

РЕГРЕССИВНОЕ РАЗВИТИЕ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. КУРЦЕВ

*Курский областной фонд
обязательного медицинского
страхования*

e-mail: andron.vl@rambler.ru

Активные процессы модернизации здравоохранения, развернутые в нашей стране в последние годы, требуют своевременного и адекватного реагирования в субъектах Российской Федерации. Наиболее сложной в сложившейся ситуации представляется реформа сельского здравоохранения. В статье на примере функционирования центральных районных больниц Курской области рассматриваются основные проблемы, приведшие к регрессивному развитию оказания медицинской помощи на селе и тормозящие модернизацию сельского здравоохранения. Вопросы демографии, нерациональное сокращение коечного фонда круглосуточных стационаров, наращивание объемов стационарной помощи при сокращении объемов амбулаторно-поликлинических услуг, падение уровня профилактической работы, старение кадров – все эти процессы подвергаются автором статьи достаточно подробному анализу. Выход из складывающейся ситуации автор видит в создании межрайонных круглосуточных стационаров и укреплении амбулаторно-поликлинического звена. В статье анализируются положительные аспекты данных реформ и указываются пути решения проблем, возникающих при реформировании круглосуточных стационаров центральных районных больниц.

Ключевые слова: реформа сельского здравоохранения; центральные районные больницы.

Основными направлениями развития сельского здравоохранения в советские годы считались: организация максимальной доступности медицинской (в том числе и специализированной) помощи для населения районов; наращивание мощности коечного фонда и обеспеченности медицинскими работниками стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев; развитие дорогостоящей сети лечебных учреждений в виде центральных районных и участковых больниц и врачебных амбулаторий. Девиз: «Все во имя человека, все на благо человека!» требовал не считаться с материальными затратами. Страницы центральной и местной прессы еженедельно пестрели рапортами об открытии новых отделений и клиник. Подстегиваемые принципом послевузовского распределения в районы ехали молодые кадры врачей и медицинских сестер [2].

Однако с наступлением девяностых годов XX века ситуация изменилась на диаметрально противоположную. Кризисные явления в стране привели к значительному снижению потоков бюджетного финансирования. Уже не строили, а в основном достраивали когда-то начатое, да и то такими медленными темпами, что стены некоторых будущих больниц успевали разрушиться, так и не увидев своих пациентов. Исчез принцип распределения молодых кадров, постепенно начали исчезать и сами кадры. Выживание районного и сельского здравоохранения обеспечивала практически одна система обязательного медицинского страхования, разрешавшая финансирование только пяти статей расходов. Прогресс сменился регрессом, который дал особенно интенсивный рост на благоприятной почве снижения численности населения [5].

Так, например, за период с 2001 по 2010 год население Дмитриевского района сократилось на 7,9 тысяч жителей (с 25,7 до 17,8 тысяч), Рыльского района – на 7,7 тысяч (с 45,2 до 37,5 тысяч), Льговского района – на 6,7 тысяч (с 43,6 до 36,9 тысяч).

При этом Министерством здравоохранения и социального развития РФ было признано наличие в стране неадекватного расширения коечного фонда и высокого уровня показателя нецелесообразной и непрофильной госпитализации [3].

Кроме того, внимание чиновников от экономики и медицины было обращено на следующий немаловажный момент: общепризнанным в мировом здравоохранении является тот факт, что медицинская помощь, оказываемая пациентам в круглосуточном стационаре, является наиболее затратным видом помощи.



В связи с изложенным органы управления здравоохранением Курской области наметили и претворили в жизнь программу адекватного трем вышеперечисленным факторам сокращения коечного фонда центральных районных больниц (далее ЦРБ). За период с 2001 по 2010 год в сельском здравоохранении, выполняющем программу обязательного медицинского страхования (далее ОМС), было сокращено 1 647 коек. Предпринятые меры привели к тому, что из 28 ЦРБ Курской области в пределах рентабельности круглосуточных стационаров (150 коек) осталось только три больницы: Льговская ЦРБ (174 койки), Рыльская (175 коек) и Щигровская ЦРБ (150 коек). Круглосуточный стационар Железнодорожной ЦРБ на начало 2010 года насчитывал всего лишь 28 коек, Курчатовской, Поньоровской и Черемисиновской ЦРБ – по 48 коек, Большесолдатской, Тимской и Хомутовской ЦРБ – по 55-57 коек.

Сокращение коечного фонда ЦРБ привело к снижению возможности больниц зарабатывать средства в системе ОМС. При этом затраты на содержание самих ЦРБ практически не уменьшились. Главные врачи не желали идти на сокращение медицинского персонала. В результате во многих ЦРБ появились отделения-«призраки» на 4-9 коек с полным штатом тридцатикоечных отделений: 1,5-2 ставки врача, по 5,5-6,5 ставок среднего и младшего медицинского персонала. К началу 2010 года только в одной Глушковской ЦРБ избыточно содержалось 37 штатных должностей медицинских работников разного профиля. Не уменьшались выплаты за сложность и напряженность. В ЦРБ по-прежнему содержалось избыточное количество не обеспеченных работой заместителей главных врачей с достаточно высоким уровнем заработной платы: по 6 заместителей в Октябрьской ЦРБ (75 круглосуточных коек), Пристенской ЦРБ (86 коек), Рыльской ЦРБ (175 коек), Солнцевской ЦРБ (85 коек).

