

УДК 614.21 (470.313)

DOI 10.24411/2312-2935-2019-10093

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗОНЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕЖРАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

О.В. Медведева, Т.В. Большова, И.Н. Большов

*ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Рязань*

Введение. Доступность и качество медицинской помощи населению России, в аспекте декларируемых приоритетов политики государства в области охраны здоровья, напрямую связаны с реально осуществляемыми мерами, к важнейшим из которых можно отнести реализацию Национального проекта «Здравоохранение».

Цель исследования. Анализ территориальной доступности медицинской помощи сельскому населению региона в зонах ответственности межрайонных центров с учетом численности, размещения и плотности населения.

Материалы и методы. В статье применены аналитический и статистический методы исследования.

Результаты и обсуждение. Выявлены особенности, влияющие на территориальную доступность медицинской помощи сельскому населению: специфика рассредоточения, заключающаяся в низкой плотности населения, наличие большого количества малонаселенных пунктов, удаленных от медицинских организаций, в которых, преимущественно, проживают лица старше трудоспособного возраста, зависимость возможности получения медицинской помощи от транспортной доступности.

Заключение. Наличие в Рязанской области большого количества малонаселенных пунктов, с низкой плотностью населения и значительно удаленных от медицинских организаций, при ограниченной транспортной доступности, негативно влияет на доступность медицинской помощи сельскому населению в зоне ответственности Межрайонных центров.

Ключевые слова: территориальная доступность, медицинская помощь, сельское население, межрайонные центры.

TERRITORIAL ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE IN THE RESPONSIBILITY AREA OF THE INTERDISTRICT CENTERS OF THE RYAZAN REGION

Medvedeva O.V., Bolshova T.V., Bolshov I.N.

Ryazan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Ryazan

Introduction. Accessibility and quality of medical care to the population of Russia, in terms of the declared priorities of the state policy in the field of health protection, are directly related to the measures being implemented, the most important of which are the implementation of the National Health Care project.

Purpose of the investigation. Analysis of the territorial availability of medical care to the rural population of the region in the areas of responsibility of inter-district centers, taking into account the number, location and population density.

Materials and methods. The article uses analytical and statistical research methods.

Results and discussion. Features affecting the territorial accessibility of medical care to the rural population were identified: the specifics of dispersal, which consist in a low population density, the presence of a large number of sparsely populated areas remote from medical organizations, in which mainly people over working age live, and the dependence of the possibility of receiving medical care on transport availability.

Conclusion. Availability in Ryazan region of a large number of sparsely populated areas, with a low population density and significantly remote from medical organizations, with limited transport accessibility, negatively affects the availability of medical care to the rural population in the area of responsibility of the Inter-district centers.

Key words: territorial accessibility, medical care, rural population, inter-district centers.

Актуальность. Доступность медицинской помощи для населения, в контексте ее обеспечения и повышения, универсальны для всех стран с позиции целей развития систем здравоохранения [1,3]. Обеспечение доступности медицинской помощи населению законодательно регламентировано ст. 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и, как понятие, помимо прочего, включает свободный доступ к службам здравоохранения, вне зависимости от географических барьеров [5]. Задачи и целевые показатели национального проекта «Здравоохранение» предусматривают: завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена с использованием геоинформационной системы, с учётом необходимости строительства врачебных амбулаторий и ФАП в малых населенных пунктах. В рамках Национального проекта предусмотрено создание более 350 новых фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий, замена более 1200 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, а также врачебных амбулаторий в 62 субъектах Российской Федерации. К 2022 году планируется функционирование более 1300 мобильных медицинских комплексов [4]. Поэтому особый интерес для нас представляют результаты исследований территориальной доступности медицинской помощи сельскому населению, в первую очередь, для регионов с высокой долей сельского населения и низкой его плотностью, при ограниченном развитии выездных форм работы [1,2].

