

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## ТРЕХУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ КАК СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

А.С. Дьячкова

Национальный научно-исследовательский институт  
общественного здоровья РАМН  
*ул. Воронцово Поле, 12, Москва, Россия, 105064*

В статье показано, что трехуровневая система оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи является стационарзамещающей технологией, так как направление пациентов на второй уровень способствовало снижению числа плановых госпитализаций в стационары.

**Ключевые слова:** первичная специализированная медико-санитарная помощь, плановая госпитализация, стационарзамещающая технология.

Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях всегда являлось востребованным в нашей стране, и неоднократно подчеркивалось, что наиболее эффективные (с точки зрения социальных потребностей и издержек) организационные методы более полно реализуются именно на уровне первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи), оказываемой населению в амбулаторных условиях [1].

На современном этапе развития системы здравоохранения повышение структурной эффективности функционирования этой системы направлено на переориентацию подавляющей части объемов медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический этап с более широким развитием ресурсосберегающих и стационарзамещающих технологий [2]. Поэтому одной из целей создания трехуровневой системы организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в Москве (1 уровень — поликлиники-филиалы, 2 уровень — амбулаторный центр на базе крупной поликлиники или консультативно-диагностического центра, оказывающего большинство видов первичной специализированной медицинской помощи и диагностических услуг населению, прикрепленному к филиалам, и 3 уровень — консультативно-диагностические отделения стационаров, дис-

пансеры, научно-практические центры и др.) [3] стало перераспределение потоков пациентов на второй уровень (в амбулаторный центр) для того, чтобы именно на этом уровне пациенты были обследованы на современном диагностическом оборудовании и получили необходимые консультации врачей-специалистов.

Такое перераспределение пациентов должно вести к снижению числа направлений в консультативно-диагностические отделения стационаров и консультативно-диагностические центры (на 3 уровень), так как все необходимые ресурсы для оказания лечебно-диагностической медицинской помощи в объеме первичной специализированной должны находиться на втором уровне. Так, задумкой реорганизации стало оказание основного объема медицинской помощи амбулаторно, что должно вести к снижению числа плановых госпитализаций в профильные отделения стационаров.

Поэтому в рамках данного исследования была проанализирована взаимосвязь динамики числа плановых госпитализаций из амбулаторного объединения (его составляют поликлиники-филиалы вместе с амбулаторным центром) и числа направлений с первого на второй и со второго на третий уровни в трехуровневой системе работы за период четырех кварталов 2013 г., когда новая организационная схема начала работать в полном объеме.

**Материалы и методы исследования.** Объектом исследования явилась организация оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в городских поликлиниках, предметами — число направлений по уровням в трехуровневой системе организации и число плановых госпитализаций, единицы наблюдения — направление на консультацию и диагностическое исследование из поликлиник-филиалов в амбулаторный центр, плановая госпитализация. Основным материалом для исследования послужили данные по числу направлений с первого на второй уровень по различным профилям, «Журнал учета плановых госпитализаций». Основными методами исследования явились количественный, структурный и сравнительный анализ, математико-статистический метод. Обработка данных осуществлялась в программе Excel и включала анализ динамических рядов с помощью расчета абсолютного прироста и темпа прироста, а также среднего со стандартным отклонением.

**Результаты исследования.** Базой исследования стало одно из семи амбулаторных объединений ЮАО г. Москвы — городская поликлиника (ГП) № 210, это объединение включает в свой состав 4 поликлиники, одна из которых (ГП № 210) является амбулаторным центром, а 3 остальные (ГП № 59, 198, 213) — его филиалами.

