

**Э.Т. Ауезова, А.М. Арингазина**  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан

### АНАЛИЗ ПОСЕЩАЕМОСТИ И ОБЕСПЕЧЕННОСТИ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ ЗА 2015-2017 ГГ

Проанализированы статистические данные амбулаторно-поликлинических организаций по отчетной форме №30 за 2015-2017 гг. относительно деятельности смотровых кабинетов. В гендерном аспекте число женских СК в 2,7 раза больше, чем мужских; при этом наблюдается интенсивный рост числа мужских (прирост +404,5%). Укомплектованность кадрами (средними медработниками) в СК в целом по Казахстану 72,6%. Плановая мощность АПО в динамике за 3 года выросла с приростом +32,6%. Среди всех посещений первичные составили в среднем 45% и за 3 года не имели резких колебаний.

Для оценки деятельности смотровых кабинетов нами разработаны индикаторы: общий охват профосмотрами и охват селективным профосмотром.

**Ключевые слова:** смотровые кабинеты, посещаемость, обеспеченность, профилактический осмотр.

**Введение.** Онкологические заболевания отнесены к социально-значимым заболеваниям, которые входят в зону особого внимания со стороны государства. Так, в 2012-2016 гг. в Казахстане реализована Программа развития онкологической помощи. В результате улучшилась профилактика злокачественных новообразований (ЗН) за счет внедрения скрининговых программ ранней диагностики рака пищевода и желудка, рака печени и рака предстательной железы [1].

На 2016-2019 г. улучшение онкоситуации в стране сформулировано в одном из пунктов Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык». По данному направлению поставлена цель - снижение смертности от онкозаболеваний, повышение качества и доступности онкологической помощи. К решению данной задачи привлечены не только онкологическая служба, но и специалисты системы ПМСП. Запланированы изменения и дальнейшее совершенствование ЗН по следующим направлениям: скрининг, диспансерное наблюдение, доступность медицинской помощи, качество и своевременность лечения и реабилитации [2].

**Цель исследования:** оценка эффективности деятельности смотровых кабинетов в амбулаторно-поликлинических организациях и определение их вклада в раннюю выявляемость.

**Результаты исследования.**

**Анализ обеспеченности смотровыми кабинетами.**

По данным отчетной формы №30, за 2015-2017 гг. наблюдается рост числа амбулаторно-поликлинических организаций (АПО) с 887 до 1388, возможно, за счет включения в эту отчетность и частных АПО, получивших заказ на ГОБМП по оказанию ПМСП прикрепленному населению. (Таблица 1) [3].

Таблица 1 – Обеспеченность населения ПМСП по отдельным индикаторам

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.
<b>Всего АПО:</b>			
- абс.	887	904	1388
- на 10 тыс. населения	0,56	0,54	0,8
<b>Число СК</b>			
- абс.	762	942	1240
- на 10 тыс. населения	0,48	0,56	0,71
- в % от числа АПО	85,9	104,2	89,3
<b>Всего посещений:</b>			
- абс.	4960529	6341202	7163279
- на 10 тыс. населения	3107,5	3780,03	4120,94
<b>Первичных посещений:</b>			
- абс.	2281973	2866956	3133475
- в % от общих посещений	46,0	45,2	43,7
- в % от общего числа населения	14,3	17,1	18,0
<b>Осмотров в СК:</b>			
- абс.	1502901	1993272	2202922
- в % от общего числа населения	9,4	11,9	12,7
- в % от общего числа посещений	30,3	31,4	30,8
- в % от первичных посещений	52,4	69,5	70,3

Обеспеченность населения АПО (поликлиниками и врачебными амбулаториями как самостоятельными юридическими формами) возросла с 0,56 до 0,8 на 10 тыс. населения (Таблица 1). Следует отметить, что данный показатель в традиционной статистике не рассчитывается, а нам интересен абсолютный показатель: число АПО возросло с 887 в 2015 г. до 1388 в 2017 г., т.е. прирост за 3 года составил +56,5%;

Обеспеченность населения смотровыми кабинетами (СК) носит нестабильный характер, возможно, это обусловлено неправильной передачей данных из областей (Таблица 1). Однако в абсолютном значении характерен рост числа СК с 762 в 2015 г. до 1240 в 2017 г., т.е. прирост за 3 года составил +62,7%. В 2017 г. общее число СК было представлено на 26,9% мужскими и 73,1% женскими кабинетами, соответственно показатель обеспеченности мужского населения мужскими СК составил 0,4 на 10 тыс. населения, женского населения женскими СК - 1,0. Т.е. женских смотровых кабинетов открывается и функционирует больше, чем мужских СК.

