

К вопросу совершенствования медицинской помощи сельскому населению

¹ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России, г. Владивосток

²КГБУЗ «Новосысоевская участковая больница», с.Новосысоевка Яковлевского района, Приморский край

³КГБУЗ «Хорольская центральная районная больница», с.Хороль, Хорольский район, Приморский край

Контактная информация: Л.Н. Трусова e-mail: v.rasskazova@mail.ru

Резюме

Авторами проведена оценка организации медицинской помощи сельским жителям двух территорий Приморского края, при этом подчеркивается острота проблемы совершенствования медицинской помощи в условиях модернизации регионального здравоохранения. Выявлены остро стоящие вопросы изменения организационной структуры и этапности объемов и видов медицинской помощи, формирования межмуниципальных центров для оказания специализированной медицинской помощи, которая в настоящее время мало доступна для сельчан, внедрения порядков и стандартов оказания медицинской помощи, развития профилактической направленности сельской медицины.

Ключевые слова: модернизация регионального здравоохранения; здоровье сельских жителей; медицинское обслуживание сельского населения; учреждения системы сельского здравоохранения

¹L.N. Trusova, ¹V.N. Rasskazova, ²E. A. Ivanova, ³T.V. Abasheva

To improve medical assistance to rural citizens

¹Of Russia in medical university GBOU HBO TGMU, Vladivostok, Russia

²KGBUZ Novosysoevskaya District Hospital, village Novosysoevka, Primorsky Krai

³KGBUZ Khorolsky Central District Hospital, village Khorol, Primorsky Krai
e-mail: v.rasskazova@mail.ru

Summary

The authors assess the Organization of medical assistance to rural residents of the two areas of the Primorsky region, underscoring the problem of improving health care in the face of regional health modernization. Identified acute questions of organizational structure change and phasing of volumes and types of medical assistance, formation of inter-municipal centers for specialized medical care, which

is currently not available for villagers, implementing rules and standards of care, preventive development of rural medicine.

Key words: regional health modernization; rural health; health care for the rural population; rural health system

Введение

В настоящее время в Российской Федерации имеются группы населения, которые по объективным причинам не могут пока характеризоваться как равные в вопросах охраны здоровья. К одной из этих категорий жителей страны относится сельское население. Исследований, посвящённых организации медицинской помощи сельским жителям достаточно много [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Однако, начиная с 2011 года, в условиях модернизации регионального здравоохранения в организации сельского здравоохранения произошли значительные перемены [7]. Министр здравоохранения Вероника Скворцова на заседании Правительства РФ от 25 января 2013 года отметила, что в 2012 году «особое внимание было уделено повышению доступности и качества медицинской помощи в сельской местности и удалённых районах страны», что дало свои результаты, т.к. «приводятся в порядок фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), было организовано около 600 межмуниципальных центров кардиологии, онкологии, травматологии, диагностических центров для будущих матерей, количество оборудования для видеоконсультаций, что также весьма актуально в

условиях нашей страны, число которых увеличилось в 4 раза; закуплено 187 мобильных комплексов для диспансеризации населения, и это реально приблизило специализированную медицинскую помощь к людям, которые живут в сельской местности. За последние два года на село приехало около 8 тыс. молодых врачей»[8]. Следует отметить, что кадровая проблема в системе здравоохранения Дальневосточного федерального округа остается острой и может «в ближайшем будущем стать угрозой сохранения сбалансированной и достаточной системы здравоохранения, обеспечивающей государственные гарантии оказания медицинской помощи населению» [9]. В свете изложенного совершенствование медицинской помощи сельскому населению имеет приоритетное направление в программе модернизации регионального здравоохранения Дальнего Востока. В этой связи представляется актуальным рассмотреть опыт работы сельского здравоохранения на примере ряда районов Приморского края за период 2010-2012 гг.

Цель работы - совершенствование медицинского обслуживания сельского населения.

Объект исследования - учреждения системы сельского здравоохранения.

Предмет исследования - организация медицинской помощи сельскому населению.

Материалы и методы

Для реализации цели использованы следующие методы: контент-анализа, аналитический, системного анализа, статистический.

В период 2011-2012гг. все медицинские учреждения, в т.ч. на территории сельских муниципальных образований, были переведены в полномочия субъекта – Приморский край и приняли статус краевых государственных бюджетных учреждений здравоохранения, включая участковые больницы, центральные районные больницы (ЦРБ).

