

*Шамшиев А.А.***РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ЭТАПЕ РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ***A.A. Shamshiev***REGIONAL HEALTH INDICATORS DURING THE REFORM OF HEALTH**

УДК: 614.2

В статье рассматриваются региональные показатели здоровья населения на этапе реформы системы здравоохранения.

The article deals with the regional health indicators at the stage of health care reform.

Взаимосвязь здоровья отдельных людей с благополучием общества в целом является основополагающим принципом общественного здравоохранения. ВОЗ, на большом материале из стран с различным экономическим потенциалом, пришла к заключению о том, что здравоохранение этих стран способно эффективно улучшать состояние здоровья бедных слоев населения.

За последние годы развитие демографических процессов в Кыргызской Республике характеризовалось возрастающими темпами прироста населения и снижением миграционного оттока. Прирост численности населения особенно заметен в Джалал-Абадской и Ошской областях (1,1-2,3%). население старше 65 лет, причем в сельской местности на 43,1% больше, чем в городе. Стоимость медицинских услуг с начала экономических реформ ежегодно возрастала на 30-50%. Повышение стоимости лекарств и платы за обслуживание амбулаторных и стационарных больных, введение платных диагностических услуг, - переход на частнопрактикующую медицину создают преграды населению в получении полного объема медицинской помощи. Эти проблемы углубляют разницу задачи городского и сельского здравоохранения. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин (66,4 года) короче, чем у женщин (72,7 года), более чем на 6,3 лет. Различия в средней продолжительности жизни мужчин и женщин дают основу для ряда стратегических гендерных задач здравоохранения.

Затраты на медицинское обслуживание в условиях города выше, чем в сельской местности, на 13%, несмотря на потенциально высокую потребность в медицинских услугах среди сельских жителей, так как уровень заболеваемости сельских жителей 63808.7 на 100 тыс. значительно выше, чем показатель у городских жителей - 32650,3. К этому следует добавить, что в сельской местности наблюдается более высокая младенческая смертность - 32,1 на 1000 живорожденных, чем у городских жителей - 29,2.

Как детерминанты общественного здоровья населения региона выступают уровни образованности и культуры. Индекс уровня образования в компоненте индекса человеческого развития (ИЧР) составляет 0,86, что значительно ниже, чем в странах с высоким уровнем

ИЧР и где показатель индекса уровня образования - составил 0,90. Население с низким уровнем образования не в состоянии объективно давать оценку гигиенической и санитарной культуры семьи.

Главными причинами смертности населения в регионе остаются болезни системы кровообращения, на которые приходится - 49,0%, на внешние причины смерти - 10,0%, на болезни органов дыхания - 8,8%, на новообразования - 8,2%, на болезни органов пищеварения - 6,6%, на инфекционные и паразитарные болезни - 2,6%. Материнская смертность составила 50,6 случаев на 100000 живорожденных, а младенческая смертность - 26,3 случаев на 1000 родившихся живыми, что значительно выше показателей не только в СНГ, но и в Европейских странах.

Показатели общей смертности значительно выше в городах Кызыл-Кия, Сулюкта. Кок-Жангак, Майли-Суу, где из-за социальных причин процент бедных высок (13,6%), так большинство градообразующих предприятий - источников получения средств населения перестало функционировать.

Неравноправие распределения ресурсов, бедность и низкая доступность медицинских услуг - наиболее серьезные причины высокой заболеваемости населения и трудности решения задач системой общественного здравоохранения региона. Среди тех, кто нуждался в медицинской помощи, большинство респондентов (52%) занимались самолечением, используя традиционные и нетрадиционные способы лечения. Но значительная часть заболевших (33%) отметила, что главной причиной была недоступность медицинских услуг из-за их высоких цен. Увеличение стоимости медицинских услуг в условиях рыночной экономики, затраты на лечение для большинства населения будут неподъемными, пострадает своевременное обращение за медицинской помощью. Особенно остро решение задач сохранения здоровья характерно для сельской местности, где по сравнению с городскими жителями население использует меньше ресурсов здравоохранения. На душу населения в городе затрачивается на 25% больше средств, чем в селе. Отмечается различие и в числе посещений ГСВ (1,2), и в числе дней госпитализации (1,1). Более высокое сравнению с городской - 19,7+1,9%.