С 2014 г. в Рязанской области реализуется приказ № 2049 «О мерах по дальнейшему развитию организации медицинской помощи по межрайонному принципу». Зоны ответственности межрайонных центров в Рязанской области сформированы не только с

учетом заболеваемости населения, кадровых ресурсов, имеющихся в медицинских организациях, материально-технической базы, оснащения оборудованием медицинских организаций, но и с учетом демографической ситуации муниципальных образований. В частности, численность и состав населения необходимо учитывать, если речь идет о структурировании видов, доступности и качестве медицинской помощи.

Цель исследования. Проанализировать и оценить территориальную доступность медицинской помощи сельскому населению Рязанской области в зоне ответственности Межрайонных центров.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели, с использованием аналитического и статистического методов, проведено исследование территориальной доступности медицинской помощи сельскому населению в зоне ответственности Межрайонных центров Рязанской области, с учетом численности, размещения и плотности населения. Аналитический метод применялся для описания структурных элементов, включенных в понятие «территориальная доступность», в выяснение причин, которые обуславливают характер, распространенность, и свойственные этому понятию. Статистический метод включал наблюдение, группировку и оценку обобщающих показателей. Анализ полученных данных проведен методом их структурного описания по выделенным, основным, характеристикам, влияющим на территориальную доступность: расселение, численность и плотность населения, удаленность населенных пунктов от медицинских организаций, транспортная доступность.

Результаты и обсуждение. Рязанская область расположена в 196 км от г. Москва и представляет собой типичный регион Центрального Федерального Округа. Площадь территории составляет 39,6 тысяч кв. км. Среди регионов ЦФО Рязанская область занимает 15 место по плотности населения. За период с 2010 по 2019 гг. отмечается трансформация плотности населения области в сторону ее уменьшения: с 29,1 человек на 1 км² до 28,13 человек на км², или на 3,3% за восемь лет.

Если в целом по России, за период с 2010 г. до 1 января 2019 г., численность населения возросла с 142,9 до 146,8 млн человек (на 2,7%), в ЦФО - с 38,34 до 39,38 млн человек (на 27%), то в Рязанской области, за тот же период, число жителей сократилось с 1,16 млн до 1,14 млн человек, или на почти на 2% (на 1,7%). Среди городского населения муниципальных районов доля лиц моложе трудоспособного возраста уменьшилась более, чем на 19%, старше трудоспособного - увеличилась почти на 18%. В Рязанской области городское и сельское

население составляет, соответственно, 71,4% и 28,6%. Среди субъектов, входящих в ЦФО, Рязанская область занимает 9 место по численности сельского населения, а его доля превышает долю сельского населения ЦФО более, чем на 50%.

Отметим, что в Рязанской области преобладают малые города с числом жителей до 34 тысяч, и в них проживает около 27% городского населения. Среднее число жителей, приходящееся на один такой город, составляет 17,8 тыс. человек. Число муниципальных районов в Рязанской области на начало 2019 г. составило 25, при убыли общего количества проживающих в них - на 2,8%, что отражает общую динамику населения области. Самая выраженная отрицательная динамика отмечена в муниципальных районах с численностью населения до 10 тыс. чел – на 10,81%. По остальным категориям муниципальных районов уменьшение населения менее выражено: в среднем, от 1,44% до 3,9%. Необходимо также учитывать, что в муниципальных районах, почти каждый четвертый житель относится к возрастной группе старше трудоспособного возраста (27,5%).

В сельских поселениях Рязанской области проживает около 30% населения, в том числе, в сельских поселениях с населением до 1000 человек проживало 74,4% всего сельского населения. Особенности проживания в сельской местности, включая рассредоточение населения, наличие малонаселенных пунктов, не могут не сказываться на деятельности медицинских организаций, расположенных в сельской местности.

Важным фактом является и то, что в населенных пунктах Рязанской области, в которых расположены ЦРБ, проживает меньше половины (45,81% населения), для 54,19% сельских жителей доступность медицинской помощи ограничена удаленностью сельских населенных пунктов от МРЦ и ЦРБ.

