

Основные демографические показатели, показатели деятельности здравоохранения, заболеваемости населения и военнослужащих (доклад на сборе с начальниками медицинских служб Вооруженных Сил Республики Беларусь)
*Главный информационно-вычислительный центр,
отдел управления медицинским обеспечением Вооруженных Сил*

I. Основные демографические показатели, показатели деятельности здравоохранения и заболеваемости населения Республики Беларусь

Медико-демографическая ситуация

Отрицательная динамика основных демографических показателей в Республике Беларусь за последние полтора десятилетия достигла критического уровня, представляющего угрозу национальной безопасности страны. Указом Президента Республики Беларусь от 26 марта 2007 г. № 35 с целью стабилизации демографической ситуации и формирования предпосылок демографического роста утверждена Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 гг.

С 1994 г. население страны сократилось на 629,6 тыс. человек (почти на 6,2%) и на начало 2008 г. составило 9689,8 тысяч.

Обобщенным показателем общественного здоровья является ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении (ОППЖР). По этому показателю Беларусь уступает почти сотне стран мира, а по сравнению с развитыми странами он ниже у мужчин на 12-14 лет, а у женщин на 5-6 лет.

Заболеваемость населения

С 1994 по 2007 г. первичная заболеваемость населения Беларуси выросла на 14,7% и составила 77623,8 на 100 тыс. населения (2006 г. – 77313,5). Общая заболеваемость выросла на 23,9% и составила 137280,1 на 100 тыс. населения (2006 г. – 136855,2). Соотношение общей и первичной заболеваемости выросло с 1,64-1,60 в 1994-1995 гг. до 1,77 в 2007 г., что указывает на более значительное накопление хронической патологии.

С 1995 по 2007 г. рост первичной заболеваемости произошел по следующим классам болезней: системы кровообращения (на 85,3%); симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния (на 89,1%); новообразования (на 61,0%); врожденные аномалии (на 49,3%); костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 40,9%); беременности, родов и послеродового периода (на 35,9%); мочеполовой системы (на 20,5%); психические расстройства (на 44,5%); крови и кроветворных органов (на 29,0%); кожи и подкожной клетчатки (на 4,3%); травмы и отравления (на 13,4%). С 1995 г. у взрослого населения почти в 3,5 раза выросла заболеваемость гипертонической болезнью (765,4 на 100 тыс. населения) и в 3 раза – ИБС (852,7 на 100 тыс. населения), а также острым инфарктом миокарда – на 57,7% (164,0 на 100 тыс.).

Снизилась первичная заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями (на 35,2%), болезнями эндокринной системы (на 20,3%) пищеварения, органов дыхания (на 1,2%).

В течение 2007 г. первичная заболеваемость от болезней системы кроветворения выросла на 5,7% и составила 2562,1 на 100 тыс. населения, в то же время на 3,2% снизилась смертность при остром инфаркте миокарда.

Новообразования являются второй по значимости причиной смертности (13,67%). Смертность от новообразований в течение 2007 года снизилась на 1,3%, а за последние пять лет снижение смертности от злокачественных новообразований составляет около 12%. За 1994-2007 гг. первичная заболеваемость выросла на 36,5%: с 294,4 до 402,0 на 100 тысяч населения.

Травматизм является не только медицинской, но и важной социальной проблемой. Он занимает 2-е место в структуре первичной заболеваемости (10,1%) и 4-е среди причин смерти (10,5%). С 1995 по 2007 г. уровень травматизма вырос на 13,4%. Следует отметить, что в 2007 г. уровень травматизма вырос на 1,3%, в то же время смертность снизилась на 6,6%.

Значительный материальный и нравственный ущерб обществу продолжают причинять пьянство, алкоголизм и наркомания. С 2000 по 2007 г. контингент больных хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом вырос на 31,8% (с 1426,9 до 1880,2 на 100 тыс. населения). При этом в абсолютных цифрах число больных с впервые в жизни установленным диагнозом хронического алкоголизма и алкогольного психоза сократилось по отношению к 2006 году на 2,2% и составило 31822 случая.