В свете государственной политики оказания медицинской помощи сельскому населению предполагаются новые задачи для учреждений сельского здравоохранения, направленные на обеспечение сельского населения доступной и качественной медицинской помощью путем:

1).приведения материально-технической базы ФАПов, сельских врачебных участков, участковых больниц и ЦРБ в условиях реализации программы модернизации регионального здравоохранения, в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи;

2) привлечения молодых медицинских кадров на село в соответствии с кадровой политикой в системе здравоохранения России;

3).участия в решении социально-политических задач (снижение смертно-

сти, повышение продолжительности жизни населения, снижение уровня заболеваемости населения социально значимыми болезнями и пр.);

4).реструктуризации системы сельского здравоохранения, развития центров ВОП, центров здоровья, межмуниципальных центров и межтерриториальных поликлиник и пр.;

5).усиления профилактической направленности и формирование здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья сельчан;

6).обеспечения доступности специализированной и высокотехнологичной помощи сельскому населению;

7).обеспечения доступа сельских медицинских организаций в информационные системы международного стандарта (электронная почта, библиотечные системы, телемедицинские системы на основе Internet и др.).

Обсуждение результатов

Сравнительная оценка организации медицинской помощи населению двух сельских районов Приморского края показала, что изучаемые районы характеризовались однотипными демографическими ситуациями: сокращением численности населения района; увеличением доли лиц старше трудоспособного возраста (Рис. 1); регрессивным типом структуры населения; уровни смертности выше краевых показателей, в структуре общей смертности преобладала смертность от острых сосуди-

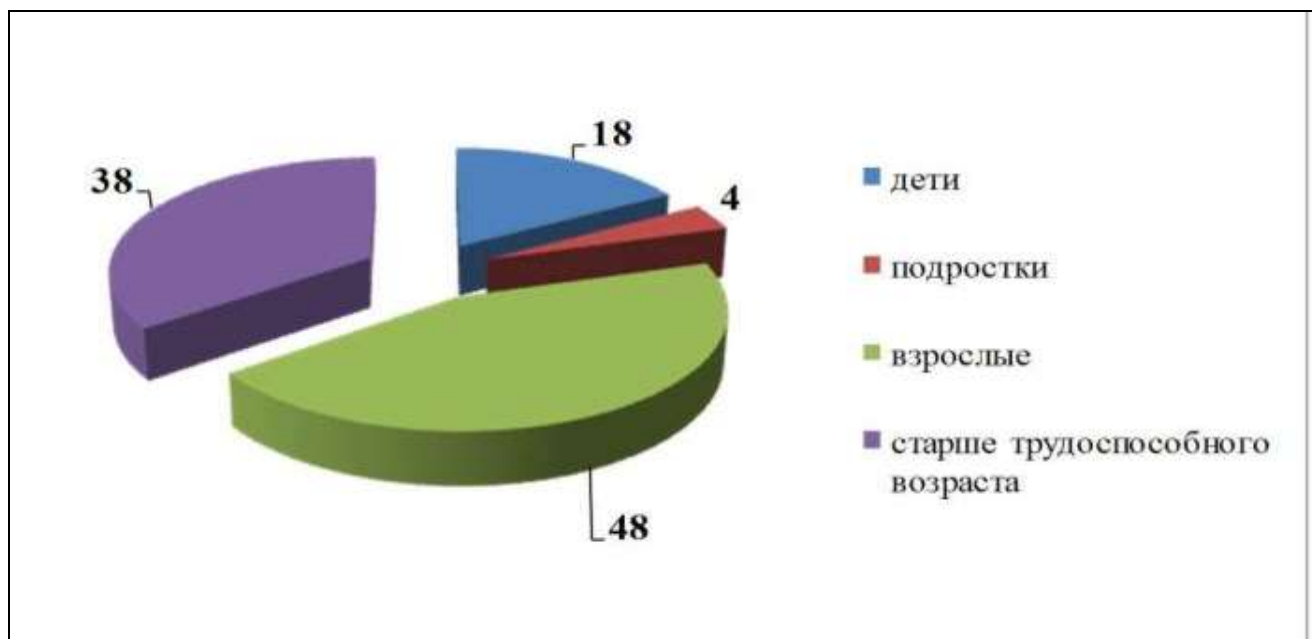


Рис.1. Возрастная структура изучаемых сельских районов.

В период 2011-2012гг. показатели первичной и общей заболеваемости по обращаемости (Рис. 2, 3) у различных

групп населения изучаемых районов характеризовались некоторой тенденцией роста по сравнению с 2010 годом.