Представляет интерес новый интенсивный показатель обеспеченности населения СК и его стабильный рост с 0,48 до 0,71 на 100 тыс. населения. По нашему предположению, в зависимости от норматива пропускной способности СК (до сих пор не разработан) и числа прикрепленного населения должен быть разработан норматив данного показателя.

В гендерном аспекте число женских СК в 2,7 раза больше, чем мужских. При этом наблюдается интенсивный рост числа мужских СК с 66 в 2015 г. до 333 в 2017 г. (прирост +404,5%), соответственно растет и обеспеченность мужского населения мужскими СК с 0,09 до 0,4 на 10 тыс. населения, а также число АПО с функционирующими мужскими СК - с 7,4% до 24% (Таблица 2). Число женских СК также растет с 696 в 2015 г. до 907 в 2017 г. (прирост +30,3%), соответственно растет и обеспеченность женского населения женскими СК с 0,82 до 0,99 на 10 тыс. населения, а вот число АПО с функционирующими женскими СК снизилось - с 78,5% до 65,3%, вероятно за счет перепрофилирования в мужские СК.

Таблица 2 – Обеспеченность населения ПМСП по отдельным индикаторам в гендерном аспекте

Показатель	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен
<b>Число СК</b>						
- абс.	66	696	182	760	333	907

- на 10 тыс. населения	0,09	0,82	0,23	0,87	0,40	0,99
- в % от числа АПО	7,4	78,5	20,153	84,1	24,0	65,3
<b>Всего посещений:</b>						
- абс.	924364	4036165	1760549	4580653	2582626	4580653
- на 10 тыс. населения	1237,34	4752,66	2196,0	5229,9	3132,9	5012,2
<b>Первичных посещений:</b>						
- абс.	360771	1921202	801975	2064981	1068494	2064981
- в % от общих посещений	39,0	47,6	45,6	45,1	41,4	45,1
- в % от общего числа населения	4,8	22,6	10,0	23,6	13,0	22,6
<b>Осмотров в СК:</b>						
- абс.	232119	1270782	455437	1537835	665087	1537835
- в % от общего числа населения	3,1	15,0	5,7	17,6	8,1	16,8
- в % от общего числа посещений	25,1	31,5	25,9	33,6	25,8	33,6
- в % от первичных посещений	64,3	66,2	56,8	74,5	62,3	74,5

Согласно требованиям Онкостандарта (Приказ РК №452) смотровой кабинет (женский, мужской) создается в составе поликлиники (городской, районной), консультативно-диагностических центров, консультативно-диагностических отделений многопрофильных больниц. Однако не учтены врачебные амбулатории, медицинские пункты (в т.ч. фельдшерские и фельдшерско-акушерские), которые имеют прикрепленное население.

Обеспеченность населения СК в 2017 г. в разрезе областей в целом была наибольшей в ЗКО (1,94 на 100 тыс. населения), ВКО (1,5), Кызылординской (1,21) и Актюбинской (1,06) областях и наименьшей в Мангыстауской и г.Астана (по 0,33), г.Алматы (0,34) и Жамбылской (0,38) области.

Экстенсивный показатель обеспеченности АПО смотровыми кабинетами показал, что в полной мере в АПО открыты и мужские и женские СК в Жамбылской, Карагандинской Мангыстауской, СКО и г.Астана (по 200% и более). Наиболее неудовлетворительная ситуация (менее 100%) наблюдается в Акмолинской (38,3%), Атырауской (52,8%), ЮКО (54%), Алматинской (59,9%), ВКО (83,5%) и Кызылординской (93,9%) областях.