Объединение обеспечивает оказание первичной медико-санитарной, в т.ч. первичной специализированной медицинской помощи, приписному населению в количестве 152 900 человек и рассчитано на суммарную мощность 2550 посещений, за 2013 г. приписным населением в объединении выполнено 1 123 391 врачебных посещений. Штат врачей объединения в 2013 г. был представлен 291 врачом, в том числе 90 терапевтов, 36 стоматологов, 32 акушера-гинеколога, 10 хирургов, по 8 неврологов, офтальмологов и эндокринологов, 6 кардиологов, 5 урологов,

по 4 гастроэнтеролога и оториноларинголога, по 3 инфекциониста и колопроктолога, по 1 аллергологу-иммунологу, пульмонологу и ревматологу.

Исследование показало, что за 4 квартала 2013 г. число плановых госпитализаций в амбулаторном объединении снизилось (табл. 1) по профилям: эндокринология, кардиология, хирургия, офтальмология и гастроэнтерология.

В то же время число плановых госпитализаций возросло по профилям: терапия, урология, оториноларингология, колопроктология, аллергология-иммунология и пульмонология.

Число плановых госпитализаций по профилю «неврология» за период 1—4 квартал 2013 г. не изменилось, находясь на уровне  $3,75 \pm 0,9$  случаев в квартал, и в сумме составило за 2013 г. 15 госпитализаций. В 2013 г. не было плановых госпитализаций по профилям: инфекционные болезни, стоматология, ревматология и акушерство и гинекология.

Таблица 1

**Число плановых госпитализаций пациентов, прикрепленных к амбулаторно-поликлиническому объединению ГП № 210 в 2013 г.**

Специалист, направивший на госпитализацию	1-й квартал	2-й квартал	3-й квартал	4-й квартал	Сумма 2013 год	Абсолютный прирост	Темп прироста (%)
Терапевт	1	2	4	2	9	1,00	100,00
Уролог	3	5	3	4	15	1,00	33,33
Эндокринолог	11	12	8	10	41	-1,00	-9,09
Инфекционист							
Кардиолог	35	42	29	31	137	-4,00	-11,43
Стоматолог						0,00	
Невролог	3	5	4	3	15	0,00	0,00
Хирург	9	16	5	7	37	-2,00	-22,22
Оториноларинголог	1	4	3	2	10	1,00	100,00
Акушер-гинеколог							
Офтальмолог	5	4	5	4	18	-1,00	-20,00
Колопроктолог	28	35	30	29	122	1,00	3,57
Гастроэнтеролог	5	4	3	3	15	-2,00	-40,00
Аллерголог-иммунолог	3	9	7	8	27	5,00	166,67
Пульмонолог	2	4	6	5	17	3,00	150,00

На фоне снижения числа плановых госпитализаций по представленным выше профилям отмечался рост числа направлений с 1-го (из поликлиник-филиалов) на 2-й уровень (в амбулаторный центр) (табл. 2) по всем этим профилям, кроме эндокринологии, в частности по: кардиологии, хирургии, офтальмологии, гастроэнтерологии.

Также росло и число направлений со второго (из амбулаторного центра) на 3-й уровень (в консультативно-диагностические отделения стационаров). Интенсивный прирост числа направлений с 1-го на 2-й уровень за данный период связан как с постепенной адаптацией к новой организационной технологии, так и с тем, что в первом квартале 2013 г. в объединение по некоторым специальностям таких направлений не было по причине отсутствия в штате некоторых специалистов (например, акушер-гинеколог в консультативно-диагностическом отделении амбулаторного центра).