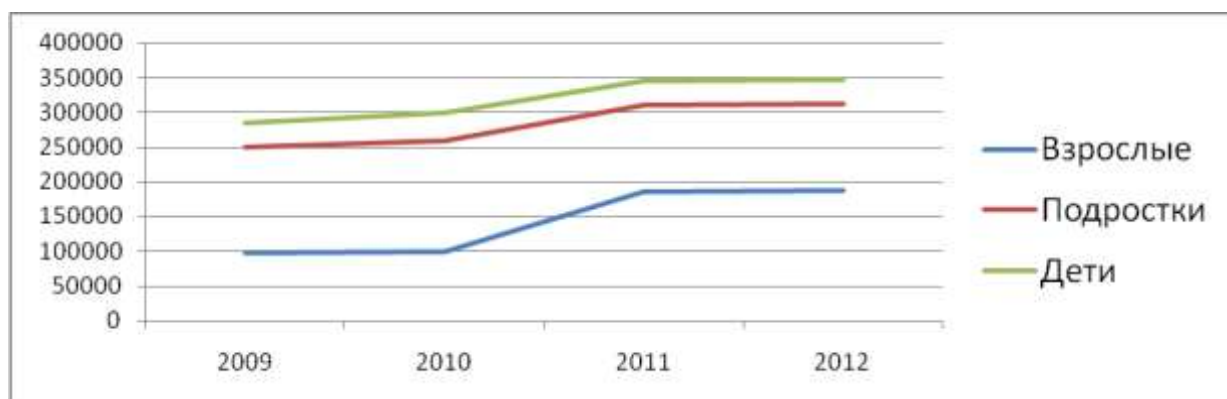


Рис. 2. Структура общей заболеваемости сельского населения изучаемых районов (на 100 тысяч населения).

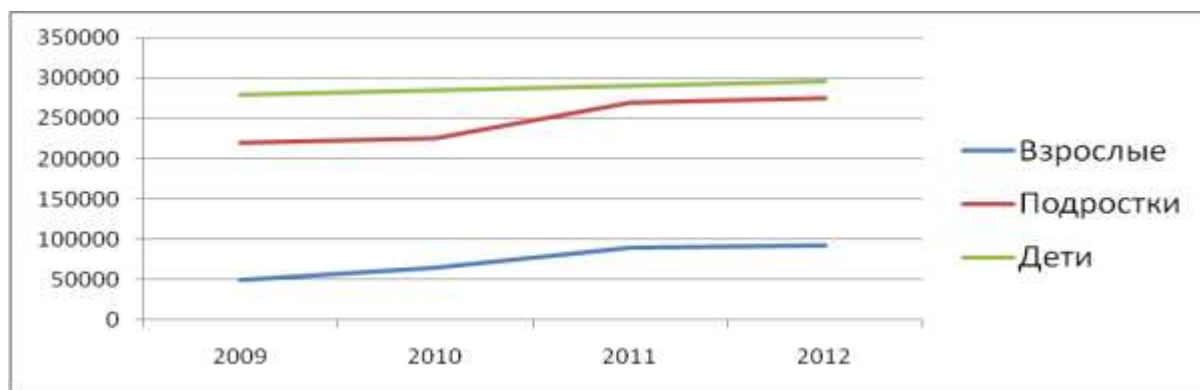


Рис. 3. Структура первичной заболеваемости сельского населения изучаемых районов (на 100 тысяч населения).

Это, возможно, связано, как со старением населения, с недостаточной профилактической направленностью в работе врачей первичного звена, отсутствием мотивации на охрану собственного здоровья у жителей села, так и с улучшением доступности первичной медико-санитарной помощи, что является результатом целенаправленной деятельности учреждений здравоохранения данных районов и субъектов управления системой здравоохранения Приморского края, включая участников системы обязательного медицинского страхования.

При этом в структуре посещений преобладали посещения с лечебно-диагностической целью (74,2%, против 56,1% по Приморскому краю в целом), на профилактические приходилось 25,8%, при краевом показателе -43,9%. Выполненная оценка профилактической работы амбулаторно-поликлинических учреждений сельской системы здравоохранения за исследуемый период показала, что при среднем числе посещений 7,2 на 1 жителя, из них на посещения с профилактической целью приходилось 2,5. По сравнению с прошлыми годами процент охвата населения диспансерным наблюдением по поводу хронических заболеваний увеличился до 37,6%, но не достиг ожидаемого показателя (не менее 51%), по профилактическим медицинским осмотрам

прослеживается рост с превышением краевого уровня.