В Рязанской области функционируют межрайонные центры, сформированные в шести муниципальных районах. Оснащенность, структура и штаты межрайонных центров позволяют оказывать плановую и экстренную, стационарную и амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь населению прикрепленных районов, обеспечивая реализацию принципа этапности и непрерывности медицинского обслуживания сельскому населению. На рисунке 1 представлена организационная схема межрайонных центров в Рязанской области.

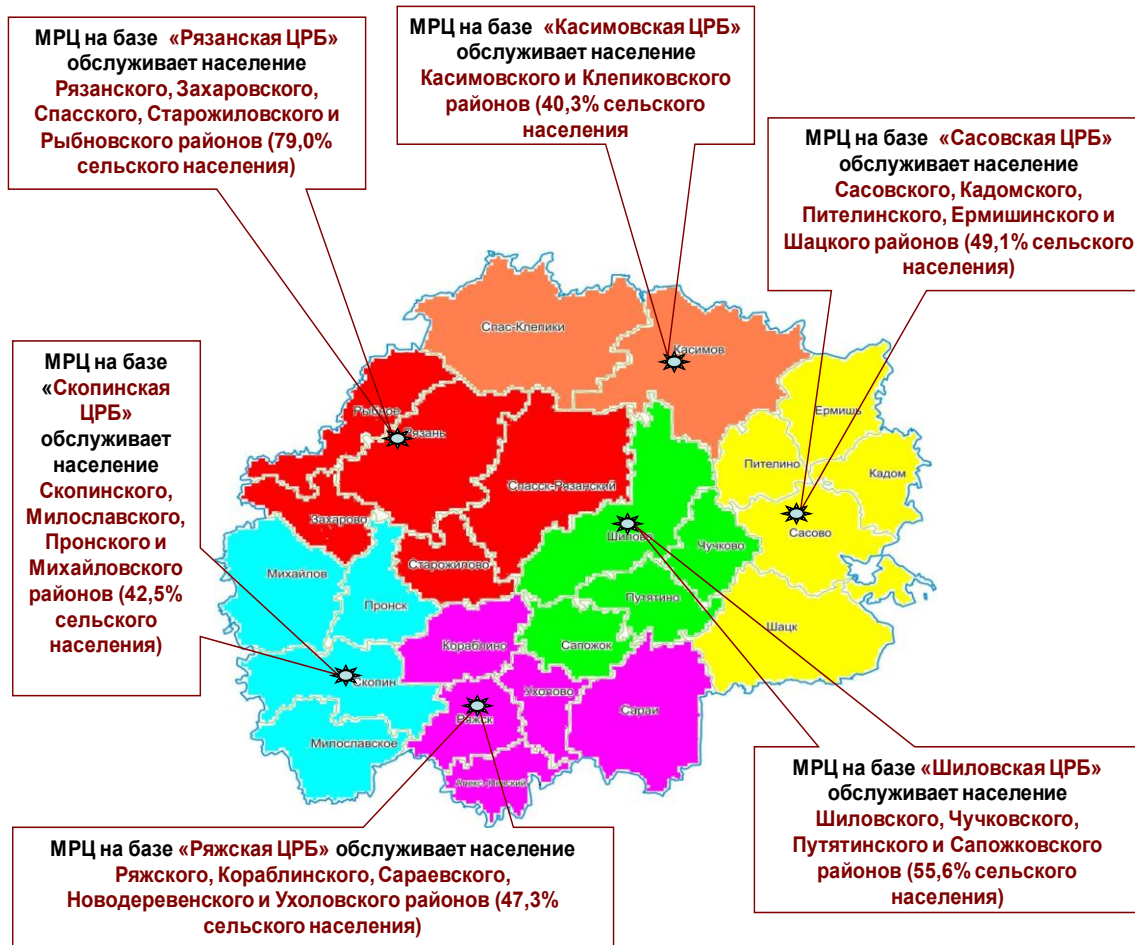


Рисунок 1. Организационная схема межрайонных центров в Рязанской области

Полученные данные свидетельствуют о том, что в зоне ответственности только двух межрайонных центров (Касимовский и Скопинский), городское население значительно превышает численность сельского населения, соответственно, на 48,1% и 35,5% ($p < 0,05$). В зоне ответственности Ряжского и Сасовского МРЦ, численность городского населения, хотя и превышает сельское, но это превышение незначительно и составляет, соответственно, всего 11,5% и 3,7%.

Особого внимания требуют два межрайонных центра, в зоне ответственности которых, напротив, сельское население преобладает над городским, что особенно выражено для зоны ответственности Рязанского МРЦ - в 3,8 раза ($p < 0,05$). В зоне ответственности Шиловского МРЦ сельского населения на 25,1% больше, чем городского.

Исходя из трактовки «территориальной доступности», как возможности каждого жителя области получить медицинскую помощь в пределах границ территории проживания, следует учитывать удаленность сельского поселения от медицинской организации, время передвижения до нее и доступность транспортных средств.

Исследование перечисленных параметров позволяет сделать заключение о широком диапазоне удаленности сельских поселений от МРЦ и ЦРБ. В частности, в 18 муниципальных районах удаленность составляет более 60 км, в 7 районах – 50 км. В то же время, в сельских поселениях этих районов постоянно проживают, соответственно, от 50 до 100 человек, то есть суммарно – более 65% сельского населения. Только 14% сельских населенных пунктов (35% населения) удалены от ЦРБ менее, чем на 5 км.