В соответствии со штатными нормативами, предусмотренными приказом МЗ РК №234 от 07.04.10 г., 1 СК укомплектуется 1,0 штатной единицей среднего медперсонала.

Проведенный нами анализ статистических данных, собранных по экспериментальным мониторинговым таблицам, показал, что не все СК укомплектованы на 1,0 штатную единицу, что, возможно, отражается на полноценной работе кабинета.

В 2017 г. укомплектованность средними медработниками в ЖСК в целом по Казахстану 72,6%, и этот высокий удельный вес сформирован за счет 100%-ной укомплектованности 3-х областей: Алматинской, Кызылординской и Павлодарской. Очень низкая укомплектованность кадрами СК наблюдается в Атырауской (46,7%), ВКО (49,0%) и Костанайской областях (62,1%). Аналогична ситуация и по МСК. Стоит отметить половинную обеспеченность (т.е. на 0,5 ставки) большинства действующих СК.

#### Анализ посещаемости смотровых кабинетов.

Анализ официальных и экспериментальных статистических данных проведен за 3-летний период 2015-2017 гг. Экспериментальные данные были собраны нами со всех областей по специально разработанной форме (организационный эксперимент).

Для определения общей характеристики процесса выявления визуально-доступных форм онкопатологии в АПО нами были проанализированы следующие показатели обеспеченности населения ПМСП:

- плановая мощность АПО;
- обеспеченность населения смотровыми кабинетами;
- посещаемость смотровых кабинетов.

В целом, за изученный период обеспеченность населения ПМСП по ниже представленным показателям улучшилась:

Плановая мощность АПО является классическим показателем и рассчитывается как число плановых посещений на 10 тыс. населения. В динамике за 3 года наблюдается его рост с 3107,5 на 10 тыс. населения в 2015 г. до 4120,9 в 2017 г., прирост составил +32,6% (Таблица 2). Среди всех посещений первичные составили в среднем 45% и за 3 года не имели резких колебаний.

Экстенсивный показатель первичной обращаемости, рассчитанный как отношение числа всех первичных посещений АПО к общему числу прикрепленного населения), вырос с 14,3% в 2015 г. до 18% в 2017 г. Этот показатель свидетельствует о низкой посещаемости отечественных АПО, т.к. по данным многих зарубежных исследователей, ежегодно 20-30% населения обращается в учреждения ПМСП. Вероятно, остальная часть обращаемости приходится на частные медицинские организации. Другими словами, только одна пятая (18%) прикрепленного населения обратилась за 2017 г. в АПО с новым заболеванием или впервые в данном году с имеющимся хроническим заболеванием.

Плановая мощность СК (экспериментальный показатель) рассчитана нами как отношение числа посещений СК к общей численности населения, выраженное в процентах. Этот индикатор растет, но остается на низком уровне – с 9,4% в 2015 г. до 12,7% в 2017 г., прирост составил +35,1% (Таблица 2). Иными словами, только 12,7% населения прошли обязательный профосмотр в последнем отчетном году. По нашему мнению, показатель охвата осмотрами в СК всех прикрепленных жителей идентичен показателю охвата населения профосмотрами. В идеале этот показатель должен приближаться к 100%, т.е. по правилам классической диспансеризации каждый прикрепленный житель должен 1 раз в год пройти профосмотр (в т.ч. пройти осмотр в СК).

Очень актуальным является в настоящее время показатель частоты осмотров в СК в структуре первичных посещений, который остается пока на одном уровне и составил в среднем за 3 года 64,1% (Таблица 2). Иными словами, только 2/3 первичных посещений АПО сопровождается обязательной процедурой профосмотра. В идеале этот показатель должен стремиться к 100%, тем более, что по правилам приема в АПО каждый первично в этом году обратившийся в АПО житель должен пройти профосмотр в СК (исключение составляют пациенты с высокой температурой и иной неотложной симптоматикой). Охват осмотрами в СК первично в текущем году обратившихся в АПО пациентов является основой организационной технологии селективного скрининга. Поэтому данный показатель можно назвать «охват селективным профосмотром».