Настораживает снижение числа диспансерных больных 2-й и увеличение 3-ей группы здоровья. В структуре впервые выявленных заболеваний первое место занимали заболевания системы кровообращения, на втором – заболевания костно-мышечной и нервной систем. Низок процент выявления заболеваний хирургического и гинекологического профилей, что свидетельствует о недостаточной профориентации врачей на выявление ранних форм заболеваний, особенно онкологических. При этом среди лиц трудоспособного возраста онкологические заболевания являются основной причиной первичного выхода на инвалидность, а заболеваемость злокачественными новообразованиями превышала краевые показатели в 1,2 раза. Отмечается снижение частоты выхода на инвалидность на 59 % среди группы диспансерных больных по сердечно-сосудистым заболеваниям. При этом сохраняются стабильно высокие показатели смертности от заболеваний органов кровообращения, онкологических заболеваний и от травм и отравлений с превышением краевых показателей.

Полученные данные свидетельствуют о том, что врачи амбулаторно-поликлинической службы сельских районов не мотивированы на раннее выявление заболеваний, алгоритм обследования и преемственность между врачами – специалистами отсутствовали, отмечается нежелание врачей заниматься с пациентами,

К вопросу совершенствования медицинской помощи сельскому населению.

имеющими риск развития заболеваний.

Прослеживается «социальный инфантилизм» населения, основанный на отсутствии ответственности за сохранность своего здоровья и, как следствие, безответственное отношение самих пациентов к собственному здоровью и низкая приверженность к профилактике и лечению заболеваний.

В организационной структуре системы управления сельским здравоохранением центральное место занимала и занимает ЦРБ, где сосредоточены основные объемы и виды организации медицинской помощи сельскому населению. На наш взгляд, нецелесообразно на территории райооа иметь другие учреждения краевого подчинения, как, например, участковая больница, которая должна входить в состав ЦРБ. В настоящее время основными институциональными направлениями развития центральной районной больницы являются:

-стандартизация структуры внебольничной помощи и коечного фонда на основе определения реальных потребностей населения в том или ином виде медицинской помощи;

-реструктуризация коечного фонда на основе порядков и стандартов оказания медицинской помощи;

-доведение коечного фонда до уровня адекватной обеспеченности населения сельского района данным видом меди-

цинской помощи в соответствии с нормативно-правовыми и иными требованиями;

-обеспечение возможности использования внебольничной службой оборудования учреждений стационарного типа, прежде всего ЦРБ;

-развитие таких направлений деятельности как: оказание экстренной и неотложной медицинской помощи; преемственности в части оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи; профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи с акцентом на формирование здорового образа жизни.

Повышение доступности медицинской помощи для сельского населения обеспечивается стандартизацией поставляемого в ЦРБ и другие учреждения медицинского оборудования в зависимости от этапа оказания медицинской помощи:

-оборудование для скорой медицинской помощи (оказание интенсивной медицинской помощи на догоспитальном этапе);

-рентгенологическое оборудование (обеспечение эффективной диагностики на догоспитальном и госпитальном этапе);

-реанимационное оборудование (интенсивная терапия на госпитальном этапе);

-наркозно-дыхательная аппаратура (обеспечение оперативного лечения на госпитальном этапе);

-хирургическое оборудование (проведение оперативного лечения на догоспитальном и госпитальном этапах);

-оборудование для реабилитации больных (проведение ранней реабилитации на этапе долечивания).

Немаловажной проблемой остается оснащение ЦРБ современной аппаратурой в виду низкой эффективности ее использования. Причины данной проблемы обусловлены, прежде всего, низкой численностью населения, отсутствием организации медицинских учреждений сельских районов в коллективном использовании оборудования, менталитетом сельского населения, стремящегося обследоваться в краевом центре; недостаточно высоким уровнем квалификации медицинского персонала, отсутствием должного сопровождения данного оборудования (наладка, ремонт, техническое и метрологическое обслуживание и пр.).

