

увеличено с 566 до 570, а занятость койки сократилась с 260,8 до 247,5 дней;

количество коек гнойно-хирургического профиля увеличилось с 230 до 264, занятость при этом уменьшилась с 312,6 до 301,6 дня;

количество коек психиатрического профиля увеличилось с 875 до 890, занятость при этом уменьшилась с 333,4 до 328,5 дней.

Таким образом, в области необходимо постепенно, с учетом детального качественного и количественного анализа работы коек по каждой стационарной организации и по каждому профилю, продолжить реструктуризацию коечного фонда путем:

перераспределения части объемов медицинской помощи населению из стационарного во внебольничный сектор;

рационального распределения больничных коек по уровням оказания медицинской помощи;

развития межрайонных центров специализированной помощи;

перепрофилирования маломощных сельских участковых больниц во врачебные амбулатории;

увеличения коечного фонда отделений дневного пребывания в стационарах с круглосуточным пребыванием и при амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения;

решения вопроса о передаче коек сестринского ухода в организации, подчиненные Министерству труда и социальной защиты Республики Беларусь;

направления высвобождающихся ресурсов (кадровых, финансовых и др.) на укрепление организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Реализация данных мероприятий позволит экономно и эффективно использовать финансовые средства, выделяемые на здравоохранение.

ANALYSIS OF EFFICIENCY IN USING BEDS CAPACITY AT HEALTH CARE INSTITUTIONS OF MOGILEV REGION IN 2011

A.V.Semyonov

Actual data on beds capacity in Mogilev Region in 2011 were analyzed. The following aggregate indicators describing the efficiency of hospital beds were estimated: average annual hospital bed occupancy, function of the hospital bed, bed turnover, average length of a patient's stay at hospital and average length of the hospital bed downtime. The analysis of bed capacity was carried out at the district, city and regional levels as well as throughout the region, on the whole. In order to evaluate the best possible work of hospital beds the following indicators were estimated: maximal average annual hospital bed occupancy, maximal function of the hospital bed, beds capacity and the maximal number of beds required. Directions in the work on further restructuring of hospital beds were defined.

Поступила 10.09.2012 г.

ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ

С.С.Корсак

Буда-Кошелёвская центральная районная больница, г. Буда-Кошелёво, Гомельская область

Чернобыльская катастрофа и ухудшившаяся социально-экономическая ситуация негативно повлияли на возможности оказания и качество медицинской помощи сельскому населению Республики Беларусь. В современной Беларуси имеются различия в условиях функционирования организаций здравоохранения в городе и сельской местности. Реформирование отрасли здравоохранения и государственные социальные стандарты не в полной мере учитывают особенности организации медицинской помощи сельскому населению. Выделены основные направления совершенствования системы оказания медицинской помощи сельскому населению Республики Беларусь, в том числе, проживающему на территориях, подвергшихся радиационному загрязнению вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. Утверждается, что без смещения приоритетов кадрово-финансовой политики государства в области охраны здоровья в сторону сельского здравоохранения невозможно достичь улучшения показателей общественного здоровья.

Чернобыльская катастрофа в совокупности с ухудшившейся в 90-х годах XX века социально-экономической ситуацией не могли не повлиять на организацию и качество оказания медицинской помощи сельскому населению Республики Беларусь, в особенности, проживающему на радиоактивно загрязненных территориях.

По международным критериям, реформирование здравоохранения чаще всего связывают с децентрализацией управления, разделением законодательных, исполнительных и контрольных отраслевых функций, повышением роли профессиональных медицинских ассоциаций и многоканальностью финансирования.

На постсоветском пространстве под реформаторской деятельностью должно подразумеваться, в первую очередь, повышение качества оказания первичной медицинской помощи (ПМП), а также изменение взаимоотношений между врачом и пациентом (переход от патерналистских отношений к информированному согласию на медицинское вмешательство), внедрение института семейных врачей, развитие частной медицинской практики, повышение престижности медицинского и, в особенности, врачебного труда.