Смертность от хронического алкоголизма составила в 2007 году 391 случай (4,0 на 1000 жителей), от алкогольного психоза – 62 случая (0,6 соответственно).

Наряду с ростом потребления спиртных напитков отмечается рост наркомании. В 2007 г. на учете в диспансерах состояло 6873 больных наркоманией (70,9 на 1000 жителей) (1994 г. – 1154, 2000 г. – 4545). С 2000 г. количество больных увеличилось на 55,8%.

Организация медицинской помощи населению

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению Беларуси в 2007 г. оказывалась в 1458 лечебно-профилактических организациях (ЛПО) системы Министерства здравоохранения (2006 г. – 1447). Из числа амбулаторно-поликлинических организаций системы Минздрава медицинская помощь населению оказывалась в 790 самостоятельных (необъединенных) поликлиниках и амбулаториях, 454 поликлинических отделениях больниц и роддомов, 56 врачебных здравпунктах, 67 стоматологических поликлиниках и 91 диспансере.

Обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической помощью оценивается по количеству посещений врачей (включая зубных) на 1 жителя в год. В 2007 г. каждый житель в среднем 12,7 раза посетил врачей (2006 г. – 12,6). Посещения в амбулаторно-поликлинические организации республики в 2007 году распределились: посещения на дому – 7,85%, первичные посещения – 25,6%, повторные посещения – 41,65%, профилактические осмотры – 24,9%.

В настоящее время в Беларуси продолжается активная работа по реформированию системы здравоохранения. Одним из направлений является реструктуризация ЛПО и смещение приоритетов в сторону первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Усиление амбулаторно-поликлинического звена происходит за счет внедрения новых технологий, применявшихся ранее только в стационарах, развития перспективных догоспитальных форм медицинской помощи - дневных стационаров и стационаров на дому, за счет перераспределения ресурсов и

функций между амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью в пользу первой.

Стационарная помощь населению на конец 2007 г. оказывалась в 657 больничных организациях системы Министерства здравоохранения (2006 г. – 649), из них в городах – 376 (2006 г. – 363), в сельской местности – 281 (2006 г. – 286). В больничных организациях всех ведомств в 2007 г. было развернуто 108942 койки. В организациях системы Министерства здравоохранения – 102 143 койки.

Основными показателями, характеризующими использование коечного фонда, являются среднегодовая занятость койки и средняя длительность пребывания больного на койке. В 2007 г. среднее число дней функционирования койки в году по всем организациям Республики Беларусь составило 311,4 дня (2006 г. – 306,6). В 1990 г. этот показатель составлял 296,7 дня, в 1994 г. – 313,6, а максимальный уровень был в 1998 г. – 341,3.

Одним из основных показателей, характеризующих интенсивность использования коечного фонда, является средняя продолжительность пребывания больного в стационаре. В 1990 и 1994 гг. этот показатель составлял 15,3 дня, а с 1997 г. отмечается устойчивая тенденция его снижения. В 2007 г. средняя длительность пребывания больного во всех стационарах республики составила 11,7 дня (2006 г. – 11,8). В стационарах Минской области и г. Минска самая большая продолжительность лечения больных – 12,4 и 12,3 дня соответственно. Наименьшая длительность лечения в Гомельской и Могилёвской областях – 11,2 и 11,3 дня. Показатель среднего срока лечения в стационаре в областях составил 10,9 дней. Средний срок пребывания в стационарах по республике за 2007 г. составляет 11,4 дня с учетом работы организаций республиканского подчинения (в 2006 году он составлял так же 11,4 дня). Средний срок лечения в областях и в 2007 и в 2006 годах составил 10,9 дней.

Анализ развития стационарной помощи за период 2000-2007 гг. позволил выявить следующие тенденции: общее число больничных организаций сократилось на 17,8% (составило 657 в 2007 году), а число больничных коек – на 13,9%. Несмотря на снижение показателя обеспеченности больничными койками (на 13,9%), отмечается высокий уровень госпитализации больных (2007 г. – 27,4 на 100 жителей). С 2000 г. по отношению к 2007 г. отмечается снижение среднегодовой занятости койки на 5,5%, а средней длительности пребывания на койке – на 15,9%.оборот койки увеличился на 12,3% (который составил: 23,7 в 2000 г. и 26,6 в 2007 г. соответственно).

