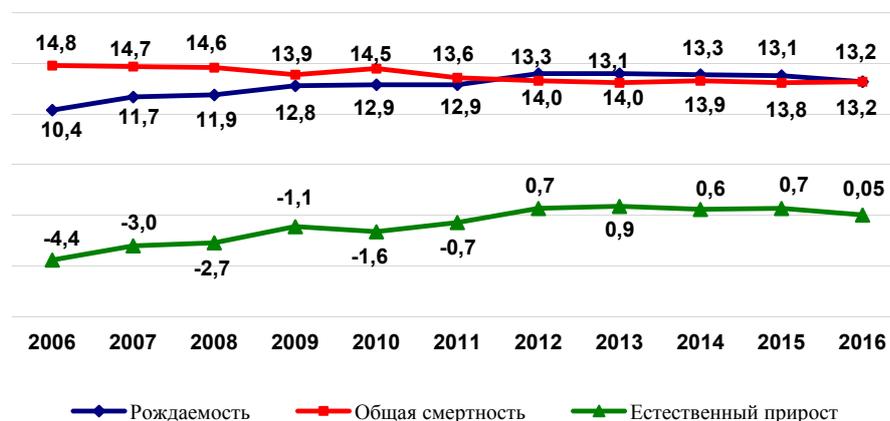


Рис. 1. Коэффициенты естественного движения населения ЧР (на 1000 населения)

На 4,2% увеличился по сравнению с 2006 г. показатель распространенности заболеваний и составил 2158,7 на 1000 населения (рис. 2). Аналогичный среднероссийский показатель по итогам 2015 г. – 1602,1, средний по ПФО – 1812,6 на 1000 населения

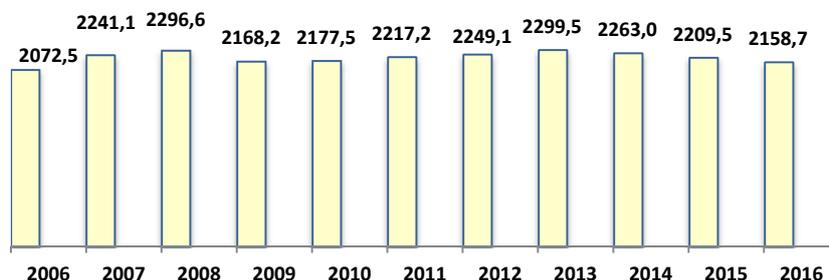


Рис. 2. Распространенность заболеваний в ЧР (на 1000 населения)

В структуре основных причин смертности жителей ЧР в 2016 г. - болезни системы кровообращения (35,0% всех умерших), внешние причины смерти (13,5%), новообразования (12,6%), болезни органов пищеварения (6,4%) и дыхания (5,3%) (рис. 3).

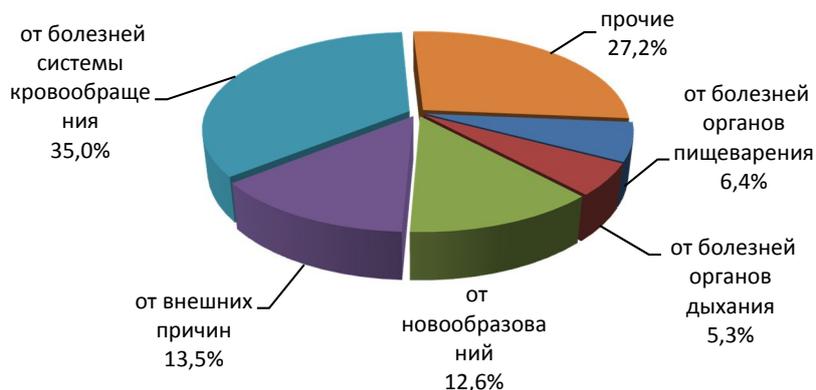


Рис. 3. Структура общей смертности в Чувашской Республике (2016 г.)

