

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОСУДАРСТВЕННЫМ СЛУЖАЩИМ

Ахетов А.А.

Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами Президента Республики Казахстан,
Алматы, Республика Казахстан

Резюме: В статье излагаются результаты трехгодичного изучения основных показателей, характеризующих здоровье и уровень амбулаторно-поликлинической помощи. Установлено, что построение бывших государственных служащих влечет за собой увеличение объема интенсивности и сложности оказываемой амбулаторно-поликлинической помощи.

Ключевые слова: Общая, первичная заболеваемость, понологическая структура заболеваемости, группы здоровья, амбулаторно-поликлиническая помощь.

МАМЛЕКЕТТИК КЫЗМАТКЕРЛЕРГЕ АМБУЛАТОРДУК- ПОЛИКЛИНИКАЛЫК ЖАРДАМ КӨРСӨТҮҮНҮН ЖОГОРУЛАТУУЧУ ЖОЛДОРУ

А.А. Ахетов

Казахстан Республикасынын Борбордук клиникалык ооруканасы,
УДПнын медициналык борбору,
Алматы, Казахстан Республикасы

Корутунду: Ден соолуктун жана амбулатордук-поликлиникалык жардамдын деңгээлин мүнөздөөчү көрсөткүчтөр үч жыл ичинде жүргүзүлгөн илимий изилдөөнүн негизинде жыйынтыкталган. Мурдагы өкмөттө иштеп кеткендерди тейлөө амбулатордук-поликлиникалык жардамды көбүрөөк талап кылаары аныкталган.

Негизги сөздөр: жалпы, оорунун нозологиялык түзүмү, ден-соолук тобу, амбулатордук-поликлиникалык жардам.

TOPICAL ISSUES OF EFFICIENCY INCREASE OF THE OUT- PATIENT AND POLYCLINIC CARE TO CIVIL SERVANTS

Ahetov A.A.

Central clinical hospital of Medical center of the administrative
department of the President of the Republic of Kazakhstan,
Almaty, The Republic of Kazakhstan

Resume: In the article results are expounded of three-year study of basic indexes, characterizing a health and level of ambulatory-policlinic help. It is set that the construction of former civil servants is entailed by the increase of volume of intensity and complication of the rendered ambulatory-policlinic help.

Keywords: general, primary morbidity, on nosology structure of morbidity, group of health, ambulatory-policlinic help.

Повышение эффективности и качества диспансерными группами больных, повышение амбулаторно-поликлинической помощи уровня их оздоровления; упорядочение государственным служащим, является госпитализации прикрепленного контингента важнейшим приоритетом в деятельности государственных служащих; внедрение больницы [1]. При этом для достижения эффективных клинических технологий этой цели решаются следующие задачи: дифференциальной диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных [2,3].

В настоящем исследовании приводятся результаты трехлетнего наблюдения за здоровьем государственных служащих, а также за динамикой организации им амбулаторно-поликлинической помощи.

Проведенные исследования показали, что в 2012 году среднегодовая численность обслуживаемого контингента по сравнению с 2010 годом, увеличилась на 2,1%, а в сравнении с 2011 годом, напротив, уменьшилась на 0,2%. В общей численности прикрепленного контингента, доля действующих государственных служащих составила 23% (в 2011 году – 22,5%; в 2010 году – 19,1%). При этом их число в 2010 году по сравнению с 2009 годом, увеличилась на 22,9% , а в сравнении с 2011 годом – на 2,1%.

При изучении повозрастной структуры прикрепленного контингента установлено, что в 2012 году лица в возрасте до 60-ти лет составляли 32%, против 31,5% в 2011 году и 29,6% в 2010 году. Доля лиц в возрасте от 61-70 лет - 10% и по сравнению с 2008 и 2009 годами почти не изменилась. Удельный вес лиц от 71 года и старше составлял 58% (в 2011 году – 58,3%, в 2010 году – 59,7%).

В 2012 году по сравнению с 2011, произошли позитивные сдвиги в структуре распределения государственных служащих по группам здоровья (рисунок 1). При этом доля государственных служащих, отнесенных в Д1 увеличилась на 0,6% (в 2010г. – 0,6%); Д2 – на 2,1% (в 2010г. – на 11,2%), а Д3, наоборот, уменьшилась в сравнении с 2011 годом, с 48,6% до 45,9% или на 2,7%, а по отношению 2010 года, - с 57,6% до 45,8% или на 11,8%.