Следует отметить, что и правила диспансеризации изначально предполагался 100%-ный охват населения профилактическими осмотрами, т.е. каждый прикрепленный житель за год должен пройти однократно профосмотр. Т.е. показатель охвата населения осмотрами в смотровых кабинетах в идеале должен составлять около 100%. Эта концепция в реальной практике не реализована, поскольку прохождение профосмотра не является строго обязательным для жителей, но осталось обязательным только для лиц, обращающихся в АПО по поводу заболеваний, и в рамках периодических осмотров. Также следует отметить, что при переходе отечественной системы здравоохранения на ОСМС положение об обязательности ежегодного профосмотра будет актуально.

В гендерном аспекте посещаемость АПО женщинами выше, чем мужчинами: 5012,2 против 3132,9 на 10 тыс. населения (Таблица 2). Прирост посещаемости АПО за 3 года среди мужчин (+153,2%) гораздо выше, чем среди женщин (+5,5%). Первичных посещений АПО, как это зарегистрировано во многих исследованиях, больше среди женщин (22,6% от числа прикрепленного женского населения), чем среди мужчин (13% соответственно). В структуре общей посещаемости АПО первичные визиты в гендерном аспекте практически не различаются (41,4% среди мужчин и 45,1% среди женщин).

В гендерном аспекте женщины чаще проходят осмотр в СК:

- 16,8% от числа всех прикрепленных женщин и 8,1% мужчин;
- 33,6% от общего числа посещений женщинами и 25,8% мужчинами;
- 74,5% от числа первичных посещений женщинами и 62,3% мужчинами.

Таким образом, можно выделить 2 актуальных показателя работы СК, которые в дальнейшем можно использовать в качестве индикатора качества.

1. В случае реальной реализации положения об обязательности ежегодного прохождения каждым жителем профосмотра (например, по страховому полису):

- охват населения профосмотрами (должен стремиться к 100%);
- охват населения осмотрами в СК (также должен стремиться к 100%);

2. В случае предоставления жителям права выбора проходить/ не проходить профосмотр (как в настоящее время):

- охват осмотрами в СК первично в текущем году обратившихся в АПО пациентов (по технологии селективного скрининга).

**Заключение.** Таким образом, посещаемость АПО можно оценить с помощью следующих показателей на примере данных 2017 г. (общий показатель, в т.ч. для мужчин и женщин):

- 1) общая посещаемость (рассчитан как отношение числа всех посещений АПО к общему числу прикрепленного населения) – 4120,1 на 10 тыс. населения, в т.ч. 3132,9 и 5012,2;
- 2) первичная посещаемость АПО (рассчитан как соотношение числа первичных приемов к общей численности населения) – 18%, в т.ч. 13% и 22,6%;
- 3) удельный вес первичной посещаемости в структуре общей посещаемости АПО (рассчитан как соотношение числа первичных приемов к общему числу обращений в АПО) – 43,7, в т.ч. 41,4% и 45,1%;
- 4) общий охват профосмотрами (рассчитан как соотношение числа лиц, прошедших СК к общей численности населения) – 12,7%, в т.ч. 8,1% и 16,8%;
- 5) охват селективным профосмотром (рассчитан как соотношение числа осмотренных в СК к общему числу первичных посещений) – 70,3%, в т.ч. 62,3% и 74,5%.

Из перечисленных показателей, 2 последних индикатора могут быть использованы для оценки качества работы смотровых кабинетов в Казахстане.

**Выводы.** Таким образом, в целом, за изученный период общая посещаемость АПО, выраженная в абсолютных показателях, выросла (прирост +32,6%). Среди всех плановых посещений АПО первичные приемы составили в среднем 45% и за 3 года не имели резких колебаний. Экстенсивный показатель первичной посещаемости (отношение числа всех первичных посещений АПО к общему числу прикрепленного населения) вырос до 18% в 2017 г.