В этой связи, по-прежнему, остро стоит вопрос развития межрайонных (межмуниципальных) центров с возможностью довоза в медицинскую организацию в течение 30–40 минут, особенно для оказания специализированной помощи, которая в настоящее время мало доступна для сельчан. Требуется изменение структуры этапности оказания медицинской помощи сельскому населению. Например, в ряде случаев, целесообразно реорганизовать нерентабельные малокоштные участковые больницы во врачебные амбулатории или центры ВОП как структурное

подразделение ЦРБ, а терапевтические койки участковых больниц перепрофилировать в койки сестринского ухода, с передачей в ЦРБ, перевести ФАП и фельдшерские пункты (ФП) в подразделения врачебной амбулатории или участковой больницы. Продолжить внедрение стационарозамещающих технологий, расширив перечень специализированных видов медицинской помощи в условиях дневного стационара и стационара на дому. Важно сохранить стационарные койки в связи с их востребованностью с дальнейшим постепенным перепрофилированием их в отделение восстановительного лечения, реабилитации и медико-социальной помощи. Создать приёмно-диагностические палаты, предназначенные для наблюдения за пациентами, имеющими относительные показания для госпитализации.

Для повышения эффективности работы первичного звена:

-организовать выездную работу, закрепить участковых врачей за ФАП, ФП в результате этого увеличить количество активных посещений на дому с целью ранней диагностики заболеваний, проведения профилактики социально значимых заболеваний;

-повысить квалификацию фельдшеров в вопросах реабилитации и медико-социальной помощи, а также усилить контроль за их работой;

-усилить преемственность взаимодействия амбулаторно-поликлинического звена и стационаров.

Для оптимизации работы скорой медицинской помощи (СМП) следует уравнивать радиус зон обслуживания функционирующих бригад; сократить использование СМП в обслуживании хронических больных без показаний.

Заключение

Таким образом, совершенствование оказания медицинской помощи сельскому населению в условиях модернизации регионального здравоохранения заслуживает особого внимания. Сегодня целенаправленно требует изменений организационная структура и этапность; остро стоит вопрос ресурсного обеспечения (финансового, материально-технического, кадрового, информационного и пр.), как следствие, развитие объемов и видов медицинской помощи с учетом требований порядков и стандартов оказания медицинской помощи; формирование межмуниципальных центров и других медицинских структур для оказания специализированной медицинской помощи; усиление профилактической направленности сельской медицины, реализация их обеспечит увеличение удовлетворенности сельского населения доступностью и качеством медицинской помощи.

Список литературы

1. Водяненко И.М. Медико-организационные аспекты совершенствования лечебно-профилактической помощи сельскому населению в условиях реформы здравоохранения (на модели Саратовской области) / И.М. Водяненко. - СПб. - Саратов: Изд-во Ориент, 2000. - 174 с.
2. Милосердов В.П. Совершенствование системы специализированной стационарной медицинской помощи населению региона (на примере Саратовской области): Автореф. дисс. докт. мед. наук / В.П. Милосердов. - СПб., 2005. - 40 с.
3. Павлов В.В. Современные подходы к организации медицинской помощи населению в сельской местности / В.В. Павлов, С.А. Суслин, А.К. Каширин // Здравоохранение Российской Федерации – 2008, №3. - С. 15-18.
4. Розенфельд Л.Г. Проблемные вопросы организации медицинской помощи сельскому населению / Л.Г. Розенфельд, М.Г. Москвичёва // Проблемы управления здравоохранением. – 2008, № 41. - С. 11-18.
5. Сергеев И.П. Организация консультативно-диагностической помощи сельскому населению: Автореф. дисс. к.м.н./И.П. Сергеев.-СПб., 2001.- 24 с.
6. Черевко С.Н. Оптимизация системы медицинского обслуживания сельского населения в условиях административного объ-

единения города и села: системный подход / С.Н. Черевко, Е.Н. Моклецов, Н.Г. Коршевер // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. И.А.Семашко. Вып. 4. Ежекварт. научно-практ. журнал. - М.: РАМН, 1999. - С. 102-110.

7. Выступление министра Т.А. Голиковой на расширенной коллегии Минздравсоцразвития России <http://www.minzdravsoc.ru/health/med-service/2005>.
8. Выступление министра здравоохранения Российской Федерации Сковорцовой В.И. на заседании Правительства РФ 25.02.2013 года «О реализации региональных программ модер-

низации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011-2012 годах и задачах на 2013 год» [Электронный ресурс]: Правительство Российской Федерации //Доступ: URL.: <http://правительство.рф/docs/22522/>

9. Молочный В.П., Капитоненко Н.А. Проблема обеспечения медицинскими кадрами системы здравоохранения Дальневосточного региона [Электронный ресурс]: «Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России». ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздрава России - № 4. – 2012 г. //Доступ: URL.: <http://www.fesmu.ru/voz/20124/2012401.asp> х.