Обнаружено также, что в 2010 году в общем числе прикрепленного контингента, действующие государственные служащие составляли 23,1%, против 22,9% - в 2011, 22,1% - в 2010. При этом, доля лиц в возрасте до 60-ти лет составляла 3%, а 9,7% приходилось на лиц старше 60-ти лет. Это структурное распределение прикрепленного контингента по возрастам по сравнению с 2010 и 2011 годами почти не изменилась.

Как показали дальнейшие исследования, в 2012 году по сравнению с 2011, произошли позитивные сдвиги в структуре распределения действующих государственных служащих по группам здоровья. При этом их доля в группе Д1 увеличилась на 0,6% (в 2010г. – 0,6%); Д2 – на 2,1% (в 2011г. – на 11,2%), а Д3, наоборот, уменьшилась в сравнении с 2011 годом, с 48,6% до 45,9% или на 2,7%, а по отношению 2010 года, - с 57,6% до 45,8% или на 11,8%. Полученные результаты являются интегрированным выражением и отражают эффективность профилактических осмотров динамического наблюдения и оздоровления бывших и действующих государственных служащих.

На следующем этапе исследования изучалась общая и первичная заболеваемость. При изучении динамики и структуры установлено, что в 2012 году по сравнению с 2010-2011 годами, число заболеваний, зарегистрированных

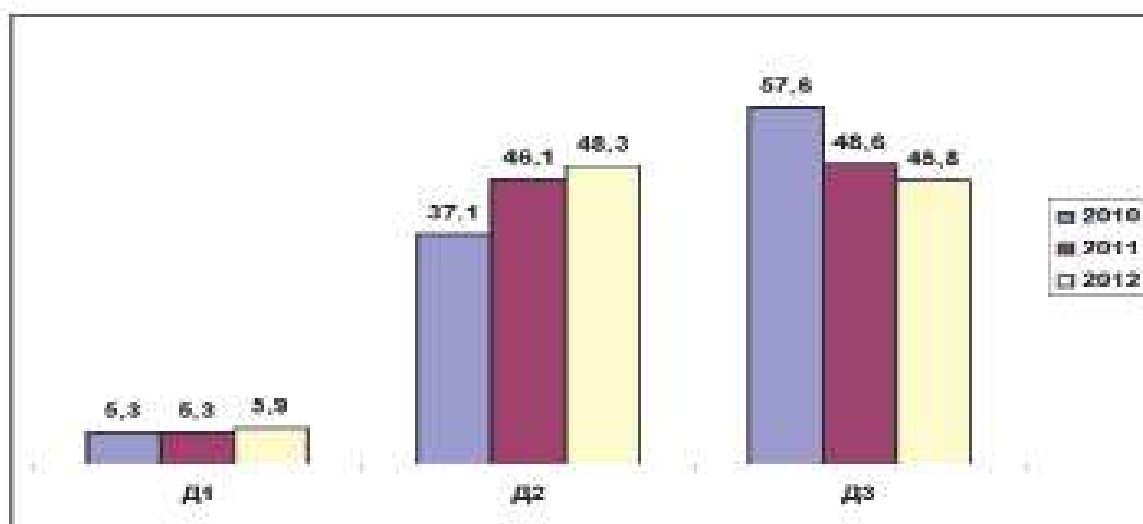


Рисунок 1. Распределение государственных служащих по группам здоровья

среди бывших и действующих государственных служащих уменьшилась соответственно на 6,2% и 1,8%. Показатель общей заболеваемости на 1000 населения по отношению к 2011 и 2010 годов уменьшился соответственно на 4,2% и 2%. При этом данный показатель в 2010-2012 годах был в 6 раз выше, чем в среднем по Республике Казахстан.

При изучении первичной заболеваемости обнаружено, что в 2012 году по сравнению с 2011 годом, число впервые зарегистрированных заболеваний уменьшилось на 7,0%, а по сравнению с 2010 годом, наоборот, увеличилась на 9,1%. При этом показатель первичной заболеваемости на 1000 населения по отношению к 2011 году уменьшился на 7,2%, а против 2010 года, увеличился на 5,1%.

Изучение аналогичных индикаторов среди действующих государственных служащих показало, что в 2012 году по сравнению с 2011-2010 годами, число зарегистрированных заболеваний увеличилось соответственно на 0,5% и 38,2%, а показатель общей заболеваемости на 1000 населения, наоборот, уменьшился соответственно на 1,5% и 1,9%. При этом в 2012 году по сравнению с 2011 годом, число впервые зарегистрированных заболеваний уменьшилось на 25,1%, а показатель первичной заболеваемости на 1000 населения по сравнению с 2011-2010 годами уменьшился соответственно на 27,8% и 28,0%.