Выход из финансовых «ножниц» многие главные врачи увидели в перевыполнении плана объемов программы ОМС по оказанию медицинской помощи в круглосуточных стационарах. Так, план койко-дней за 2009 год в Солнцевской ЦРБ был выполнен на 113,3%, в Обоянской и Фатежской ЦРБ – на 106,7%. В целом из 28 центральных районных больниц Курской области в 2009 году 14 (50%) перевыполнили плановые объемы круглосуточной стационарной помощи по программе ОМС. В предыдущие годы количество стационаров, работавших с перевыполнением плана койко-дней, доходило до 100%.

При этом на хронически низком уровне практически во всех ЦРБ находились и находятся показатели амбулаторно-поликлинической помощи. За первое полугодие 2010 года только в Большесолдатской и Пристенской ЦРБ план объема посещений по программе ОМС выполнен на 104,7% и 107,4% соответственно. В целом по районам полугодовой показатель посещений выполнен лишь на 78,3% (в 2009 году – 83,4%). Но и здесь имеются свои «рекордсмены»: Корневская ЦРБ – 55,4%, Дмитриевская ЦРБ – 56,9%, Золотухинская ЦРБ – 58,5%. Экономические потери ЦРБ от невыполнения объемов амбулаторно-поликлинической помощи населению за первое полугодие 2010 года составили 51,1 млн. рублей. У «рекордсменов» упущенная выгода составила: Корневская ЦРБ – 3,3 млн. рублей, Дмитриевская ЦРБ – 2,8 млн. рублей, Золотухинская ЦРБ – 3,5 млн. рублей, что равноценно или превышает среднемесячную сумму, зарабатываемую всем объединением (стационар, дневной стационар, поликлиника) в течение месяца (т.е. можно сказать, что один месяц в году объединение полностью простаивало, не оказывая никакой медицинской помощи).

Помимо субъективных причин, выражающихся в неумении руководства ЦРБ ориентироваться в требованиях современных реалий, у подобных перекосов существует серьезная объективная причина. Это старение кадров и, как следствие, не укомплектованность амбулаторно-поликлинического звена [2]. Так, в той же Корневской ЦРБ средний возраст врачей составляет – 57! лет, в Дмитриевской ЦРБ – 56 лет, в Хомутовской ЦРБ – 55 лет. Самой «молодой» на этом фоне выглядит Пристенская ЦРБ, где средний возраст врачей составляет 46 лет. Очевидно, стареющие кадры не в состоянии обеспечить обслуживание вызовов, патронажи и профилактическую деятельность, работу в рамках дополнительной диспансеризации одновременно. Притока же молодежи в амбулаторно-поликлиническую службу ЦРБ в последние годы не наблюдается вовсе, что постепенно привело к не укомплектованности участкового звена на 30-50% [4].

Старение кадров и уменьшение нагрузки на медицинских работников в результате отрицательных демографических процессов в сельской местности приводит к самому страшному для населения – деградации медицинских навыков и практических знаний медработников. Следствием подобных процессов является резкое ухудшение качества оказываемой медицинской помощи, иногда смертельно опасное. Так, например, по данным экспертной оценки историй болезни за 2009 год нарушения при оказании медицинской помощи выявлялись в Хомутовской ЦРБ в 69% случаев, в Кореневской ЦРБ в 66%, в Глушковской и Дмитриевской ЦРБ в 63% случаев. Следовательно, в двух третях случаев обращения населения за медицинской помощью в данные лечебные учреждения последняя оказывалась некачественно и несвоевременно. И это не болезнь одной только Курской области [5, 6].

Таким образом, все вышеизложенное позволяет с полной уверенностью сказать, что сельское здравоохранение Курской области, как, впрочем, и многих похожих регионов Российской Федерации на протяжении последнего десятилетия развивается по регрессивному типу. Основными показателями данного процесса являются:

1. Демографические процессы, приводящие к снижению численности сельского населения в зоне обслуживания центральных районных больниц.

2. Уменьшение коечного фонда круглосуточных стационаров ЦРБ ниже уровня рентабельности.

3. Нарастание непродуктивных и нерациональных затрат на обеспечение жизнедеятельности ЦРБ.

4. Падение качества и ухудшение своевременности оказания медицинской помощи в сельской местности.

5. Экстенсивный путь развития оказания медицинской помощи населению, связанный с ростом дорогостоящих видов услуг (круглосуточный стационар) и снижением менее затратных форм деятельности (поликлиника).

6. Падение уровня профилактической работы среди населения в связи со значительной недоработкой амбулаторно-поликлинического звена ЦРБ.

