

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК614.2:352(045)

Оригинальная статья

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Н.Г. Коршевер – ГОУ ВПО Саратовский ВМеди МО РФ, профессор кафедры организации и тактики медицинской службы, профессор, доктор медицинских наук; **А.П. Гречишников** – председатель комитета по здравоохранению Нефтеюганского района Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

COMPARATIVE ANALYSIS OF MEDICAL SERVICE OF RURAL AND URBAN POPULATION

N.G. Korshever – Ministry of Defense of the RF, Saratov Military Medical Institute, Department of Medical Service Organization and Tactics, Professor, Doctor of Medical Science; **A.P. Grechishnikov** – Khanty-Mansiysk Autonomous Area – Yugra, Head of Health Service Committee of Nefteyugansk region.

Дата поступления — 26.01.10 г.

Дата принятия в печать — 15.02.10 г.

Н.Г. Коршевер, А.П. Гречишников. Сравнительный анализ медицинского обслуживания сельского и городского населения. Саратовский научно-медицинский журнал, год, том 6, № 1, с. 53–55.

По данным анонимного анкетирования 93 врачей проведён сравнительный анализ ряда характеристик медицинского обслуживания сельского и городского населения, результаты которого могут быть использованы при обосновании направлений соответствующей оптимизации.

Ключевые слова: медицинское обслуживание, сельское население, городское население.

N.G. Korshever, A.P. Grechishnikov. Comparative survey of rural and urban medical service. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 200, vol. 6, № 1, p. 53–55.

The article presents anonymous questionnaire data. It points out that the results of comparative analysis of some medical service parameters of rural and urban population have been based on anonymous questionnaire of 93 physicians. Revealed information can be useful in substantiation of proper optimization directions.

Key-words: medical service, rural population, urban population.

Введение. В Российской Федерации имеются группы населения, которые по объективным причинам не могут пока характеризоваться как равные в вопросах охраны здоровья. К одной из этих категорий жителей страны относится сельское население. Работ, посвящённых исследованию организации медицинской помощи сельским жителям, достаточно много. Однако сравнительному анализу медицинского обслуживания сельского и городского населения должного внимания не уделялось, за исключением определения различий в структурно-функциональной организации систем здравоохранения, в частности, наличии в сельской местности центральных районных (ЦРБ) и участковых больниц, врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов.

Многие аспекты реформирования сельского здравоохранения в прямой постановке вопроса связываются со стремлением повысить его эффективность до городского уровня [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Представляется плодотворным рассмотреть различные варианты медицинского обслуживания населения сельского муниципального района, в частности, возможность включения в данную систему городских лечебно-профилактических учреждений.

Недостаточно публикаций в которых исследуются медицинские работники в процессе своей профессиональной деятельности, в том числе при медицинском обслуживании сельских и городских жителей [7, 8, 9, 10].

Цель работы заключается в проведении сравнительного анализа ряда характеристик медицинского обслуживания сельского и городского населения.

Методы. Исследование проводилось по результатам анонимного анкетирования 93 врачей Нефтеюганского района Ханты-Мансийского автономного округа

– Югры. Все респонденты имели опыт медицинского обслуживания и сельского, и городского населения. Статистическая обработка полученных материалов исследования осуществлялась с помощью ПЭВМ (пакет прикладных программ «Statistica 6,0») методами вариационной статистики с вычислением параметрических и непараметрических критериев различия.

Результаты. Анкетированными была дана характеристика доступности медицинской помощи для сельских жителей по сравнению с городскими. Оказалось, что по таким параметрам как выбор стационара для планового лечения по желанию пациента, территориальная, транспортная доступность учреждения, доступность восстановительного лечения (массажа, ЛФК, других видов физиотерапевтического лечения) медицинская помощь для жителей сельских поселений значимо менее доступна, чем для городских ($p \leq 0,05$). В то же время, по возможности получить направление в специализированные (регионального уровня) или высокотехнологичные (федерального или межрегионального уровня) учреждения, а также необходимости оплаты лекарственных препаратов, дополнительных обследований, видов лечения, операций различий отмечено не было ($p > 0,05$).

Представляло интерес проанализировать, как реализуется в сельской местности и городе институт врача общей (семейной) практики (ВОП). Все опрошенные считали, что с учётом положительного эффекта реализации службы ВОП её необходимо внедрять. По их мнению это более целесообразно в сельских поселениях, чем в городе – 81,8% ответов против 9,1% (9,1% – различий нет).