Исследование структуры общей заболеваемости среди прикрепленного контингента установлено, что в 2012 году по сравнению с 2011, доля больных с болезнями органов кровообращения увеличилась на 0,6%, а по отношению к 2010 году – почти не изменилась; с болезнями органов пищеварения увеличилась соответственно на 1% и 1,8%; с болезнями мочеполовой системы в сравнении с 2011 годом, почти не изменилась, а с 2010г. – уменьшилась на 1,5%. Причем удельный вес больных с болезнями органов дыхания, напротив, уменьшился соответственно на 0,4% и 1,1%, а с болезнями костно-мышечной системы

– соответственно на 0,6% и 0,4%.

Динамическая оценка аналогичного показателя среди действующих государственных служащих показала, что в 2010 году по сравнению с 2011, доля больных с болезнями органов пищеварения увеличилась на 3,0% , а по отношению к 2010 году – не изменилась; с болезнями органов мочеполовой системы по сравнению с 2011 годом – не изменилась, а по отношению 2011г. – уменьшилась на 0,7%; с болезнями органов дыхания уменьшилась соответственно на 0,4% и 2,0%; с болезнями органов кровообращения в течение 2010-2012 годов не изменилась, а с болезнями костно-мышечной системы колебалась в диапазоне от 9,2% до 8,3%.

На следующем этапе исследования изучалась динамика индикаторов, характеризующих объем и структуру амбулаторно-поликлинической помощи. Результаты этого фрагмента исследования показали, что в 2012 году общее число посещений в поликлинику составило 207312, что было на 0,3%, чем в 2011 году. При этом среднее число посещений на 1 прикрепленного контингента составило 41,9%; удельный вес профилактических посещений 35%; объем медицинской помощи на дому 36 посещений, а доля активных посещений на дому 90,1%.

Далее установлено, что в 2012 году по сравнению с 2011, показатель числа диспансерных больных с болезнями системы кровообращения уменьшился на 6,6%, а по отношению к 2010 году – 8,4%; с болезнями системы пищеварения, напротив, увеличился соответственно на 7,4% и 16,9%; а с болезнями мочеполовой системы не изменился.

При этом в 2012 году по сравнению с 2011 и 2010 годами, в структуре диспансерного наблюдения произошли позитивные сдвиги. Так, доля бывших государственных служащих, соответствующих на диспансерном наблюдении увеличилась соответственно на 3,2% и 6%. Удельный вес больных, снятых с диспансерного учета по выздоровлению уменьшался

соответственно на 1,4% и 4,2%; доля больных, вновь взятых на диспансерный учет уменьшилась соответственно на 4,5% и 5%, а процент больных, состоящих на учете на конец года увеличился соответственно на 1,7% и 4,9%.

Параллельно обнаружено, что среди действующих государственных служащих удельный вес больных, состоящих на диспансерном наблюдении увеличился соответственно на 15,2% и 14,1%; число больных снятых с учета уменьшилось соответственно на 15,9% и 52,3%; доля больных снятых с выздоровлением уменьшились соответственно на 2,9% и 5,8%. При этом удельный вес больных, вновь взятых на диспансерное наблюдение уменьшился соответственно на 13% и 20,1%, а процент больных, состоящих на диспансерном наблюдении на конец года увеличился соответственно на 7,4% и 22,5%.

Таким образом установлено, что среди прикрепленного контингента доля лиц пожилого возраста не уменьшается, а удельный вес действующих государственных служащих, постепенно растет. Такая структура

обслуживаемого населения, диктует, с одной стороны, настоятельную необходимость более широкого использования геронтологических технологий, а с другой – повышения качества целевых профилактических осмотров и эффективности оздоровительных мероприятий. Вместе с тем исследования показали, что с каждым годом растет интенсивность и сложность медицинского обслуживания, основной причиной которых является построение бывших и действующих государственных служащих.

Литература:

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения в Республике Казахстан на 2005-2010г.г. (Астана, 2004г.)
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» в 2011-2015 годах (Астана, 2010г.)
3. Основные направления реализации Единой национальной системы здравоохранения в Республике Казахстан (Астана, 2009г.)