Результаты картографического анализа показателей общей смертности, рассчитанные по разработанной с нашим участием методике [10], представлены на рис. 4. При этом нами выявлен ряд особенностей распределения усредненных за период 2006-2016 гг. показателей общей смертности в муниципальных образованиях ЧР. Южные районы Чувашии, для которых характерны, согласно исследованиям Толмачевой Н.В. с соавторами [12], приблизительно одинаковые эколого-биогеохимические условия проживания (Батыревский, Ибресинский, Комсомольский, Яльчикский, Алатырский и Порецкий районы), отличаются уровнем среднего за исследуемый период показателя общей смертности: в Батыревском, Ибресинском, Комсомольском и Яльчикском районах - сверхнизкий и средний уровни смертности населения в

сравнении со среднереспубликанским показателем; в Поречском, Алатырском и Шемуршинском районах – сверхвысокие и высокие (рис. 4).

Кроме того, среднегодовые показатели общей смертности в северных районах ЧР другой эколого-биогеохимической зоны (Чебоксарский с одной стороны и Ядринский, Марпосадский - с другой) также имели полярные показатели общей смертности (рис. 4).

Таким образом, при анализе показателей смертности следует учитывать комплекс медико-социальных и медико-организационных факторов риска, которые зависят от конкретного муниципального образования, в том числе особенностей кадрового, ресурсного обеспечения здравоохранения и системы предоставления медицинской помощи.

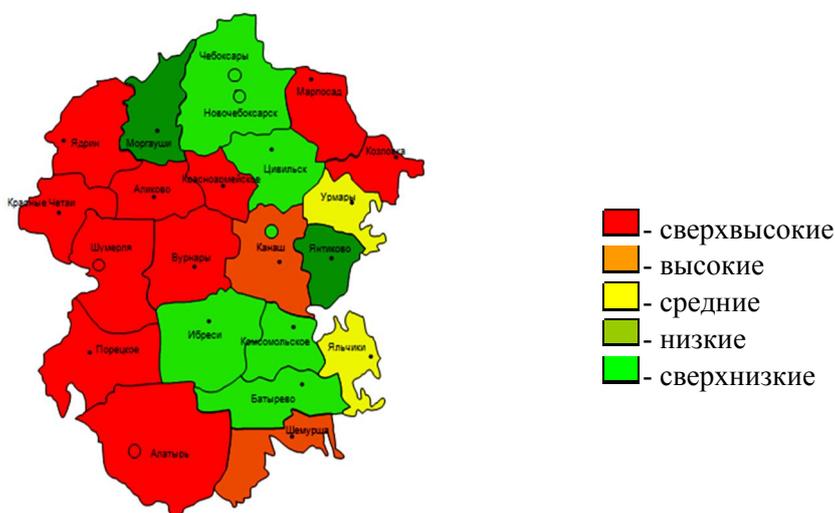


Рис. 4. Показатели общей смертности населения в разрезе муниципальных образований ЧР за 2006-2016 гг. (на 1000 населения)

На рис. 5 представлены средние за исследуемый период уровни показателей распространенности заболеваний в ЧР по административно-территориальным районам. При этом сверхвысокий уровень показателя зарегистрирован в гг. Чебоксары, Новочебоксарск, Ядринском, Ибресинском и Яльчикском районах, высокий уровень – в г. Канаш, Шумерлинском, Аликковском, Янтиковском и Алатырском районах, для остальной части территории республики характерны средние и низкие показатели (рис. 5).

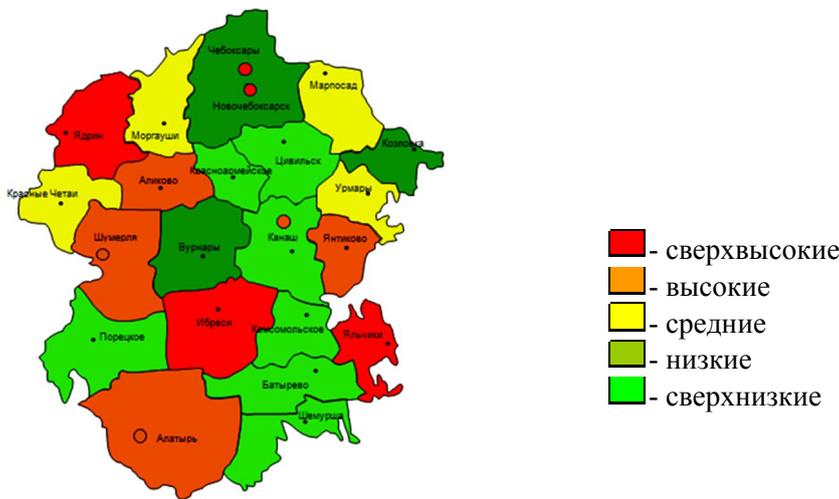


Рис. 5. Распространенность заболеваний среди населения в разрезе муниципальных образований ЧР за 2006-2016 гг. (на 1000 населения)

Результативность оказания медицинской помощи в муниципальных районах и городах ЧР оценивалась по разработанной нами методике на основе сравнения картографических особенностей распределения показателей распространенности заболеваний и смертности [10].