Представляет интерес статистика посещаемости смотровых кабинетов (СК). В динамике наблюдается постепенный рост числа населения, осмотренного в СК (общий охват профосмотром) до 12,7% в 2017 г. (прирост +35,1%). В структуре первичных посещений частота осмотров в СК (охват селективным профосмотром) остается пока на одном уровне и составила в среднем за 3 года 64,1%.

В гендерном аспекте число женских СК в 2,7 раза больше, чем мужских, но наблюдается интенсивный рост числа мужских СК, соответственно растет число АПО с функционирующими мужскими СК (до 24% в 2017 г.), частично за счет перепрофилирования женских СК, число которых снизилось до 65,3%. Посещаемость АПО женщинами выше в 1,6 раза (5012,2 против 3132,9 на 10 тыс. населения), но наблюдается интенсивный рост посещаемости среди мужчин (+153,2%). Первичных посещений АПО и осмотров в СК также больше среди женщин (22,6% от числа прикрепленного женского населения и 16,8%), чем среди мужчин (13% и 8,1% соответственно).

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Постановление Правительства Республики Казахстан №366 от 29.03.2012 «Об утверждении Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы»;
- 2 Указ Президента РК от 15 января 2016 г. «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы»;
- 3 Статистические сборники «Здоровье народа и деятельность системы здравоохранения РК». – Алматы, 2015-2017 гг.

**Э.Т. Әуезова, А.М. Арингазина**

*«ЖЖДСМ» Қазақстан медициналық университеті, Алматы қ., Қазақстан*

#### **2015-2017 ЖЖ. ТЕКСЕРУ КАБИНЕТЕРІНДЕ ҚАРАЛУ ЖӘНЕ ТЕКСЕРУ КАБИНЕТТЕРІМЕН ҚАМТАМАСЫЗДАНДЫРЫЛУЫН ТАЛДАУ**

**Түйін:** Амбулаториялық-емханалық мекемелердегі тексеру кабинеттерінің статистикалық мәліметтері 2015-2017 жж. №30 нысанның есебі бойынша талдау жасалды.

Гендерлік аспектіде әйелдер тексеру кабинеттердің саны ерлер кабинеттеріне қарағанда 2,7 есе көп; сонымен қатар ерлердің тексеру кабинеттердің саны қарқынды өсіп тұрғандығы көрінеді (өсуі +404,5%). Жалпы Қазақстан бойынша тексеру кабинеттерді кадрлармен қамтамасыз етілуі (орта буынды медициналық қызметкерлер) 72,6% құрады.

Амбулаториялық-емханалық мекемелердің жоспарлы қамтылуы 3 жылдағы динамикасы бойынша +32,6% өсті. Барлық тұрғындарды қабылдау арасында алғашқы қаралғандар 45% құрап, 3 жылда нақты өзгеріс көрсетпеді. Тексеру кабинеттердің қызметін бағалау үшін бізбен келесі индикаторлар әзірленді: профилактикалық қаралумен жалпы қамтылуы және профилактикалық қаралумен селективті қамтылуы.

**Түйінді сөздер:** тексеру кабинеттер, қаралу, қамтылу, профилактикалық тексеру.

**E. T. Auyezova, A. M. Aringazina**

*Kazakhstan Medical University «KSPH», Almaty, Kazakhstan*

#### **THE ANALYSIS OF THE EXAMINATION ROOMS ATTENDANCE AND EQUIPMENT FOR THE 2015-2017 PERIOD**

**Resume:** The statistical data of out-patient and polyclinic organizations on the reporting form №30 for 2015-2017 concerning the activities of examination rooms are analyzed. From a gender perspective, the number of female exam rooms is 2.7 times higher than that of male, with an intensive increase in the number of male exam rooms (+404.5%). Staffing average of health workers of exam rooms as a whole in Kazakhstan 72.6%. The planned capacity of primary care settings in dynamics for 3 years increased with an increase of + 32.6%. Among all visits, the primary ones accounted for an average of 45% and did not have sharp fluctuations during last 3 years.

To assess the activities of examination rooms, we have developed indicators: General coverage with examinations and coverage of selective examination.

**Keywords:** examination rooms, attendance, preventive examination.