Недостаток финансовых ресурсов уже является барьером в отношении доступа к медицинскому обслуживанию для значительной части населения.

К тому же за последние годы фактическая стоимость одного законченного и одного эффективно законченного случаев лечения выросла более чем на 42%. Несмотря на это медицинская и экономическая эффективность лечения не достигает планового уровня, а качество медицинских услуг, оказываемых больным, низкое. Высокозатратная стационарная помощь, по мнению ряда авторов, должна ограничиваться срочной и неотложной помощью. Только 53,3% пациентов можно отнести к этой категории больных, остальные больные нуждаются в медицинской помощи на догоспитальном уровне - в дневном стационаре, амбулаторном лечении и в стационаре на дому.

Средняя сумма, выплаченная пациентами за госпитализацию, составила 967,5 сомов, в т.ч. в городе - 1137,5 сомов и в селе - 751 сомов. Величину официально оплачиваемых услуг знали 24% пациентов. В то же время на 4,4% снизилось использование лекарств по Доп. программе ОМС. Смертность детей на дому регистрируется более 10%, из них 9,5% - дети до одного года жизни и 34,9% - дети второго года жизни. Отмечается увеличение на 3,2% обращений пациентов в скорую медицинскую помощь (СМП), минуя врачей ГСВ. Эти показатели свидетельствуют о серьезных недостатках и нерациональном использовании ресурсов ПМСП. Количество посещений первичного уровня в целом по стране увеличилось на 1,5% (2006-2010 гг.), но эти данные не характеризуют активного использования потенциала ПМСП. В Ошской области обращение к ПМСП увеличилось незначительно - на 0,3%, в Джалал-Абадской - на 1,8%, а в Баткенской области отмечается снижение количества посещений на 0,75%. Число посещений в ФАПх на одного жителя исследуемых территорий ниже (2,8-2,9), в сравнении с идентичными показателями по стране (3,2). При изучении удовлетворенности пациентов на уровне ПМСП предполагалось регистрировать жалобы населения не только на медицинское обслуживание, но и своевременность медицинской консультации при уточнении диагноза и госпитализации больных. Настоящие исследования вскрыли весьма значимые для больных недостатки в работе медицинского персонала на участках ФАПов и ЦСМ, и главный из них - несвоевременно обращение за медицинской помощью из-за низких знаний населения об инфекционной патологии. Были выявлены значительные дефекты, влияющие на качество медицинской помощи на уровне ЦСМ.

Положительная оценка общественного здравоохранения во многом связана с распространенностью инфекционных заболеваний среди населения региона. Врачи однозначно отметили, что для повышения качества медицинской помощи больным с инфекционной патологией необходимо повышать I ак, среди последующего персонала первую квалификационную категорию имеют 22,3%, вторую - 12,1%, высшую - лишь 13,2%, 52,4% не аттестованы, а сертификатом специалиста обладают всего 12,3% врачей. Имеют опыт работы по занимаемой специальности более 35,5% специалистов. По основной

специальности совмещают трудовую функцию 18,9%, по смежным специальностям - 31,5%. В то же время до 68,9% медперсонала смежных специальностей ПМСП недостаточно владеют знаниями по инфекционным заболеваниям, тогда как их коллеги врачи ГСВ оценили знания как недостаточные у 39,4% ($p < 0,01$) персонала. В качестве путей повышения квалификации врачей смежных специальностей в вопросах клиники, дифференциальной диагностики и профилактики инфекционных заболеваний чаще всего инфекционисты указывали на «введение обязательной дополнительной подготовки по инфекционным заболеваниям для смежных специалистов» (57,8 на 100 ответивших), тогда как среди терапевтов частота таких ответов была 2 раза ниже. Показатель выполнения норматива на одну занятую врачебную должность в сельских ЦСМ составляет 994,6-3125,4, в городских от 1981 до 3437,6.