При оценке численных показателей распространенности заболеваний и смертности в республике зарегистрированы значимые различия между названными показателями в отдельных муниципальных районах и городах.

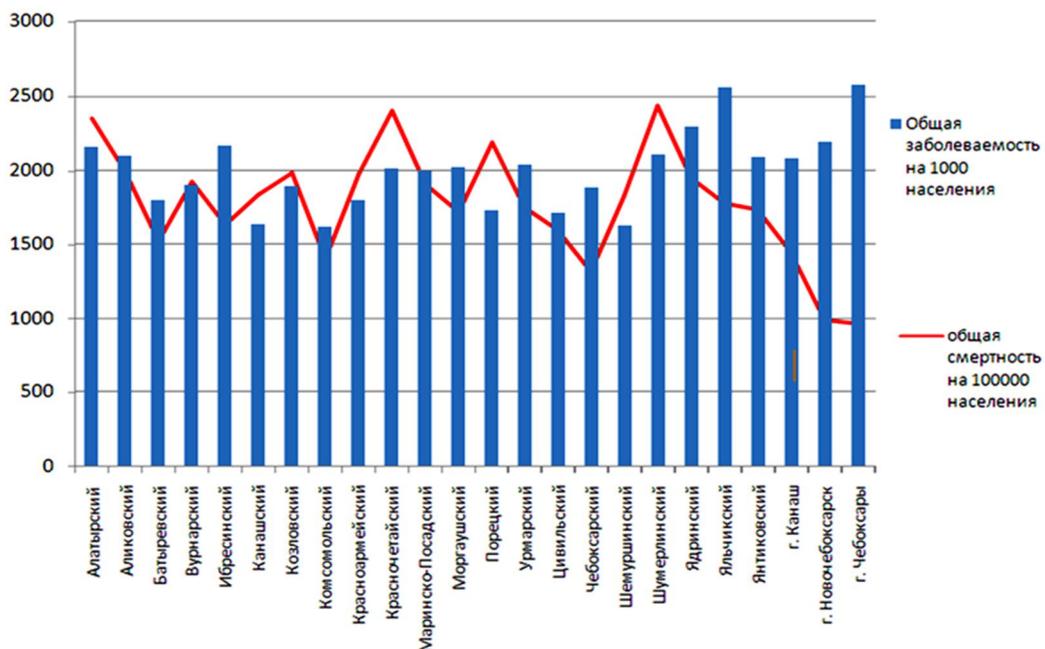


Рис. 6. Динамика распространенности заболеваний и общей смертности в разрезе муниципальных образований ЧР за 2006-2016 гг.

На рис. 6 представлено, что в некоторых районах Чувашии относительно низкий уровень смертности сопровождается относительно высоким уровнем заболеваемости и, наоборот, низкий уровень распространенности заболеваний сочетается с высоким уровнем смертности.

Нами рассчитано соотношение показателей общей смертности и распространенности заболеваний (коэффициент $K_{зс}$) по всем муниципальным образованиям ЧР (рис. 7). При этом низкие показатели распространенности заболеваний и высокие уровни смертности свидетельствуют о недостаточной эффективности работы первичного звена МО по выявлению заболеваний среди населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи по территориальному принципу как в части профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения, так и в части диспансерного наблюдения за группой пациентов с хроническими заболеваниями.

В гг. Чебоксары, Новочебоксарск, Канаш, а также в Чебоксарском, Яльчикском, Ибресинском и Янтиковском районах сформировалась наиболее благоприятная ситуация по соотношению показателей ($K_{зс}$). В противоположной ситуации - Поречкий, Красночетайский, Шумерлинский, Шемуршинский и Канашский районы с явно высокими показателями общей смертности и низкими показателями выявляемости заболеваний, что свидетельствует о низкой результативности работы амбулаторно-поликлинического звена на этих территориях и о необходимости дифференцированного подхода к принятию соответствующих управленческих решений в каждом муниципальном образовании.