Все эти направления реформирования должны учитывать степень адекватности и сопоставимости условий, в которых эти процессы происходят. Демографические и социально-экономические изменения, происходящие в мире в настоящее время, на территории Республики Беларусь имеют свои особенности. В нашей стране наблюдаются социально-экономические, медико-демографические и эколого-географические различия в условиях функционирования организаций здравоохранения в городе и сельской местности, в том числе в районах, расположенных на территориях радиоактивного загрязнения. Следует учесть также, что большинство пожилого населения страны проживает в сельской местности.

Государственная политика стандартизации медицинских услуг, оказываемых в Республике Беларусь, изначально имеет обоснованную причину и понятную цель. Но утвержденные государственные социальные стандарты (ГСС) оказания медицинской помощи (МП) населению не учитывают некоторые обстоятельства. Так, например, в областных центрах и столице, где радиус обслуживания подстанций скорой и неотложной медицинской помощи (СНМП), как правило, не превышает 10 км и имеется высокая доступность различных видов городского транспортного сообщения, количество вызовов СНМП на 1000 населения объективно не может быть таким же, как в сельских районах, где радиус обслуживания

станций (отделений) СНМП центральных районных больниц (ЦРБ) иногда достигает 100 км.

При этом необходимо учитывать, что в сельской местности автобусное сообщение, в соответствии с ГСС, на 100% охватывает лишь те населенные пункты, где имеется более 10 дворов. Кроме того, большинство маршрутов сельского пассажирского автотранспорта не являются ежедневными, значительная их часть осуществляется лишь 1–2 раза в неделю.

Малочисленность, разбросанность на территориях районов и большая отдаленность значительного числа сельских населенных пунктов от районных центров существенно снижают доступность медицинской помощи для сельских жителей. Это усугубляется невысоким качеством автомобильных дорог в районах Беларуси. Следует учесть, что ряд малонаселенных пунктов не имеют ни одного «стационарного» телефона, то есть позвонить в отделение СНМП и впоследствии доехать до пациентов для оказания им медицинской помощи становится невыполнимой задачей.

Сельским медикам давно известен менталитет сельских жителей в отношении к своему здоровью: сезонность обращаемости за медицинской помощью (преимущественно зимой) и невозможность оставить свое личное подсобное хозяйство, чтобы получить стационарное лечение, даже в случае возникновения у них серьезных проблем со здоровьем. Отсюда — рост запущенности и хронизация заболеваний.

Общеизвестны также особенности образа жизни сельского населения: отсутствие привычных для городских жителей коммунальных удобств, несбалансированное питание, ежедневная значительная физическая нагрузка и бытовое пьянство. В последние годы в сельской местности страны наблюдается рост числа малообеспеченных и социально неблагоприятных семей, в том числе за счет алкоголизации населения.

Лечебно-профилактическая помощь сельскому населению Республики Беларусь традиционно организована по принципу этапности, при котором подразумевается, что уровень качества МП повышается от начального этапа к последующему (первый этап — врачебные амбулатории (ВА), амбулатории врача общей практики (АВОП), участковые больницы (УБ); второй этап — районные организации здравоохранения (ОЗ): ЦРБ с районными поликлиниками, женскими и детскими консультациями, районные больницы и диспансеры; третий этап — областные ОЗ; четвертый этап — республиканские ОЗ и научно-практические центры). Объективно, на 4-м (столичном) или 3-м (областном) этапах возможностей для оказания высококвалифицирован-

ной лечебно-диагностической помощи гораздо больше, чем на первых двух этапах.

Такая этапность, в целом, позитивна. Однако, чтобы сельским жителям попасть на четвертый этап, всегда нужно пройти первые три. В республиканских, как и в областных, ОЗ без направлений, выданных районными ОЗ, бесплатно пациентов не принимают. Это влечет дополнительные денежные издержки для и так небогатых сельских пациентов, так как транспортные расходы при поездках на консультации за пределы районов давно им не компенсируются. При этом часто упускается время, необходимое для своевременной диагностики и лечения заболеваний.

