



Организация медицинской помощи населению

Организация медицинской помощи населению

Лечебно-профилактическая помощь населению Российской Федерации подразделяется на три осн. вида – амбулаторно-поликлиническую, стационарную и скорую мед. помощь.

Амбулаторно-поликлиническая помощь

К системе амбулаторно-поликлинических учреждений относятся фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты, врачебные амбулатории, поликлиники разл. типа (детские, стоматологические и пр.), женские консультации, консультативно-диагностические центры, часть диспансеров. В них проводится лечение 80% всех больных страны. Амбулаторно-поликлинические учреждения служат также ведущим звеном в проведении профилактических мероприятий, диспансеризации населения.

В основу деятельности большинства поликлинических учреждений заложен т. н. территориально-участковый принцип, в соответствии с которым участковые врачи (терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи) оказывают помощь населению, проживающему на закреплённой за поликлиникой территории. Средняя рекомендуемая численность взрослого терапевтического участка – 1700 жит., педиатрического – 800 детей. Исходя из особенностей участков, численность прикреплённого населения может возрастать или уменьшаться. Структура поликлинических учреждений, как правило, состоит из отделений (кабинетов), оказывающих первичную и специализированную врачебную помощь, а также диагностических, лечебных и др. вспомогательных подразделений.

Перед началом 1-й мировой войны в стране насчитывалось 1230 амбулаторных учреждений, в большинстве которых оказывали только первичную мед. помощь. Радиус сельских земских участков лишь в 10 губерниях не превышал 12 вёрст, а в остальных был значительно больше. В 1910 обращаемость населения за мед. помощью в земских губерниях составляла 699 обращений на 1000 жителей.

Восстанавливая систему оказания мед. помощи населению, Советскому государству к 1923 удалось преодолеть негативные последствия разрухи. Так, число врачебных участков (по сравнению с 1913) увеличилось с 2518 до 44955, фельдшерских пунктов – с 3051 до 46751. При этом снизилось количество населения на одном врачебном участке с 30138 до 18205 чел. В 1930-е гг. был накоплен значительный опыт по оказанию амбулаторной мед. помощи. Широко развивалась сеть здравпунктов на предприятиях; к 1932 их было открыто 6139, а к 1940 – 9045. Значительные изменения произошли в оказании скорой мед. помощи (в 1940 действовали 989 станций скорой мед. помощи). Широко внедрялся участково-территориальный принцип в работе поликлиник.

В 1950–60-е гг. значительное внимание уделялось расширению сети амбулаторно-поликлинических учреждений, а также качеству их работы. Внебольничную помощь оказывали поликлиники, диспансеры, амбулатории, здравпункты, станции скорой мед. помощи и др. В 1955–65 объём посещений больными этих учреждений возрос

в 2 раза, в то время как их количество увеличилось лишь на 10%.

В 1970–80-е гг. дальнейшее развитие амбулаторно-поликлинической помощи строилось на организации крупных поликлиник, расширении специализированной помощи, развитии сети диспансерных служб, укреплении принципа участковости, повышении уровня оказания мед. помощи сельскому населению.

В 1990-х гг. в условиях роста общей заболеваемости наблюдалось некоторое сокращение среднего числа посещений больными амбулаторно-поликлинических учреждений. Если в 1985 среднее число амбулаторно-поликлинических посещений (включая обращения к врачам скорой мед. помощи) на 1 жит. в год составило 11,1, то в 1990 оно сократилось до 9,5 с последующей стабилизацией на уровне 9,1 в 1995–98 и некоторым подъёмом в 2003 – до 9,4 посещений.

В ходе реформирования системы здравоохранения продолжается внедрение таких перспективных форм мед. помощи, как дневные стационары и стационары на дому. В 1996–2003 отмечалось значительное увеличение числа коек в дневных стационарах; число мест в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационарах на дому увеличилось в 1,5–3 раза. При этом соответственно увеличилось и число пролеченных больных в стационарах дневного пребывания.

Как и в прежние годы, под диспансерным наблюдением среди взрослого населения состояли преимущественно больные с ишемической болезнью сердца (2002,9 на 100 тыс. населения), болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением (2095,1), сахарным диабетом (1693,0), язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (1380,1), гастритами и дуоденитами (763,8). Большинство подростков и детей состояли под наблюдением по поводу гастритов и дуоденитов (3315,4 и 1796,9 соответственно на 100 тыс. населения), болезней желчного пузыря, желчевыводящих путей (1525,2 и 1359,9), хронических болезней миндалин и аденоидов (1406,2 и 1395,5), болезней почек и мочеточников (1563,6 и 1485,1).