В Чаткальском, Ноокенском, Аксыском ЦСМ фактическое число посещений в 2,5 раз ниже чем предусмотрено приказами МЗ КР и рекомендованное Программой «Манас 1996-2005» Средняя нагрузка на одного специалиста ГСВ в Джалал-Абадской области - 18,7, Баткенской - 18,0, Ошской - 17,8, что выше, чем республиканская - 15,4. В то же время уровень посещения с профилактической целью в учреждения ПМСП отличается в зависимости от места проживания, причем разница значительная. Удельный вес посещений с профилактической целью в сельских ЦСМ Джалал-Абадской области составил 6,0%, в городских не превышает 4,3%. В структуре посещений основная доля приходится (%) на посещение ЦСМ по поводу заболеваний 94-95,7%. Настораживает, что среди работающих специалистов в системе здравоохранения, лица пенсионного и предпенсионного возраста среди врачей составляют 63,8%, тогда как среди сестринского персонала данный показатель равен 44%. Для решения указанной проблемы было принято программа «Депозит врача», на реализацию которой в бюджете было предусмотрено 5,4 млн. сомов. Однако, в ходе реализации программы возникли определенные трудности, так как подали документы всего 52 специалиста, в основном, врачи, уже работающие в сельских организациях здравоохранения, а также врачи предпенсионного и пенсионного возрастов, что не предусматривается условиями участия в программе. Влияние на показатели удовлетворенности и качество полученных медицинских услуг значимыми оказались позднее обращение за медицинской помощью - 67,5%, поздняя госпитализация - 41,2%, и самолечение - 31,6%. В то же время 73,1% инфекционистов и 60,8% врачей ГСВ считают, инфекционным больным необходимо расширить и укрепить лабораторную службу современной диагностической аппаратурой, а также повысить знания врачей смежных специальностей по интерпретации показателей лабораторных исследований для своевременного выявления инфекционной патологии. Достаточный уровень информированности населения о признаках инфекционных заболеваний и мерах их профилактики отметили 7,8% инфекционистов и врачей ГСВ счи-

тают - 27,8%. Такое резкое расхождение мнений ($p < 0,01$) обусловлены вероятно тем, что большинство больных идут на консультацию к инфекционистам уже с проявлением основных признаков инфекционной заболеваемости, тогда как к врачам ГСВ с общими недомоганиями и только врачи ГСВ выявляют первые признаки инфекционной патологии. В результате настоящего исследования возник вопрос, связан ли уровень информированности пациентов с уровнем их образования. Результаты опроса (среднестатистические показатели - 55,0%) свидетельствуют о мерах профилактики инфекционных заболеваний. Самый низкий уровень информированности среди учащихся (94,0%) и имеющих общее среднее образование (70,9%). В оценке о необходимости усиления мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний на развитии общественного здравоохранения, точки зрения обеих групп врачей были почти идентичными. В группе инфекционистов на этот вопрос ответили положительно 94,9% и врачей ГСВ - 85,4% ($p < 0,05$). В целях поиска резервов по совершенствованию медицинской помощи и профилактики заболеваний на уровне ПМСП проведена оценка эффективности оказания медицинских услуг, путем расчета «интегрального» показателя (ИП) с использованием информации о показателях работы ЦСМ Джалал-Абадской области. Применение технологии ИП позволило получить обобщенное представление об эффективности работы учреждений ПМСП. При сравнении аналитических собственных данных и шкалы значений степени эффективности НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Семашко Н.А. (Ю.А. Тюков и др., 2001), ни одна из представленных ЦСМ не получила высокую оценку. Из 12 исследованных ЦСМ, Ноокенская ИП - 0,82, Базар-Курганская - 0,73 которые по шкале оценены как выше средней и средней. Три учреждения ПМСП оценены ниже средней, остальные - значение показателей оказались низкими. Внедрение новых технологий ПМСП на догоспитальном этапе оправдано. Пребывание на лечении в дневном стационаре ограничивалось для детей 3 днями и для взрослого населения - в 4-5 днями. Из числа пролеченных в ДС улучшение отмечено у 87,1% пациентов, выздоровление - у 1 койку, равная в реальном исчислении 11,4%, в выше в сравнении стационарного. Стоимость одного койко-дня пребывания в больничных условиях составила 68,75 сомов, в ДС по расчетным данным 55,15 сомов, реально сложившаяся - 50,0 сомов за 1 койко-день. Кроме того, создание ДС в условиях ЦСМ необходимо для улучшения доступности стационарной помощи, расширяется возможность активного оздоровления диспансерной группы населения, в нужные сроки.