Практика свидетельствует, что в ряде случаев система медицинского обслуживания сельского населения включает и городские лечебно-профилактические учреждения. Так, часть жителей Нефтеюганского района желает получать и получает стационарное лечение не в ЦРБ городского посёлка Пойковский, а в городской

Ответственный автор – Натан Григорьевич Коршевер
ГОУ ВПО Саратовский ВМеди МО РФ,
кафедра организации и тактики медицинской службы
E-mail: Korshever@bk.ru

больнице Нефтеюганска. По мнению анкетированных, основной причиной такого положения является то обстоятельство, что для жителей ряда сельских поселений до г. Нефтеюганска ближе (100% ответов).

Целенаправленная сравнительная оценка условий пребывания пациентов в ЦРБ городского поселения Пойковский и городской больнице города Нефтеюганска показала, что по 8 из 18 рассматриваемых параметров условия пребывания пациентов в ЦРБ статистически достоверно ($p < 0,05$) лучше, чем в городской больнице (площадь и загруженность палат койками; условия ожидания очереди на прием, процедуру; санитарно-гигиенические условия, в частности, чистота, обеспеченность коммунальными услугами, исправность сантехники; наличие, достаточность средств ухода за больными; обеспеченность бельем, его качество; обеспечение лекарствами высокой эффективности; достаточность, качество питания). По 9-и параметрам условия не различались ($p > 0,05$) и только по одному они были значимо ($p < 0,01$) лучше в городской больнице (предоставление палат повышенной комфортности на платной основе). Можно также отметить, что за исключением одного условия (наличие номеров гостиничного типа для пациентов из отдаленных мест), которое было оценено в обоих лечебных учреждениях на «неудовлетворительно», все остальные были признаны хорошими или удовлетворительными. При этом 11 условий в ЦРБ и только 4 в городской больнице были оценены на четыре балла и выше.

Оценивалась и организация работы данных учреждений. При этом по 7 (из 30) параметрам организация работы ЦРБ была оценена достоверно выше (порядок госпитализации, интенсивность лечения, достаточность сроков госпитализации, организация ухода за тяжелобольными, реагирование администрации учреждения на обращения и жалобы пациентов, работа младшего медицинского персонала и организация обеспечения лекарствами, изделиями медицинского назначения). Также по семи, но другим параметрам (направление на дополнительные диагностические обследования, возможность получения консультаций профильных специалистов, организация осмотра палатным врачом, техническая оснащенность учреждения, укомплектованность врачами, диапазон предоставляемых услуг и соответствие диагностики современному технологическому

уровню) предпочтение было отдано городской больнице ($p < 0,05$). Характеристика ещё 15 параметров не различалась ($p > 0,05$). Обращает на себя внимание тот факт, что в ЦРБ 16 параметров организации работы были оценены на 4-е балла и выше. В городской больнице таких параметров было 17.

При уточнении вопроса об интегральном уровне квалификации медицинского персонала (врачи, средний, младший) в ЦРБ и городской больнице оказалось, что, по мнению 72,8% опрошенных, он не различался в поликлинике и 81,9% – в стационаре. Только по 9,1% респондентов отдали предпочтение поликлинике и стационару ЦРБ, а 18,2 и 9,1% соответственно – городским ЛПУ.

Респондентам было предложено дать сравнительную оценку трём возможным системам медицинского обслуживания сельского населения Нефтеюганского района. Они отличаются только средними этапами этого процесса, то есть в каждой одинаковы начальные этапы: ФАП – участковая больница (врачебная амбулатория) и конечные – Сургут, Ханты-Мансийск. В первой из предлагаемых для оценки систем все нуждающиеся в дальнейшей (после начальных этапов) медицинской помощи сельские жители направляются только в ЦРБ г. Пойковский (условно её назвали «ЦРБ»), в рамках второй системы («Город») – только в лечебные учреждения г. Нефтеюганска. Наконец, третья система («Комбинированная») характеризуется тем, что основная часть нуждающихся в медицинской помощи сельских жителей обслуживается в ЦРБ и только часть пациентов (из близлежащих сельских поселений) обеспечивается в г. Нефтеюганске.

Анкетированные оценили четырнадцать критериев каждой из перечисленных систем (табл.).