7. Старение медицинских кадров при отсутствии притока молодых кадров, как следствие, не укомплектованность штатов ЦРБ и снижение качества обслуживания сельского населения [6].

Складывающаяся ситуация требует принятия неотложных мер, направленных на предотвращение окончательного развала сельского здравоохранения и улучшение качества оказания медицинских услуг в рамках полномочий центральных районных больниц и их подразделений. Одним из основных направлений противодействия регрессивным процессам призвано стать создание межрайонных круглосуточных стационаров для оказания первичной медицинской помощи [1, 2, 3, 4]. В состав подобных межрайонных ЦРБ должны входить полноценные отделения хирургического, терапевтического, педиатрического, акушерско-гинекологического профиля, инфекционного профиля. Такое укрупнение круглосуточных стационаров в сельской местности позволит:

1. Сократить нерациональное расходование средств, направляемых на реализацию программы ОМС, минимум до 10% от общих сумм финансирования [2].

2. Повысить рентабельность медицинской деятельности центральных районных больниц.

3. Обеспечить перераспределение высвобождающихся дееспособных квалифицированных кадров из стационарного звена в амбулаторно-поликлинические службы, что в свою очередь повысит уровень выполнения поликлинических объемов программы ОМС, качество и своевременность обслуживания населения, а также вернет сельскому здравоохранению утраченную профилактическую направленность.

Несомненно, следует учитывать, что создание межрайонных ЦРБ потребует решения ряда насущных вопросов:

1. Преодоление сопротивления реформам на всех уровнях участников процесса оказания медицинской помощи сельскому населению: администрация муниципальных образований, администрация ЦРБ, медицинские работники и, наконец, само население, которому первые три инстанции должны долго и кропотливо объяснять все преимущества модернизации, а не настраивать (как это происходит сейчас) население против реформ.



2. Проработка юридических аспектов объединения круглосуточных стационаров с передачей кадрового состава и оборудования из одной ЦРБ в другую.

3. Создание программы занятости высвобождающихся медицинских кадров.

4. Разработка схем транспортного сообщения, удобных для пациентов. Обеспечение жителей и медицинских работников, направляющихся в новые места работы и обслуживания необходимым общественным или медицинским транспортом.

5. Решение судьбы высвобождающихся зданий и сооружений.

И, тем не менее, несмотря на очевидные проблемы, только скорейшее принятие решения в пользу создания межрайонных ЦРБ способно предотвратить неуклонное сползание сельского здравоохранения в пропасть медицинского и финансового неблагополучия и окончательного развала.

Список литературы

1. Друшляк, Н.А. Совершенствование организации медицинской помощи путем создания межтерриториальных медицинских объединений / Н.А. Друшляк // Медицина в Кузбассе. – 2008. - №6. – с. 48-49.

2. Каплунов, О.А. Действительно ли мы хотим качественной реформы здравоохранения и каковы возможные направления и схематичные пути ее реализации? / О.А. Каплунов // Менеджер здравоохранения. – 2007. - №7. – с. 4-12.

3. Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. // Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ №7543-Пр от 15.12.2008.

4. Марданов, Р. Реформа для сельского врача / Р. Марданов // Российская газета. – №3385 от 21.01.2004.

5. Спесивцев, В.Н. Научное обоснование оптимизации функционирования здравоохранения сельского административного района / В.Н. Спесивцев // Диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук. – Воронеж. – 2008. – с. 97.

6. Чавпецов, В.Ф. Анализ состояния качества медицинской помощи в условиях сельского здравоохранения по результатам разных исследований / В.Ф. Чавпецов, М.А. Карачевцева, С.М. Михайлов, К.Ю. Лакунин // Вестник ОМС. – 2000. - №2. – с. 8-19.

REGRESSIVE DEVELOPMENT OF RURAL PUBLIC HEALTH CARE BY THE EXAMPLE OF SOME CENTRAL DISTRICT HOSPITALS OF KURSK REGION

Active processes of public health modernization, proceeding in this country for the last years, require timely and appropriate response in different constituent regions of the Russian Federation.

The reform of rural public health is the most difficult thing in this situation.

In this article by the example of functioning of central district hospitals of Kursk Region the main problems, leading to regressive development of rendering medical service in the country and barring modernization of rural public health, are considered. Such processes, as questions of demography, bed space irrational reduction of twenty-four-hour hospitals, increasing of hospital service under reduction of out-patient service, the fall in the prophylactic work level, ageing of personnel, are analyzed by the author of the article in full.

It is the author's opinion that the only way out of this situation is formation of inter-district twenty-four-hour hospitals and consolidation of out-patient service.

In the article some positive aspects of these reforms are analyzed and the ways of solving problems, taking place in reforming of twenty-four-hour central district hospitals, are pointed.

Key words: the reform of rural public health; central district hospitals.

A.V. KURTZEV

*Kursk Regional Fund
of Compulsory Medical
Insurance*

e-mail: andron.vl@rambler.ru