Анализ охвата профилактическими осмотрами контингентов, подлежащих периодическим осмотрам, свидетельствует о тенденции к его уменьшению. В 1985–2001 наиболее существенно снизился охват профилактическими осмотрами детей – с 97,5% (1985) до 79,3% (2001); несколько лучше показатели у подростков (98,6% и 94,2%) и у взрослых (94,7% и 91,1%).

При общей тенденции к росту численности кадров сеть амбулаторно-поликлинических учреждений системы Минздрава РФ за период 1990–2001 сократилась на 6,6%. При этом, если в 1990 удельный вес ведомственных амбулаторно-поликлинических учреждений составлял 12,0% (2579), то в 2001 он составил уже 17,4% (3723). Реструктуризация сети учреждений здравоохранения в системе Минздрава России сопровождается сокращением их числа в целом (т. е. больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений) с 18878 в 1990 до 17205 в 2003. Наибольшим сокращениям подверглись поликлинические отделения: городских больниц – на 38,6% (2572 в 1990 и 1580 в 2003) и участковых больниц – на 59% (4801 в 1990 и 3020 в 2003). В то же время значительно увеличилось число амбулаторий в сельской местности (на 20% – с 3337 в 1990 до 4172 в 2003) и детских поликлиник (на 20% – с 383 в 1990 до 479 в 2003).

При общей тенденции к снижению числа участковых больниц и увеличению числа сельских амбулаторий следует отметить наличие участковых больниц и сельских врачебных амбулаторий без врачебного персонала. Так, в 1990 6,0% участковых больниц и 11,4% сельских амбулаторий не имели врача, в 2001 таких учреждений на селе

стало больше – 9,0% и 17,5% соответственно.

На амбулаторно-поликлиническом приёме в центральных районных больницах и сельских амбулаториях сохраняются устойчивые показатели врачебных посещений, в участковых больницах в 2001 наблюдалось снижение врачебных посещений на приёме на 23,8% и на дому – на 15,1%.

Стационарная медицинская помощь

В нач. 20 в. мед. помощь населению России оказывали разл. ведомства, в деятельности которых отсутствовала координация. В 1910 в стране насчитывалось 8687 больничных учреждений, относившихся как к гражданским, так и к военным ведомствам. В них имелось 262202 койки, подавляющее большинство которых приходилось на Европейскую часть России. Из-за неравномерного распределения больничных учреждений доступность стационарной помощи населению в большинстве губерний России была ограниченной.

В настоящее время это наиболее затратный сектор здравоохранения, на него уходит ок. $\frac{2}{3}$ бюджета здравоохранения страны. В больницах сосредоточиваются наиболее тяжёлые больные, требующие применения сложных методов диагностики и лечения, современных мед. технологий с использованием дорогостоящих медикаментов и оборудования.



В реанимационном отделении Травматологической детской республиканской больницы в Махачкале.

Стационарные мед. учреждения (больницы, госпитали, родильные дома, медико-санитарные части, специализированные центры и клиники институтов) подразделяют по разл. признакам: ведомственной принадлежности, категориям в зависимости от количества коек, уровня подчинённости, профиля коек и т. д. В зависимости от ведомственной принадлежности существуют больницы Мин-ва здравоохранения, Мин-ва путей сообщения, Мин-ва внутренних дел, Мин-ва обороны РФ. По административной принадлежности больницы подразделяются на участковые, районные, городские, областные, краевые, республиканские. В зависимости от профиля коечного фонда выделяют специализированные больницы и диспансеры (онкологические, психоневрологические, туберкулёзные, кардиологические), а также

многопрофильные стационары. Наряду с сетью стационаров для взрослых имеются детские больницы аналогичного профиля и принадлежности. Структура больничных учреждений в осн. состоит из сети отделений, обеспечивающих проведение лечебных и диагностических процедур пациентам.

Динамика развития стационарной помощи за последние годы свидетельствует о снижении числа учреждений, оказывающих стационарную помощь, а также об уменьшении числа больничных коек в них. В период 1985–2001 в системе Минздрава России число больничных учреждений уменьшилось на 17,5% (с 12031 до 9869), а число больничных коек – на 16,1% (с 1856,8 до 1557,1 тыс.).

Из областных больниц 38,4% (38 больниц) имело более 1000 коек; 19,2% (19) – от 801 до 1000; 16,2% (16) – от 600 до 800 коек. Среди детских областных больниц 38,7% (24) обладали коечным фондом от 200 до 400; 29,0% (18) – от 400 до 600; 14,5% (9) – от 600 до 800 коек. Из городских больниц 35,4% (594) имели от 25 до 100 коек; 18,4% (309) – от 100 до 200 коек и 22,1% (371) – от 200 до 400 коек. Из детских городских больниц 64,6% (203)



Магнитно-резонансный томограф
Воронежской областной больницы.

