
Организация здравоохранения

УДК 614.2

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТРУДНОДОСТУПНЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ РОССИИ

А. А. Кожевников, кандидат социологических наук

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России, 654005, Кемеровская область, г. Новокузнецк, пр. Строителей д. 5

РЕЗЮМЕ Цель – установить факторы, влияющие на качество деятельности органов здравоохранения в условиях труднодоступности населенных пунктов, и определить пути совершенствования организации медицинской помощи.

Материал и методы. В 2012 г. специалистами республиканского Минздрава и Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей проведен социологический опрос 145 жителей сел Чойского района Республики Алтай по разработанной авторами анкете.

Результаты. Так как фельдшеры ФАПов по степени профессиональной подготовки уступают врачам, диагностические возможности ФАПов ограничены, а госпитализация в стационар проводится только в экстренных случаях, в том числе по причине экономии на коечном фонде, то заболевшим требуется в процессе лечения неоднократно приезжать в ЦРБ. Однако более 70% респондентов вынуждены тратить до 4 часов, чтобы добраться до ЦРБ, поэтому 17,8% вообще не обращаются в ЦРБ, 15,6% обращаются в течение года 1 раз; 35,6% – от 2 до 5 раз и только 24,4% – свыше 5 раз. Кроме того, заболев, сельский житель продолжает отдавать много сил на хозяйственные нужды. В результате действия всех этих факторов лечение проходит фрагментарно и несистемно, что способствует хронизации заболеваний.

В связи с этим целесообразно организовать медико-патронажную службу (МПС), специалисты которой из числа местного населения были бы подготовлены к оказанию помощи по хозяйству и по уходу за больным, по обеспечению выполнения предписаний врача. Следует создать при республиканском Министерстве здравоохранения подразделение, осуществляющее деятельность мобильных медицинских бригад, что позволит улучшить качество лечения населения труднодоступных районов, обеспечить его диспансеризацию в полном объеме и возможность медико-социологического мониторинга, оказать методическую помощь персоналу ФАПов, МПС, решить вопросы обеспечения населения лекарствами, расширить возможности применения телекоммуникационных средств в процессе консультаций.

Выводы. Основными факторами, влияющими на качество медицинской помощи в труднодоступных населенных пунктах, являются удаленность ЦРБ и отсутствие у населения денежных средств на дорогу, ограниченность возможностей ФАПов и коечного фонда ЦРБ, специфика образа жизни сельских жителей. Для совершенствования организации медицинской помощи следует организовать медико-патронажную службу на местах и мобильные медицинские бригады.

Ключевые слова: социологическое исследование, Республика Алтай, факторы риска, коренное население, организация медицинской помощи, здравоохранение.

Ответственный за переписку (corresponding author): nvkz2004@rambler.ru

Система здравоохранения призвана за счёт социально-экономических мер, реализуемых отраслями, службами и организациями различных форм собственности, обеспечивать население медицинской помощью с целью сохранения и улучшения здоровья на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях. Опыт прошлых лет показал, что во многом функциональная устойчивость и управляемость её компонентов зависит от их способности к самоорганизации, а также от степени взаимодействия с социальной

средой, которая, будучи достаточно подвижным образованием, постоянно, как и сама система, находится под воздействием множества факторов. Особенно это актуально для Российской Федерации, обладающей обширной территорией и характеризующейся географическими контрастами, многонациональным составом населения, часть которого проживает в суровых природных условиях Севера, Сибири и Дальнего Востока. Наряду с этим политические, экономические, культурные и другие интересы самого

социума, меняясь с течением времени, обуславливают необходимость корректировки деятельности социальных институтов и государственных структур, в том числе в сфере здравоохранения.

В течение ряда лет сотрудниками 17 кафедр ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» были проведены серии экспедиций в рамках региональной программы № СШ-ПИ-09863 «Республика Алтай – экология человека среднегорья Сибири». Сравнительный анализ результатов, полученных специалистами, подтвердил, что географические, климатические условия, характерные для высокогорного рельефа местности, оказывают разное воздействие на коренное и пришлое население. В одном случае отмечается по определенным параметрам хорошая адаптация организма, в другом – возрастает влияние факторов риска возникновения болезней. По информации Министерства экономического развития и инвестиций Республики Алтай, в данном регионе сохраняется высокий уровень таких показателей, как младенческая смертность, смертность в трудоспособном возрасте, смертность от потребления алкоголя. Выше общероссийских показатели, характеризующие не только социальные заболевания, но и уровень инвалидизации, а также количество инфекционных заболеваний. Региональные власти отмечают, что недостаточно развита профилактическая медицина и ресурсная база муниципальной системы здравоохранения, особенно в сельской местности, что приводит к значительному ухудшению состояния здоровья сельского населения по сравнению с городским [2] – на фоне того, что в последние годы значительно увеличены объемы финансирования. Сама система здравоохранения в Республике Алтай, как и в большинстве регионов России, вне городов структурно организована таким образом, что первый уровень формируют *фельдшерско-акушерские пункты (ФАП)*, каждый из которых обслуживает от 200 до 500 человек. На втором уровне находятся *сельские врачебные амбулатории и участковые больницы*, численность обслуживаемого ими населения составляет уже от 500 до 1700 человек. Третий уровень образуют *центральные районные больницы (ЦРБ)*, которые охватывают от 8 до 28 тыс. человек. На четвертом уровне медицинскую помощь оказывают *республиканские (областные) учреждения здравоохранения* [1].