Более 10 лет назад в каждой областной больнице и в городе Минске были созданы «Центры экстренной медицинской помощи» (ЦЭМП), имеющие в своем распоряжении лишь автомобильный транспорт, который является не таким оперативным, как авиационный. Это также влечет потерю времени.

Необходимо также учесть, что около трети всех посещений пациентами в течение года в районах осуществляется в фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), то есть МП оказывается на доврачебном этапе, который вообще «не входит» в этапность, перечисленную выше.

Многие проблемы организации оказания МП населению в загрязненных радионуклидами сельских районах Республики Беларусь лежат в плоскости не дифференцированного, а унифицированного подхода к городскому и сельскому здравоохранению.

В настоящее время сельские ОЗ являются основными проводниками государственной политики в области профилактики заболеваний и сохранения общественного здоровья. Реализация курса на сохранение и укрепление здоровья населения посредством совершенствования ПМП в современных условиях является востребованной и обоснованной задачей. Но при этом необходимо учитывать, что сельские ОЗ не имеют «освобожденных» (штатных) квалифицированных специалистов, которые могли бы непосредственно организовать системную работу по внедрению эффективной системы профилактики заболеваний. Вся деятельность фельдшеров-валеологов ЦРБ в этом направлении носит, во многом, формальный характер. Осуществление сегодня этой работы каждым сельским медиком на «общественных началах» не является подходом, адекватным возлагаемым на отрасль задачам.

Высокий удельный вес пожилого населения в сельских районах Беларуси высвечивает еще одну назревшую проблему сельского здравоохранения – разделение задач и полномочий социальной

и медицинской помощи, так как понятие «медико-социальная помощь» является межотраслевым и не должно пониматься, как исключительная прерогатива отрасли здравоохранения.

Можно выделить несколько групп противоречий и проблем, обуславливающих социально-психологический микроклимат, объективно сложившийся в сельских ОЗ Республики Беларусь на современном этапе:

1. Несоответствие базовых (кадровых, материально-технических, финансовых и др.) возможностей сельского здравоохранения страны тем глобальным задачам по здравосозиданию, которые на него возлагаются. Например, далеко не все функционирующие в республике АВОП имеют оснащение оборудованием, инструментарием и инвентарем, соответствующее утвержденному «Примерному табелю». Большинство работающих в АВОП врачей общей практики не оказывают медицинскую помощь пациентам по «узковрачебным» профилям (хирургия, акушерство-гинекология, офтальмология, оториноларингология, неврология). Материально-техническая база многих сельских ОЗ оставляет желать лучшего: далеко не все они располагаются в типовых зданиях (в том числе, с жильем для медработников), многие из них находятся в приспособленных и арендуемых помещениях (в том числе «перепрофилированных» ФАПов). Многие сельские ОЗ нуждаются в капитальном ремонте и реконструкции.

2. Сложное, противоречивое взаимодействие и подчиненность на местах руководителей районных организаций здравоохранения одновременно нескольким уровням (ветвям) власти: государственным органам управления – райисполкомам, органам местного самоуправления – райсоветам и отраслевым органам – управлениям здравоохранения облисполкомов. Это противоречит одному из основных принципов управления: «У каждого сотрудника должен быть один непосредственный начальник».

3. Фактическое возложение государством ответственности за обеспечение и укрепление здоровья нации преимущественно на отрасль здравоохранения, что противоречит концепции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по данному вопросу. Ошибочно считается, что ОЗ способны оказывать существенное влияние на уровень общественного здоровья. Медицина же – одна из отраслей экономики, которая занимается медицинской профилактикой, диагностикой и лечением, но объективно не может обеспечить здоровый образ жизни, безопасные условия проживания и жизнедеятельности населения. Тем не менее, спрос за

обеспечение снижения показателя общей смертности населения (то есть не только от управляемых причин) на районном уровне осуществляется почти исключительно с руководства местных ЦРБ.