Из данных, представленных в таблице, видно, что наиболее предпочтительным вариантом является «Комбинированный» (345 ранговых баллов против 300 у «ЦРБ» и 195 «Город»), наименее – «Город». При этом статистически достоверно выше ($p < 0,05$) были оценены 7 критериев у варианта «Комбинированный» (из 14) по сравнению с вариантом «ЦРБ» и 12 по сравнению с «Городом» (6 и 1 наоборот ниже соответственно). У варианта «ЦРБ» значимо более высоко ($p \leq 0,05$), по сравнению с вариантом «Город», были оценены 8 критериев (3 наоборот). Можно также отметить, что, если у варианта

Таблица

Сравнительная оценка возможных вариантов медицинского обслуживания жителей Нефтеюганского района*

Критерии	«ЦРБ»	«Город»	«Комбинированный»
Время доставки больного в ЛПУ	3,5/15	3,5/15	4,4/30
Эффективность управления	4,3/30	3,6/10	4,0/20
Удобство для больных и родственников	3,4/20	3,2/10	4,2/30
Эффективность методической помощи сельским ЛПУ	4,5/25	3,0/10	4,5/25
Эффективность амбулаторного лечения, в т.ч. возможность оказания медицинской помощи при всех заболеваниях	4,1/20	3,8/10	4,4/30
Эффективность стационарного лечения, в т.ч. возможность оказания медицинской помощи при всех заболеваниях	3,9/10	4,2/20	4,4/30
Стоимость лечения (чем меньше, тем оценка выше)	4,5/30	3,3/10	4,1/20
Эффективность использования медицинского оборудования	3,8/10	4,1/20	4,5/30
Повышение квалификации сельских медицинских работников	4,7/30	3,2/10	4,1/20
Эффективность оказания неотложной помощи	3,7/10	3,9/20	4,5/30
Возможности диагностики	3,8/10	4,7/30	4,4/20
Диспансеризация сельского населения	4,7/30	2,9/10	4,3/20
Эффективность анализа результатов врачебной экспертизы	4,5/30	3,0/10	3,8/20
Профилактика дефектов в оказании медицинской помощи и лечения	4,5/30	3,5/10	4,2/20

Примечание: * числитель – оценка по привычной 5-балльной шкале; знаменатель – первое ранговое место – 30 баллов, второе – 20, третье – 10.

«Комбинированный» 13 из 14 оцениваемых критериев получили ≥ 4 баллов, то «ЦРБ» – 8, «Город» – 3.

Результаты исследования показали, что значимость критериев оценки качества оказания первичной медико-санитарной помощи в сельской местности и городе не различается. При этом можно отметить, что наиболее значимыми критериями, по мнению опрошенных, являются («имеют определяющее значение») уровень подготовки специалиста и соответствие оказанной медицинской помощи ожиданиям пациента.

В ходе выполнения работы был проведён анализ динамики теоретических знаний, практических навыков, способности к прогнозированию (предвидению логики событий) врачебного состава. Оценивались следующие периоды профессиональной деятельности: начало; три месяца; полгода; девять месяцев; один, два, три, четыре года; пять, 6-10 и больше десяти лет. Установлено, что как по динамике, так и по уровню данных характеристик на всех оцениваемых этапах профессиональной деятельности, по мнению анкетированных, различий между оцениваемыми категориями врачебного состава (работающие в селе и городе) не было ($p > 0,05$). При этом в начале профессиональной деятельности уровень теоретических знаний был только удовлетворительным. Через шесть месяцев наблюдалось статистически достоверное его повышение до 3,5 баллов ($p < 0,01$). Ещё через полгода данный показатель также значимо возрос до уровня «хорошо». Существенный рост продолжался и в последующие годы врачебной деятельности – от одного года до двух лет, от двух до пяти лет ($p < 0,05$).

Уровень практических навыков, претерпевая по направленности аналогичную динамику, отставал от уровня теоретических знаний (оценка «хорошо» не к концу первого года профессиональной деятельности, а к концу второго). При этом его статистически достоверное повышение отмечалось не через полгода от начала врачебной деятельности, а через девять месяцев ($p < 0,05$). Можно также отметить, что в течение первых двух лет врачебной деятельности уровень практических навыков был значимо ниже уровня теоретических знаний ($p < 0,05$).

Оценка респондентами уровня способности к прогнозированию в области медицинского обслуживания населения в течение первого года профессиональной деятельности была статистически достоверно ниже как уровня их теоретических знаний, так и практических навыков, а на протяжении второго года – ниже уровня теоретических знаний ($p < 0,05$). При общей положительной динамике этот показатель достигал уровня «хорошо» также на год позже уровня теоретических знаний.

Представляло интерес провести сравнительную оценку соотношения видов нагрузки, которые испытывает врач в течение первых двух лет медицинского обслуживания сельского и городского населения. Оказалось, что для обеих оцениваемых категорий врачебного состава в первые 1,5 года профессиональной деятельности преобладала интеллектуальная нагрузка. Вместе с тем у врачей, осуществляющих медицинское обслуживание городского населения, этот вид нагрузки доминировал и в конце 2 года оцениваемого периода, в то время когда для сельских врачей увеличилась доля эмоциональной нагрузки, которая сравнялась с интеллектуальной.