В последние годы деятельность данной системы осуществлялась в условиях, когда руководством здравоохранения на региональном уровне акцент был сделан на экономии средств за счёт сокращения коечного фонда. По утверждению

представителей Министерства здравоохранения Республики Алтай, на основании проведенных ими расчётов в стационарах было сокращено 349 коек. Всего в 2013 г. функционировало 1699 круглосуточных коек. Наряду с этим в ЛПУ Республики Алтай насчитывается 470 коек дневного пребывания: 287 – при больничных учреждениях и 183 – при поликлиниках [3]. Помимо этого меры, связанные с повышением качества медицинской помощи в труднодоступных районах с низкой плотностью населения, в основном касались стационарных лечебных учреждений – ФАПов, ЦРБ – и заключались в проведении ремонтно-строительных работ и улучшении материально-технического оснащения. Однако дефицит медицинских специалистов устранить не удалось, как и те проблемы, на которые указывали сами региональные власти.

Поиск путей совершенствования организации медицинской помощи, в том числе для населения, которое проживает в сельской местности, труднодоступных районах и районах с суровыми природными условиями, выявил необходимость более активного использования социологических методов исследования, что позволит сформировать целостное представление о рассматриваемой социальной системе и оценить происходящие процессы в динамике.

Цель исследования – установить факторы, влияющие на качество деятельности органов здравоохранения в условиях труднодоступности населенных пунктов, и определить пути совершенствования организации медицинской помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2012 г. специалистами республиканского Минздрава и ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России был проведен социологический опрос 145 жителей трудоспособного возраста из сел Каракокша, Уймень, Ынырга и Красносельск Чойского района Республики Алтай. Исследование проводилось по разработанной нами анкете. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы JBM SPSS Statitics.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что более 70% респондентов в случае заболевания вынуждены тратить до 4 часов в день, чтобы добраться до Чойской центральной районной больницы, расстояние до которой составляет более 100 км. Именно фактор удаленности медицинского учреждения влияет на то, что 15,6% опрошенных обращаются к врачам

в течение года всего 1 раз; 35,6% – от 2 до 5 раз и только 24,4% – свыше 5 раз, а 17,8% из-за отсутствия средств для оплаты проезда вообще не обращаются в ЦРБ, ограничиваясь посещением ФАПа. При этом 31,1% респондентов указали на то, что по причине большого числа больных ожидать приёма у врача приходится около двух часов, а 6,7% смогли получить консультацию у специалиста лишь через три и более часа ожидания. Положительным является тот факт, что 73,3% респондентов попали на прием к врачу в день посещения лечебного учреждения.

В отношении порядка оказания медицинской помощи было установлено, что фельдшеры ФАПов по степени профессиональной подготовки в силу объективных причин значительно уступают врачам, и их компетенция ограничена служебными полномочиями, поэтому нередко заболевших для обследования и консультаций у специалистов направляют в ЦРБ, где врачу для постановки диагноза и назначения лечения требуется проведение лабораторных обследований. В течение одного дня выполнить все назначения часто бывает невозможно, поэтому пациент, несмотря на болезненное состояние, вынужден неоднократно приезжать в больницу, так как госпитализация проводится только в экстренных случаях, в том числе по причине экономии на коечном фонде. В итоге данная практика может способствовать переходу заболеваний в хроническую форму, так как большая часть пациентов ограничивается рекомендациями и назначениями фельдшера ФАПа либо разовыми консультациями у врача вместо проведения последовательного лечения. Численность такой категории больных составляет 69% от общего числа опрошенных.