В целях анализа доступности медицинской помощи сельскому населению мы сочли целесообразным оценить долю сельского населения в зоне ответственности Межрайонных центров и в общей численности сельского населения области.

Наибольшая доля сельского населения зарегистрирована в зоне ответственности Рязанского МРЦ (35,6%), которая находится в областном центре, но крайние точки границ районов, относящихся к данному межрайонному центру, удалены от него более, чем на 100 км. Хотя второе, по удельному весу, место занимает территория зоны ответственности Скопинского МРЦ (17,1%), доля сельских жителей здесь в 2 раза меньше ($p < 0,05$), а удаленность сельских населенных пунктов не превышает 60 км. В зоне ответственности остальных межрайонных центров доли сельского населения мало различаются и находятся в диапазоне от 10,3% в Касимовском МРЦ до 13,1% в Сасовском.

Для городских жителей вопрос транспортной доступности не является основным в плане получения медицинской помощи, так как даже удаленность более 30 километров от поликлиники относительно легко преодолима при регулярном транспортном сообщении городского транспорта.

В связи с этим, в контексте более детального анализа территориальной доступности медицинской помощи, мы изучили возможность жителей сельских поселений области получить медицинскую помощь в Межрайонном центре, зона ответственности которого распространяется на территорию их проживания.

Проведенный анализ позволяет сделать заключение, что самый высокий удельный вес сельского населения, для которого затруднен доступ к Межрайонному центру, приходится на лиц, проживающих на расстоянии более 25 и более км: от 44,8% - в Касимовском до 65,2% - в Рязанском муниципальном районе. При этом, доля сельских жителей, проживающих на расстоянии более 16 км от Межрайонного центра близка, или превышает 70% во всех сельских поселениях, наряду с этим, в нетрудоспособном возрасте находится каждый третий житель (от 26,9% до 37,9%).

Заметим, что регулярное транспортное сообщение между сельскими и городскими поселениями (районными центрами) налажено только в 68,5% случаев, и, как следствие, – время, которое жители сельских поселений затрачивают на поездки до Межрайонного центра или ЦРБ, в среднем, составляет 1,5 часа.