Респонденты считали, что удельный вес физической нагрузки у обеих категорий врачебного состава, в процессе профессиональной деятельности, снижался. Однако можно отметить, что доля физической нагрузки у сельских врачей была существенно больше ($p < 0,05$) и, кроме того, в течение первого года профессиональной деятельности у них же она практически не

отличалась от эмоциональной нагрузки ($p > 0,05$). В то же время, в течение первого года профессиональной деятельности, удельный вес эмоциональной нагрузки у врачей, обслуживающих городское население, был значимо больше, чем у врачей, осуществляющих медицинское обслуживание сельских жителей ($p < 0,05$).

И сельские, и городские врачи адаптировались к условиям профессиональной деятельности. По ряду характеристик проявления адаптации, по мнению респондентов, не различались (продолжительность – не менее двух лет до наступления адаптированности; нарушения в состоянии здоровья; влияние эмоциональных нагрузок; трудности взаимоотношений в своём коллективе, с медицинским руководством, в семье, акклиматизации; неуверенность в своей теоретической подготовленности).

В то же время отдельные проявления адаптации были достоверно более выражены ($p < 0,05$) у врачей, обслуживающих сельское население (влияние бытовых и интеллектуальных трудностей, трудности в общении с пациентами, взаимоотношении с жителями и администрацией сельского поселения, неуверенность в своих практических навыках, влияние физических нагрузок). Кроме того, у них были существенно ниже возможности повышать свой культурный уровень. С другой стороны, на адаптацию сельских врачей в меньшей степени влияли интеллектуальные нагрузки ($p < 0,05$).

При сравнении текучести медицинских кадров в сельских поселениях и городе оказалось, что мнение опрошенных разделилось. Так, 45,5% считали, что в сельских поселениях она выше, 36,4% – наоборот.

Заключение. Результаты проведённого исследования могут быть использованы для обоснования направлений оптимизации медицинского обслуживания населения.

Библиографический список

1. Водяненко, И.М. Медико-организационные аспекты совершенствования лечебно-профилактической помощи сельскому населению в условиях реформы здравоохранения (на модели Саратовской области) / И.М. Водяненко. – СПб. – Саратов: Изд-во Ориент, 2000. – 174 с.
2. Милосердов, В.П. Совершенствование системы специализированной стационарной медицинской помощи населению региона (на примере Саратовской области): Автореф. дисс. ...д.м.н. / В.П. Милосердов. – СПб., 2005. – 40 с.
3. Павлов, В.В. Современные подходы к организации медицинской помощи населению в сельской местности / В.В. Павлов, С.А. Суслин, А.К. Каширин // *Здравоохранение Рос. Фед.* – 2008. – №3. – С. 15-18.
4. Розенфельд, Л.Г. Проблемные вопросы организации медицинской помощи сельскому населению / Л.Г. Розенфельд, М.Г. Москвичёва // *Проблемы управления здравоохранением.* – 2008. – № 41. – С. 11-18.
5. Сергеев, И.П. Организация консультативно-диагностической помощи сельскому населению: Автореф. дисс. ...к.м.н. / И.П. Сергеев. – СПб., 2001. – 24 с.
6. Черевко, С.Н. Оптимизация системы медицинского обслуживания сельского населения в условиях административного объединения города и села: системный подход / С.Н. Черевко, Е.Н. Моклецов, Н.Г. Коршевер // *Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. И.А.Семашко.* Вып. 4. Ежекварт. научно-практ. журнал. – М.: РАМН, 1999. – С. 102-110.
7. Анализ качества жизни врачей и среднего медицинского персонала / Т.А. Ермолина, Н.А. Мартынова, А.В. Красильников и др. // *Здравоохранение Рос. Фед.* – 2009. – № 5. – С. 18-20.
8. Быстрицкая, О.А. Менеджер здравоохранения на селе: социально-психологический портрет / О.А. Быстрицкая, А.В. Походенько, Е.А. Жукова // *Здравоохранение Рос. Фед.* – 2007. – № 1. – С. 17-19.
9. Гончарова, Г.Н. Медико-социальный и психологический портрет организатора здравоохранения / Г.Н. Гончарова, Н.А. Горбач, В.В. Упатов // *Здравоохранение Рос. Фед.* – 2002. – № 6. – С. 27-31.
10. Светличная, Т.Г. Актуальные проблемы кадрового обеспечения здравоохранения на региональном уровне / Т.Г. Светличная // *Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед.* – 2008. – № 3. – С. 38-41.