Дополнительно было выяснено, что, в отличие от горожанина, сельский житель тратит гораздо больше сил и времени на хозяйственные нужды, прежде всего связанные с обеспечением водой, теплом, особенно в зимнее время, а также с содержанием домашних животных. Обычно в случае заболевания одного из членов семьи эта нагрузка перераспределяется между другими членами, но при их отсутствии больной вынужден, несмотря на своё состояние, пытаться решать хозяйственные вопросы самостоятельно. В результате даже посещать дневной стационар может не каждый больной, лечение становится фрагментарным, несистемным. При этом помощь по месту жительства пациента оказывается медицинским персоналом ФАПов только в рамках назначенных процедур, а реабилитация находится вне их полномочий. Об аналогичной ситуации, существующей в других сибирских регионах, сообщили врачи из Республик Тыва и Хакасия, ко-

торые периодически проходят обучение в ГБОУ ДПО НГИУВ МЗ России с целью повышения профессиональной квалификации.

В связи с этим для сельских и проживающих в труднодоступных районах жителей целесообразно организовать медико-патронажную службу (МПС), специалисты которой из числа местного населения были бы подготовлены к решению несложных задач медико-социальной направленности и выполняли бы вспомогательную, но не менее важную для больных роль. В частности, в их компетенцию может входить оказание помощи по хозяйству и уходу за больным, по обеспечению выполнения предписаний врача, связанных с употреблением в домашних условиях лекарственных средств и соблюдением режима, что особо важно при лечении таких социально опасных заболеваний, как туберкулез, гепатит и т. д., когда требуется максимально ограничить контакты больного с окружающими.

В состав медико-патронажной службы должны включаться женщины и мужчины, привлекаемые на платной основе по мере необходимости. В результате, взаимодействуя с сотрудниками ФАПов и местными властями, они на практике будут реализовывать мотивационный подход в сфере общественных отношений, связанных с охраной здоровья, тем самым обеспечивая условия, при которых население не только становится получателем услуг, но и имеет возможность принять участие в их оказании, что для жителей сельской местности в определенной степени решает проблему трудоустройства и легального заработка в социально значимой сфере. Данная служба должна быть подотчетна местному общественному совету, созданному при лечебном учреждении из представителей местного населения, властей и социальных служб при условии финансирования указанной деятельности за счёт средств республиканского бюджета, предоставляемых на конкурсной основе в форме грантов.

Следует отметить, что для повышения эффективности медицинской помощи наряду с медико-патронажной службой большое значение имеет внедрение системы, предусматривающей наличие при республиканском Министерстве здравоохранения подразделения, организующего на постоянной основе деятельность мобильных медицинских бригад, укомплектованных специалистами по наиболее частым для обслуживаемой территории болезням, на специализированном автотранспорте, оснащённом современным лечебно-диагностическим оборудованием. Данная квалифицированная медицинская помощь позволит не только значительно улучшить качество лечения местного населения, в том чис-

ле проживающего в труднодоступных районах, но и обеспечить его диспансеризацию в полном объеме, в частности медицинские осмотры врачами нескольких специальностей, лабораторные и инструментальные исследования, дообследование, определение групп здоровья, а также профилактическое консультирование. Наряду с этим специалисты мобильных бригад будут оказывать методическую помощь персоналу ФАПов, медико-патронажной службы и решать вопросы обеспечения населения лекарственными средствами.

Необходимость применения указанной формы медицинской помощи обусловлена тем, что меры по привлечению на село молодых врачей, предпринимаемые в отдельных регионах, не привели к должному результату, так как не отвечали уровню социальных запросов врачей, в том числе связанных с перспективами создания семьи, обучения детей, с размером заработной платы и возможностями кадрового роста в условиях сельских поселений. При этом слабая оснащенность участковых больниц и ФАПов диагностическим оборудованием сводит к минимуму эффективность работы участковых врачей, а загруженность специалистов ЦРБ не позволяет им регулярно посещать пациентов по месту их жительства. При работе мобильных бригад возможны консультации с применением телекоммуникационных средств, Интернета – дистанционное общение со специалистами лечебных учреждений, находящихся как в республике, так и за её пределами. Дополнительно использование компьютерной техники обеспечит оперативное формирование электронных информационных баз и карт больных, а также своевременную передачу в ЦРБ необходимой информации для последующего лечения, особенно тех пациентов, которые нуждаются в оказании скорой медицинской помощи в условиях стационара. Наряду с этим

появится возможность проведения в реальном режиме времени медико-социологического мониторинга населения на обслуживаемой территории с передачей систематизированных сведений в Министерство здравоохранения Российской Федерации на информационный портал, создание которого значительно повысило бы качество принимаемых на региональном уровне управленческих решений.

На практике отдельными территориальными органами здравоохранения уже используются передвижные медицинские комплексы. Однако их применение не приобрело системный характер по причине отсутствия нормативной базы, регламентирующей их деятельность, и соответствующего финансирования.