Заключение. Выявлены особенности, влияющие на территориальную доступность медицинской помощи сельскому населению в зоне ответственности Межрайонных центров: специфика рассредоточения, заключающаяся в низкой плотности населения, наличие большого количества малонаселенных пунктов, удаленных от медицинских организаций, в которых, преимущественно, проживают лица старше трудоспособного возраста, зависимость возможности получения медицинской помощи от транспортной доступности. Эти характеристики сложившихся практик получения сельским населением медицинской помощи служат аргументом в пользу оптимизации существующих решений повышения доступности медицинской помощи сельскому населению, не учитывающих, в полной мере, использование широкого применения территориально адаптированных организационных технологий с применением выездных форм работы.

Список литературы

1. Доступность медицинской помощи для населения Российской Федерации / Э. Л. Гаврилов. URL: <http://fondzdorovie.ru> (дата обращения 19.11.2019)
2. Калининская А.А., Маликова Л.М. Проблемы и пути реформирования здравоохранения села // Соц. аспекты здоровья населения. – 2015. – № 4 (49). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/693/30/> (дата обращения 30.10.2019).
3. Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. – 56 с.
4. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» / Правительство России: Приоритетные проекты. URL: <http://government.ru/projects/selection/736/35561/> (дата обращения: 21.11.2019)
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» / КонсультантПлюс. URL: http://Consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 18.11.2019).

Reference

1. Dostupnost` medicinskoj pomoshhi dlya naseleniya Rossijskoj Federacii [Accessibility of medical care for the population of the Russian Federation] / E` L. Gavrilov. URL: <http://fondzdorovie.ru> (In Russian)

2. Kalininskaya A.A., Malikova L.M. Problemy i puti reformirovaniya zdravooxraneniya sela [Problems and ways of reforming health care in rural areas]. *Social'ny'e aspekty` zdorov`ya naseleniya [Social aspects of population health: serial online]*. 2015; 4 (49). (In Russian).

3. Kochkina N.N., Krasil`nikova M.D., Shishkin S.V. Dostupnost` i kachestvo medicinskoj pomoshhi v ocenках naseleniya [Accessibility and quality of medical care in population assessments]. 2015; 56 p. (In Russian).

4. Pasport nacional'nogo proekta «Zdravooxranenie». URL: <http://government.ru/projects/selection/736/35561/> (In Russian)

5. Federal'ny`j zakon ot 21 noyabrya 2011 g. № 323 «Ob osnovax ohrany` zdorov`ya grazhdan v Rossijskoj Federacii». URL: http://Consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Медведева Ольга Васильевна - доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9, e-mail: o.medvedeva@rzgmu.ru; ORCID: 0000-0002-3637-9062; SPIN-код: 8808-5837

Большова Татьяна Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9; SPIN-код: 1833-5087

Большов Иван Николаевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9; SPIN-код: 9874-1020

Information about authors

Medvedeva Olga Vasil'evna - MD, Professor, head. Department of public health and healthcare with the course of healthcare organization Ryazan State Medical University named after I.P. Pavlov of Ministry of Public Health of Russian Federation, Ryazan, 390026 Visokovoltynaya, 9, e-mail: o.medvedeva@rzgmu.ru; ORCID: 0000-0002-3637-9062; SPIN-code: 8808-5837

Bolshova Tat'ana Vladimirovna - PhD, associate Professor, of the Department of public health and health with the course of health organization Ryazan State Medical University named after I.P. Pavlov of Ministry of Public Health of Russian Federation, Ryazan, 390026 Visokovoltnaya, 9; SPIN- code: 1833-5087

Bolshov Ivan Nikolaevich - PhD, assistant of the Department of public health and health with the course of health organization Ryazan State Medical University named after I.P.Pavlov of Ministry of Public Health of Russian Federation, Ryazan, 390026 Visokovoltnaya, 9 e-mail: 9707799@mail.ru, SPIN-code: 9874-1020

Статья получена: 22.11.2019 г.
Принята в печать: 03.12.2019 г.