4. Директивное доведение ежегодных планов по объемам платных медицинских услуг (ПМУ), оказываемых населению, с учетом их роста в процентах по отношению к предыдущему году (в сопоставимых ценах), а не на 1 жителя региона. В сложившейся ситуации «передовиком» при выполнении плана ПМУ в процентах часто оказывается та ОЗ, которая фактически их оказала меньше (в пересчете на 1 жителя), чем та ОЗ, которая «не обеспечила» данного процентного роста.

5. Требование выполнения организациями здравоохранения планов по объемам ПМУ, оказываемых населению, в условиях не индексируемых адекватно себестоимости расценок, искусственного сдерживания их роста, ограниченного перечня этих услуг, исключительной «добровольности» их оказания лишь при отсутствии медицинских показаний.

6. Отсутствие на районных уровнях оказания медицинской помощи единой подчиненности во взаимоотношениях между ОЗ, органами Госсанэпиднадзора и аптечными учреждениями при сохранении до сих пор такого иерархического взаимодействия на областных и республиканском уровнях в рамках единого для всех Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Это также вступает в противоречие с еще одним из основных принципов управления – принципом единоначалия.

7. Дисциплинарная ответственность руководителей ЦРБ за те показатели деятельности подчиненных ОЗ, на которые они в полной мере объективно повлиять не могут, так как эти показатели находятся вне сферы влияния отрасли здравоохранения либо подвержены ее влиянию лишь частично.

8. Длительное непринятие на государственном уровне Закона «О правах и обязанностях медицинских работников и пациентов». В результате, общеизвестны права пациентов и обязанности медиков, но, к сожалению, почти никому не известны (так как нигде законодательно не прописаны) права медиков и обязанности пациентов.

9. Широкое, нередко непрофессиональное и предвзятое, освещение в средствах массовой информации различного уровня медицинских деликтов, которое не способствует повышению престижности профессиональной медицинской деятельности.

10. Несоизмеримый с возлагаемой ответственностью уровень оплаты труда сельских медицинских работников, оказывающих ПМП, который не способствует снижению оттока квалифицирован-

ных кадров из отрасли. Корректирующие коэффициенты к тарифным ставкам (окладам), применяемые в бюджетной сфере с 2002 года, практически, нивелировали разницу в оплате труда работников с высшим и средним медицинским образованием, а также сотрудников, имеющих и не имеющих квалификационные категории.

11. Немалый уровень заболеваемости и невысокая продолжительность жизни сельских медиков, в том числе, по причине широкой распространенности среди них синдрома эмоционального выгорания и вредных привычек (табакокурения и алкоголизации).

12. Значительное (более чем в 15 раз за последние 20 лет) возрастание документооборота в здравоохранении, не создающее предпосылок для тщательного изучения, анализа, постановки на контроль поступающей документации (из-за ее большого объема) и принятия объективных, обоснованных управленческих решений на всех уровнях отраслевого и межотраслевого взаимодействия.

Эти противоречия являются как внутриотраслевыми, межотраслевыми, так и комбинированными. По своему характеру их можно также классифицировать как психологические, организационные и структурные. Они существенно осложняют работу отрасли, приводят к ухудшению, прежде всего, ее кадрового потенциала и не способствуют успешному решению поставленных перед ней задач в деле сохранения и укрепления здоровья нации.

Указанные противоречия, к сожалению, имеют не какое-то абстрактное, а конкретное социально-психологическое значение и последствия. Их наличие не идет на пользу психическому и физическому здоровью медицинских работников и, прежде всего, руководителей «низового» (сельского) уровня отрасли здравоохранения Республики Беларусь, способствуя хроническому стрессу, а наиболее распространенным, популярным и востребованным «антистрессовым» средством является, к сожалению, алкоголь.

Принимая во внимание все вышеизложенное, а также тот факт, что сельские жители составляют значительную часть населения страны, кажется очевидным, что без усиления акцентов кадрово-финансовой политики государства в области охраны здоровья в направлении ПМП (сельского здравоохранения) невозможно будет достичь существенных успехов в улучшении показателей общественного здоровья населения Республики Беларусь.