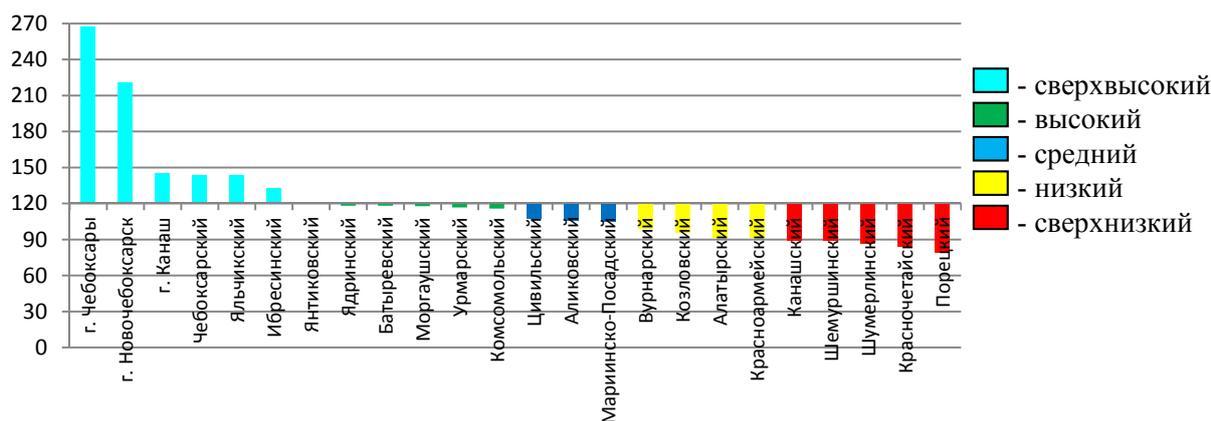


Рис. 7. $K_{зс}$ в разрезе муниципальных образований ЧР (2006-2016 гг.)

Таким образом, рассчитанный нами $K_{зс}$ на территории ЧР позволил выявить муниципальные образования, в которых соотношение уровень распространенности

заболеваний/уровень общей смертности выше среднереспубликанского за исследуемый период - Порецкий, Шумерлинский, Канашский, Шемуршинский и Красночетайский районы.

В 2016 г. 23,9% населения республики составляли лица старше трудоспособного возраста, при этом удельный вес данной возрастной группы увеличился с 2006 г. на 4,3 процентных пункта. Для муниципальных образований ЧР характерна различная возрастная структура населения, поэтому введен дополнительный поправочный коэффициент, учитывающий динамику удельного веса населения старше трудоспособного возраста в муниципальных образованиях ЧР $K_{\text{возраст}}$. Для расчета названного коэффициента определено соотношение общей численности населения и численности населения старше 65 лет.

С использованием $K_{\text{возраст}}$ рассчитан аналитический индекс результативности деятельности МО в разрезе муниципальных образований ЧР ($K_{\text{анализ}}$), проведена группировка по уровням результативности (рис. 8).