обладали коечным фондом от 50 до 200 коек. Среди центральных районных больниц от 100 до 200 коек имели 46,6% (819); от 200 до 400 коек – 31,4% (551) и от 50 до 100 коек – 11,7% (205). Среди районных больниц преобладали мощности от 25 до 50 коек (15,7%) и 50–100 коек (39,8%). Участковые больницы в 50,0% (1644) имели мощность до 25 коек и в 44,3% (1456) – от 25 до 50 коек.

Сельское население обслуживали 1756 центральных районных больниц, 266 районных больниц и 3290 участковых больниц, что в сумме составляет больше половины всех больничных учреждений страны. При этом мощность до 25 коек имели 50,0% всех участковых больниц, а 50 коек и выше – только 5,7%.

Обеспеченность койками в системе здравоохранения сократилась на 22,3% (со 130,3 в 1985 до 108,0 в 2001 на 10 тыс. населения), причём диапазон колебаний по регионам весьма значительный. Так, обеспеченность койками ниже уровня 90,0 на 10 тыс. населения отмечена в Самарской (84,2) и Кемеровской (88,2) областях, Бурятии (85,6), Дагестане (78,4), более 130,0 на 10 тыс. населения – в Кировской обл. (148,9), Якутии (Саха) (140,8), Туве (158,0), Чукотском автономном окр. (158,4). В период 1985–2001 уменьшилось число коек терапевтического (на 20,6% – с 29,6 до 23,5 на 10 тыс. населения), хирургического (на 14,6% – с 22,6 до 19,3), наркологического (на 57,1% – с 4,9 до 2,1), инфекционного (на 30,2% – с 9,6 до 6,7), дерматовенерологического (на 30,8% – с 2,6 до 1,8) профилей. В то же время увеличилось число онкологических коек (на 13,0% – с 2,3 до 2,6), педиатрических всех профилей (на 6,2% – с 62,7 до 66,6), неврологических (на 12,2% – с 4,9 до 5,5), детских туберкулёзных (на 38,1% – с 2,1 до 2,9 на 10 тыс. населения).

Численность лиц, поступивших в больничные учреждения РФ, снизилась с 24,4 на 100 чел. в 1985 до 21,2 – в 1995, а затем возросла до 22,4 в 2001. При этом наблюдался разброс показателей в разл. регионах: от менее 20 на 100 чел. – в Дагестане (15,8), Бурятии (17,5), Ингушетии (8,8) до более 26 на 100 чел. – в Республике Алтай (30,0), Туве (33,2), Якутии (Саха) (30,2), Мордовии (28,5).

Средняя занятость койки по больничным учреждениям составила (дней в году): 322 в 1985, 289 в 1990, 303 в 1995, 313 в 2000 и 315 в 2001. Наибольшая занятость койки в 2001 наблюдалась в больницах областного, краевого и республиканского уровня (332), онкологического (344), психоневрологического (339), дерматовенерологического (300) и туберкулёзного (329) профилей, а также в городских больницах (323). В то же время низкие показатели занятости койки отмечены в родильных домах (264), инфекционных (240) и наркологических больницах (224). В ряде регионов среднее число дней занятости койки превышало 330: в Мордовии (342,6), Коми (339,1), Карелии (337,2), Магаданской (342,8) и Сахалинской (341,7) областях. Средняя занятость менее 300 дней отмечена в Москве (283,4), Ямало-Ненецком (284,8), Эвенкийском (292,6) и Чукотском (268,6) автономных округах и др. Средняя длительность пребывания больного на койке медленно, но неизменно уменьшалась: 17,0 (1985), 16,6 (1990), 16,8 (1995) и 15,2 (2001). Показатель больше 17 дней отмечен в Корякском (18,1), Эвенкийском (19,1) автономных округах, Костромской (17,9), Смоленской (17,8) областях. Среднее число дней пребывания больного на койке менее 14 дней наблюдалось в Республике Алтай (12,5), Самарской (13,3) и Воронежской (13,8) областях.

Проводимая реструктуризация больниц позволит более эффективно использовать коечный фонд стационаров на основе формирования больниц (отделений) разного типа: интенсивного лечения, планового лечения, долечивания, восстановительного лечения, длительного пребывания (фтизиатрия, психиатрия, для лечения хронических больных), медико-социального назначения. В частности, развитие т. н. стационарозамещающих технологий (стационаров дневного пребывания в больнице, дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационаров на дому, центров амбулаторной хирургии) позволит более эффективно использовать имеющиеся койки и сократить уровень необоснованной госпитализации на дорогостоящие больничные койки.