Эпидемиология ГА находится в прямой зависимости от активности водного фактора, способствующего сохранению возбудителя и его воспроизведению. Это подтверждает сравнительный анализ по г. Джалал-Абад, Сузакскому району с высоким уровнем заболевания и Токтогульскому, Чаткальскому районам, где не действует устойчивый водный путь

передачи. При средней (73,1%) обеспеченности населенные пункты Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской областей имеют водопроводы только в 54,4-64,7%, что значительно ниже в сравнении с другими регионами страны. Получение математической модели ЭП позволяет определить его вероятную динамику и характер, подтвердить правильность логических группировок и выявить отдельные факторы. Нами проведено исследование влияния качества питьевой воды на заболеваемость водоассоциированными инфекциями (ГА) людей методом корреляционного анализа. Определенное значение имели также социальное положение семьи (от 5 до 18% больных ВГА являлись членами многодетных семей, включающих более 3 детей). Среди заболевших ВГА, в 2002 г. и в 2004 гг. большое значение, в контексте фактора риска заболевания, придавалось применению воды из колодцев (13-12,3% соответственно). Использование воды из арыков для питья и приготовления пищи отмечали только 4-8,7% заболевших. Значение этого фактора риска увеличивается в период с 2000 по 2005 гг. Заболеваемость инфекционной патологией, ассоциированной с качеством питьевой воды, приносит значительные социальные и экономические издержки обществу, равные затратам на ремонт и строительство водопровода, в регионах с наиболее низкой обеспеченностью централизованным водоснабжением. Только прямые медицинские затраты при ГА в южных регионах страны составили 82,5 млн. сом и ОКЗ - 62,2 млн сомов. Качество употребляемой населением воды за последние годы ухудшается, что позволяет предположить прогноз заболеваемости на юге Кыргызской республики по интенсивному показателю ГА - 379,9+1,2 и ОКЗ - 798,6+0,7 на 100 тыс. населения.

Таким образом, настоящие исследования показывают, что в современных социально-экономических условиях доминирующим фактором риска заболеваемости в условиях региона является бедность населения. По одному из наиболее совершенных комплексных показателей уровня и качества жизни, так называемому «индексу развития человеческого потенциала» (ИРЧП), который представляет собой среднюю арифметическую величину валового внутреннего продукта на душу населения, уровня образования населения и средней продолжительности предстоящей жизни, население южных регионов страны находится далеко за чертой, отделяющей экономически развитые страны, и находится в ряду отсталых стран.

Литература:

1. Бедность и здоровье: кто живет, кто умирает, кому какое дело? Женева, ВОЗ, 1998 год (документ WHO/ICO/MESD.28).
2. воохранения, Доклад на Конференции **Совета** ноября 1999 года, Женева, ВОЗ (документ WHO/HSD/99.1).
3. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, ВОЗ, 2000.
4. Касиев Н.К. Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в КР:

- автореф. дис.... д-ра мед. наук. - Бишкек, 1999.
5. Каратаев М.М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. - Москва, 2000. - 40 с.
 6. Кыргызстан. Национальный отчет по человеческому развитию Бишкек, 1999. -С.58-61.
 7. Мейманалиев Т.С. Кыргызская модель здравоохранения. - Б.: «Учкун», 2003. - 688 с.

Рецензент: д.м.н., профессор Усманов Р.К.