**Число направлений пациентов амбулаторного объединения  
с первого на второй уровень в 2013 г.**

Врач-специалист, осуществляющий направление	1-й квартал	2-й квартал	3-й квартал	4-й квартал	Сумма 2013 г.	Абсолютный прирост	Темп прироста (%)
Терапевт							
Уролог	8	25	28	27	88	19,00	237,50
Эндокринолог	216	114	90	80	500	-136,00	-62,96
Инфекционист	10	24	36	37	107	27,00	270,00
Кардиолог	133	188	148	150	619	17,00	12,78
Стоматолог	13	12	10	12	47	-1,00	-7,69
Невролог	144	240	247	245	876	101,00	70,14
Хирург	29	56	47	48	180	19,00	65,52
Оториноларинголог	15	51	53	52	171	37,00	246,67
Акушер-гинеколог	0	14	7	6	27	6,00	
Офтальмолог	30	82	84	87	283	57,00	190,00
Колопроктолог	36	53	47	48	184	12,00	33,33
Гастроэнтеролог	11	15	14	14	54	3,00	27,27
Аллерголог-иммунолог	4	18	14	16	52	12,00	300,00
Пульмонолог	15	35	30	38	118	23,00	153,33
Ревматолог	11	17	19	18	65	7,00	63,64

Анализ показал, что наибольшее число плановых госпитализаций в 2013 г. было по профилям: кардиология (137 случаев), колопроктология (122 случая), эндокринология (41 случай), хирургия (37 случаев) и аллергология-иммунология (27 случаев). Высокие показатели по числу плановых госпитализаций по колопроктологии и эндокринологии из амбулаторного объединения связаны с наличием в амбулаторном центре ГП № 210 окружного отделения колопроктологии и филиала окружного эндокринологического отделения, в которые направляются пациенты со всего Южного административного округа г. Москвы с тяжелыми формами патологии.

Наибольшее число направлений с первого на второй уровень (из поликлиник-филиалов в амбулаторный центр) было по профилям: неврология (876 направлений), кардиология (619 направлений), эндокринология (500 направлений), офтальмология (283 направления) и колопроктология (184 направления).

**Заключение.** Результаты исследования показали, что самыми востребованными специальностями в объединении являются: кардиология, эндокринология, неврология и колопроктология, так как по этим специальностям отмечалось наибольшее число как плановых госпитализаций, так и направлений с 1-го на 2-й уровень в трехуровневой системе организации работы.

Анализ показал, что число плановых госпитализаций снижалось по мере увеличения числа направлений, а значит и обследований на втором уровне оказания медицинской помощи. Это свидетельствует о том, что врачи амбулаторного центра своими силами обследовали и лечили пациентов с определенной патологией, и многие из таких пациентов не нуждались в затратной и ресурсоемкой госпитализации в круглосуточный стационар, то есть трехуровневая организационная технология оказания населению первичной специализированной медико-санитарной

помощи является своего рода стационарзамещающей. В этой связи целесообразным является усиление профильных отделений и кабинетов амбулаторного центра кадрами врачей и необходимым диагностическим оборудованием для того, чтобы снизить число высокочрезвычайных госпитализаций.

### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Стародубов В.И.* Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные пути решения. М.: Менеджер здравоохранения, 2007.
- [2] *Щепин О.П.* Современный этап реформы здравоохранения и обеспечения доступности медицинской помощи в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. М., 1999. № 3. С. 7—10.
- [3] Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.01.2012 г. № 38 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы».

### REFERENCES

- [1] *Starodubov V.I.* Health Management at the present stage: problems, their causes and possible solutions. M.: Health Manager, 2007.
- [2] *Schepin O.P.* The present stage of health care reform and ensuring access to health care in the Russian Federation // Problems of Social Hygiene, health and medical history. M., 1999. № 3. P. 7—10.
- [3] Order of the Department of Health in Moscow from 20.01.2012 № 38 “On measures for further improvement of the organization providing outpatient care to the adult population of the city of Moscow”.

## THREE-LEVEL SYSTEM OF PRIMARY SPECIALIZED HEALTH CARE IN MOSCOW AS HOSPITAL REPLACING TECHNOLOGY

**A.S. D'yachkova**

National research institute of public health  
of the Russian academy of medical sciences  
*Vorontsovo field str., 12, Moscow, Russia, 105064*

The article shows that the three-level system of primary specialized health care is in-patient replacing technology because the referral of patients to the second level promoted decrease the planned hospitalization.

**Key words:** primary specialized medical care, planned hospitalization, in-patient replacing technology.