Число мест в дневных стационарах на базе амбулаторно-поликлинических учреждений за 5 лет выросло более чем в 2 раза (с 25837 в 1996 до 55823 в 2001), а число пролеченных больных за этот же период увеличилось на 107% (с 824274 в 1996 до 1706507 в 2001). Число коек в дневных стационарах при круглосуточных стационарах возросло более чем в 5 раз (с 12099 в 1996 до 74132 в 2001), число пролеченных больных – примерно в 6 раз (с 209659 в 1996 до 1465971 – в 2001). Дневным стационарам при больницах больше всего внимания уделялось в Московской (число мест 3042, пролечено больных 52085) и Саратовской (3367 и 72103) областях, в Краснодарском крае (2702 и 58497), Татарстане (3745 и 70186).

Учреждения медико-социальной помощи представляют собой вид медицинской помощи с длительным пребыванием больного на койке, что весьма актуально в связи с увеличением в стране лиц преклонного возраста. Произошло увеличение более чем в 3 раза коек сестринского ухода – с 6639 (1995) до 20796 (2001), при этом больше половины их приходится на сельскую местность.

Из пролеченных больных в стационарах в 2001 среди взрослых и подростков большую часть (ок. 60%) составили больные с такими классами болезней, как болезни системы кровообращения (16,2%), патология беременности и родов и послеродового периода (15,2%), болезни органов пищеварения (9,7%), болезни мочеполовой системы (9,4%), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов (8,9%). Среди детей, пролеченных в стационаре, большую часть (св. 65%) составили дети с болезнями органов дыхания (35,0%), органов пищеварения (10,5%), с болезненными состояниями, возникшими в перинатальном периоде (10,0%), некоторыми инфекционными и паразитарными заболеваниями (9,7%).

Скорая медицинская помощь в Российской Федерации осуществляется станциями и отделениями скорой мед. помощи. Существуют два основных варианта организации скорой мед. помощи в городах и районах страны. В населённых пунктах в несколько десятков тысяч человек при больницах организуются отделения, в более крупных городах – станции скорой мед. помощи как самостоятельные учреждения. Основной структурной единицей станции скорой мед. помощи являются выездные бригады (фельдшерские, линейные, врачебные и специализированные врачебные).

К 2001 по сравнению с 1990 произошло увеличение количества станций (отделений) скорой мед. помощи на 170 единиц (3042 в 1990 и 3212 в 2001); увеличилось также число обслуженных ими лиц (с 348,3 в 1990 до 362,7 в 2001 на 1000 населения). Число специализированных бригад возросло с 4347 (1990) до 5760 (2001), в том числе психиатрических – с 676 (1990) до 753 (2001); однако уменьшилось количество кардиологических бригад – с 1640 (1990) до 1103 (2001). Объёмы скорой помощи в сельских районах существенно не изменились. Так, в этот период доля сельских жителей, которым оказывали скорую мед. помощь, составляла по поводу несчастных



Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

случаев 15–16%, внезапных заболеваний – 17–19%, родов и патологии беременности – 25–28%, перевозки больных и рожениц – 17–19%. Общая обращаемость населения за экстренной мед. помощью была обусловлена в осн. болезнями системы кровообращения, органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, а также травмами и отравлениями.

Одной из осн. особенностей оказания мед. помощи сельскому населению является её этапность. На 1-м этапе мед. помощь оказывается персоналом фельдшерских пунктов, врачебных амбулаторий, участковых больниц, максимально приближенных к сельским жителям. На 2-м этапе мед. помощь оказывается в центральных районных (городских) больницах (ЦРБ, ЦГБ), которые существуют практически во всех административных центрах районов. В ЦРБ (ЦГБ) оказывают амбулаторную и стационарную врачебную помощь по её основным видам. На 3-м этапе оказывают

высококвалифицированную мед. помощь в областных (краевых, республиканских) больницах, имеющих разнообразную сеть специализированных отделений. Областные (краевые, республиканские) больницы имеются во всех административных центрах субъектов Российской Федерации.

Наряду с государственными и муниципальными мед. учреждениями, которые являются основой системы здравоохранения государства (в них оказывают 98% объёма мед. помощи населению), в последние десятилетия были созданы мед. учреждения на других организационно-правовых основах. Они представляют собой частный сектор здравоохранения, который наиболее значителен в крупных городах и в таких видах мед. помощи, как стоматологическая, косметологическая, физиотерапевтическая и некоторых других.