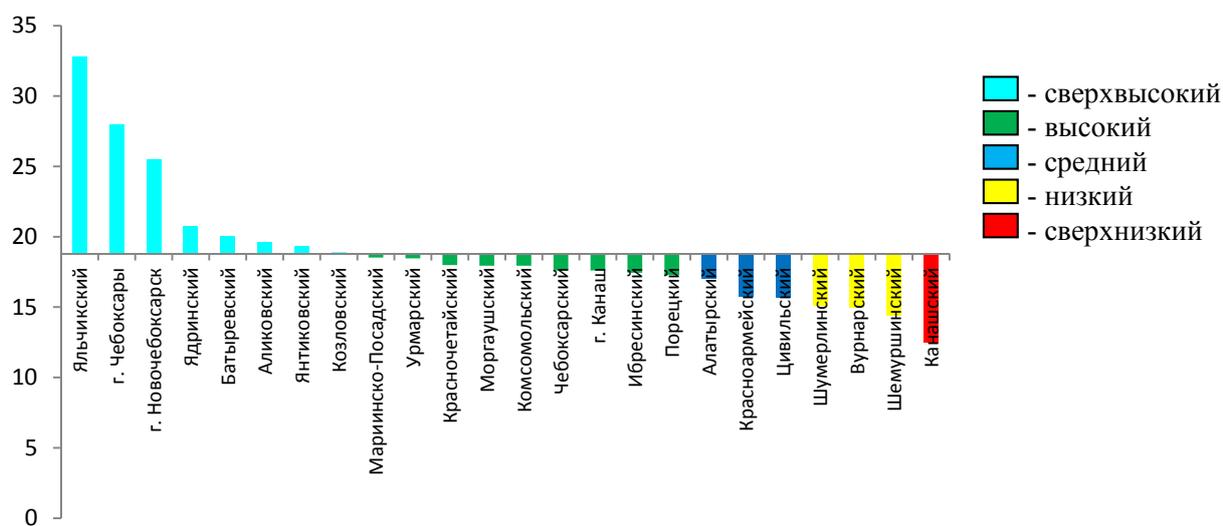


Рис. 8. Индексы результативности деятельности МО в разрезе муниципальных образований ЧР (2006-2016 гг.) с поправкой на возраст (удельный вес лиц старше 65 лет)

Заключение. Значительная часть показателей результативности, предусмотренных программами демографического развития и развития здравоохранения субъектов РФ, прямо или косвенно связана с деятельностью МО, и достижение запланированных показателей здоровья реально зависит от эффективности работы учреждений здравоохранения. Одной из задач формирования объективных оценок деятельности МО и прогнозирования значений показателей в сфере здравоохранения является создание инструментов, позволяющих определить и измерить уровень влияния каждой отдельно взятой МО на показатели здоровья.

Расчет индекса результативности деятельности амбулаторно-поликлинической службы в разрезе муниципальных образований, основанный на анализе соотношения показателей общей смертности и распространенности заболеваний, позволяет выделить административные территории в регионе, где необходимо комплексно оценить качество предоставляемой медицинской помощи и разработать конкретный план достижения показателей здоровья, обозначенных в качестве индикаторов реализации государственной программы «Развитие здравоохранения», региональных и муниципальных планов по снижению смертности от ведущих причин в рамках стратегии демографического развития субъекта.

Управление показателями здоровья через совершенствование работы МО дает возможность своевременно и в достаточном объеме изыскивать ресурсы (материально-технические, кадровые и финансовые) на направления, которые способствуют достижению максимальной эффективности деятельности МО. Обеспечение учреждений здравоохранения обоснованными научно-методическими рекомендациями по применению инструментов измерения эффективности и результативности деятельности МО способствует созданию условий, мотивирующих к достижению целевых (ожидаемых) результатов, выраженных в показателях здоровья населения.

Список литературы

1. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. – URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1 (дата обращения: 02.08.2017).
2. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 28-29.
3. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294. – URL: <http://base.garant.ru/70643470/> (дата обращения: 29.04.2017).
4. О государственной программе Чувашской Республики «Развитие здравоохранения»: Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 16 мая 2013 года № 185 (с изм. на 26.04.2017). – URL: <http://docs.cntd.ru/document/460270127> (дата обращения: 29.04.2017).
5. Сайтгареева А.А. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных нормативных правовых актах / А.А. Сайтгареева, С.С. Бударин, О.А. Волкова. – URL: <http://www.remedium.ru/health/detail.php?ID=70748> (дата обращения: 02.08.2017).

6. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» / С.В. Шишкин [и др.]. – М., 2016. – URL: <https://www.hse.ru/data/2016/06/21/1116116168/Здравоохранение.pdf> (дата обращения: 29.04.2017).
7. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи: монография / М.И. Гадаборшев, М.М. Левкевич, Н.В. Рудлицкая. - М.: НИЦ Инфра-М, 2013.
8. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 28-29.
9. Gerasimova L. Medical and Social Efficiency of Outpatient Service at the Regional Level / L. Gerasimova, A. Ivanov // Public Health Research. – 2014. - № 4 (4). – P. 129-135.
10. Удостоверение № 31 от 19.08.2011 на рационализат. предложение. Способ анализа эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на региональном уровне / Л.И. Герасимова, Т.Г. Денисова, Т.Г. Богданова и др. – Чебоксары: ГОУ «Ин-т усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития Чувашии.
11. Топ-менеджер / под ред. В.Л. Уланова. – 2-е изд. – М., 2007. – 163 с.
12. Толмачева Н.В., Сусликов В.Л., Маслова Ж.В., Анисимова А.С. Научно обоснованный подход в нормировании микроэлементов как необходимый этап в профилактике хронических неинфекционных заболеваний // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-9. – С. 1937-1943.