Таким образом, для регионов Российской Федерации, часть населения которых проживает в труднодоступных населенных пунктах, целесообразно медицинскую помощь организовать с учётом информации, полученной в ходе медико-социологических исследований. Это позволит оптимизировать использование сил и средств органов здравоохранения, а также за счёт взаимодействия с местными сообществами адекватно реагировать на возникающие потребности в медицинских услугах и улучшить их качество.

ВЫВОДЫ

Основными факторами, влияющими на качество медицинской помощи в труднодоступных населенных пунктах, являются удаленность ЦРБ и отсутствие у населения денежных средств на дорогу, ограниченность возможностей ФАПов и коечного фонда ЦРБ, специфика образа жизни сельских жителей. Для совершенствования организации медицинской помощи следует организовать медико-патронажную службу на местах и мобильные медицинские бригады.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нонукова И. В. Особенности организации медицинской помощи в условиях труднодоступности населенных пунктов Горного Алтая : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Нонукова Ирина Васильевна. – Новокузнецк, 2010. – С. 8.
2. О стратегии социально-экономического развития Республики Алтай на период до 2028 года [Электронный ресурс] : закон Республики Алтай № 83-ПЗ от 25.09.2008 года // Кодекс Консорциум : электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/819066192> (дата обращения: 14.06.2016 г.)
3. Республика Алтай вошла в восьмёрку лучших регионов России по оптимальной структуре оказания

медпомощи, потому что Минздрав грамотно просчитал превышение объёмов оказания стационарной помощи и вовремя провёл реструктуризацию коечного фонда [Электронный ресурс] // Республика Алтай : Региональное отделение : [официальный сайт партии «Единая Россия»]. – URL: <http://altai-rep.er.ru/news/2013/6/3/respublika-altaj-voshla-v-vosmyorkuluchshih-regionov-rossii-po-optimalnoj-strukture-okazaniya-medpomoshi-potomu-chto-minzdrav-gramotno-proschital-prevyshenie-obyomov-okazaniya-stacionarnoj-pomoshi-i-vovremya-provyol-restrukturizaciyu-koechnogo-fonda/> (дата обращения: 14.06.2016).

THE PECULIARITIES OF HEALTH CARE MANAGEMENT IN ALMOST INACCESSIBLE SETTLEMENTS IN RUSSIA: SOCIOLOGICAL ANALYSIS

A. A. Kozhevnikov

ABSTRACT

Objective – to determine the factors which influence the work quality of medical treatment facilities in almost inaccessible settlements and to find the means to improve medical aid administration.

Materials and methods. Specialists of the Ministry for Health Care of Altai Republic and medical workers of Novokuznetsk State University for Postgraduate Medical Education performed sociological inquest in 145 rural settlement residents of Choy district of Altai Republic in 2012; their own developed questionnaire was used.

Results. Diagnostic possibilities of physician assistant&obstetrician center are limited due to lower level of professional skills of their medical workers in comparison with physicians; admission to hospital is performed in emergency cases only taking into consideration the cause of bed ratio economy. That's why the patients in the treatment course are forced to visit central district hospital for several times. But 70% patients were obliged to waste nearly 4 hours in order to visit central district hospital so 17,8% did not visit central district hospital at all, 15,6% patients visited central district hospital one time per year; 35,6% patients visited it from 2 to 5 times per year and only 24,4% patients visited it more than 5 times per year. Besides one should take into account the fact that rural residents with serious diseases continued to waste a lot of strength and time for domestic needs. All these factors resulted in fragmentary and unsystematic treatment and it was conducive to the disease chronic course.

In connection with the above mentioned facts it would be expediently to organize medical community nursing service; its specialists from local residents should be prepared to render necessary assistance in domestic and medical care needs, to keep the administered treatment. The authors recommended to create the specialized division affiliated to the Ministry of Health Care of Altai Republic; and this division would control the activity of the mobile medical units and it would allow to improve the quality of the treatment in the population of almost inaccessible regions, to provide its prophylactic medical examination in full and the possibility of medical sociological monitoring, to render methodical aid to the personnel of physician assistant&obstetrician centers and medical community nursing services, to solve the problems of medicaments provision in these settlements, to increase the possibilities of telecommunication means in the process of consultations.

Conclusions. The remoteness of central district hospitals and the lack of financial means for transport in rural residents, the limitations of physician assistant&obstetrician center possibilities and central district hospital bed ratio and specific mode of life in rural residents were the basic factors which impacted the quality of medical aid administration in almost inaccessible settlements. It was suggested to organize local medical community nursing services and mobile medical divisions in order to improve medical aid organization.

Key words: sociological inquest, Altai Republic, risk factors, aboriginal population, medical aid organization, health care.