Основными направлениями совершенствования системы оказания медицинской помощи сельскому населению Республики Беларусь, в том числе проживающему на территориях, загрязненных в результате Чернобыльской катастрофы, являются:

1. Научное обоснование контингентов населения, подлежащих ежегодным медицинским осмотрам, и объемов этих медосмотров.

2. Научное обоснование нормативов функционирования сельских организаций здравоохранения (кадровых, финансовых и материально-технического обеспечения).

3. Определение научно обоснованных и объективно достаточных стандартов оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи сельскому населению Республики Беларусь с учетом конкретной радиационной обстановки.

4. Обеспечение сельского населения Республики Беларусь квалифицированной врачебной помощью, равноценной оказываемой городскому населению.

5. Укомплектование сельских районов врачебными кадрами, с предоставлением им отдельного благоустроенного жилья и решением их социально-бытовых проблем.

6. Совершенствование всей системы информационно-образовательной и разъяснительной работы с населением по формированию здорового образа жизни, а также, в частности, – с социально неблагополучными семьями.

7. Укрепление и оптимизация всей системы медицинской реабилитации больных, учитывающей особенности места проживания, возрастную половую структуру и заболеваемость населения.

8. Ужесточение системы радиометрического контроля сельскохозяйственной продукции, в том числе, свободная продажа в каждом районе Республики Беларусь бытовых дозиметров.

9. Обеспечение отказа от местных видов топлива при отоплении жилищ граждан, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях.

10. Ужесточение санитарно-гигиенического контроля соблюдения норм производственной гигиены и санитарии.

11. Научно и экономически обоснованное, рациональное распределение финансовых ресурсов между охраной и укреплением здоровья населения, профилактикой и лечением, первичной и специализированной, а также амбулаторной и стационарной медицинской помощью, с учетом анализа экономической эффективности и состояния здоровья населения в каждом регионе Республики Беларусь.

12. Создание действенного механизма непрерывного медицинского мониторинга деятельности организаций здравоохранения, реформирование системы управления качеством ПМП в сельских регионах Республики Беларусь, в том числе – пострадавших от Чернобыльской катастрофы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Материалы научно-практической конференции, посвященной 10-летию БелЦМТ. – Минск, 2002.
2. Здоровье и окружающая среда: Сборник научных трудов к 75-летию НИИ санитарии и гигиены, в 2-х т. / Под ред. С.М.Соколова, В.Г.Цыганкова. – Барановичи: Барановичская укрупненная типография, 2002.
3. Управление системой охраны здоровья населения и отраслью здравоохранения в Республике Беларусь: Материалы республиканской научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения И.А.Инсарова. – Минск, 2003.
4. Неотложная медицина: Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию Гомельской городской больницы скорой медицинской помощи / Под ред. А.Н.Лызикова. – Гомель, 2003.
5. Актуальные проблемы медицины Гомельской области: Материалы научно-практической конференции, посвященной 60-летию Гомельской областной клинической больницы. – Гомель, 2004.
6. Проблемы общественного здоровья и здравоохранения Республики Беларусь: Материалы республиканской научно-практической конференции, посвященной 80-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения БГМУ. – Минск, 2005.
7. Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2006.

PROBLEMS OF RURAL HEALTH CARE IN THE AREAS OF THE REPUBLIC OF BELARUS AFFECTED BY THE CHERNOBYL DISASTER

S.S.Korsak

The Chernobyl accident and worsened socio-economic situation have negatively affected the possibility of rendering and quality of medical care to rural population of Belarus. Now there exist some distinctions in operating conditions of health care institutions in the urban and rural areas. Health care system reforming and the State social standards in the field of health care do not take into account peculiarities of rendering medical care to rural population. Main directions for the improvement of medical care to rural population of the Republic of Belarus, including those living in the territories affected by radioactive contamination following the accident at the Chernobyl nuclear power plant have been defined. It has been emphasized that it is impossible to improve health care indicators without changing priorities in the staff and financial policy of the state as regards health protection towards rural health care.

Поступила 12.09.2012 г.