С 2005 г. число хирургических вмешательств в стационарах увеличилось на 4,3% и составило 693 655 операции. Послеоперационная летальность за этот период снизилась до 0,62% (2005 г. – 0,63%). Наиболее высокая послеоперационная летальность регистрируется в 2007 году при операциях на головном мозге – 21,4% (2005 г. – 20,8%) и по поводу травмы сердца 21,21%.

Следует отметить, что с 2005 г. снизился показатель поздней доставки больных в стационары для оказания экстренной помощи (позднее 24 ч от начала): при остром аппендиците – с 21,4 до 20,2% (2003г.– 21,9 %), прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки – с 11,6 до 10,5% (2003 г. – 10,8), остром панкреатите – с 39,1 до 37,4% (2002г. – 40,7%), остром холецистите – с 38,9 до 37,9% (2003 г. – 41,3%).

Обеспеченность отрасли медицинскими кадрами определяет эффективность функционирования системы здравоохранения. В 2007 г. в Республике Беларусь в системе Министерства здравоохранения работали 41 743 врача (физических лиц).

Обеспеченность населения Беларуси врачебными кадрами (без зубных врачей) в системе Министерства здравоохранения в 2007 г. составила 43,1 врача на 10 тысяч населения (2006 г. – 42,2).

Укомплектованность врачебных должностей в медицинских организациях системы Министерства здравоохранения (без зубных врачей) в целом по республике в 2004 г. составила 94,6% (2006 г. – 94,8%). Выше среднереспубликанского уровня показатель укомплектованности врачебных должностей сохраняется в медицинских организациях Могилевской (98,9%), Витебской (96,5%) и Гродненской (96,4%) областях.

Показателем, характеризующим расстановку кадров в республике, также является коэффициент совместительства. В целом по Беларуси для врачей этот показатель сохранился на уровне 2006 года и составил 1,39. Выше среднереспубликанского уровня коэффициент совместительства в Витебской (1,41), Гомельской (1,46) и Минской (1,49), Могилевской (1,50) областях.

Из общего числа штатных должностей среднего медицинского персонала 127 430 (2006 г. – 124 902) было занято 124 395 (2006 г. – 122 226).

Укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала в 2007 г. составила 97,6% (2006 г. – 97,9%), в т.ч. в: г. Минске – 95,5% (2006 г. – 95,9%), Брестской обл. – 98,3% (2006 г. – 98,8%), Витебской обл. – 99,1% (2006 г. – 99,0%), Гомельской обл. – 98,2% (2006 г. – 97,9%), Гродненской обл. – 97,2% (2006 г. – 97,5%), Минской обл. – 97,0% (2006 г. – 97,6%), Могилевской обл. – 99,5% (2006 г. – 99,6%).

Коэффициент совместительства у среднего медицинского персонала в 2007 г. составил 1,16 (2006 г. – 1,14), в том числе: в г. Минске – 1,31 (2006 г. – 1,29), Брестской обл. – 1,06 (2006 г. – 1,05), Витебской обл. – 1,15 (2006 г. – 1,13), Гомельской обл. – 1,14 (2006 г. – 1,14), Гродненской обл. – 1,11 (2006 г. – 1,10), Минской обл. – 1,15 (2006 г. – 1,14), Могилевской обл. – 1,10 (2006 г. – 1,08).

Соотношение врачей и средних медицинских работников в организациях системы Министерства здравоохранения по занятым должностям в 2007 г. было 2,39 (2006 г. – 2,38).

II. Основные показатели заболеваемости военнослужащих Вооруженных Сил в 2008 году

Заболеваемость военнослужащих в 2008 г. по сравнению с 2007 г. снизилась на 41,8 % и составила 1020,9 %, в том числе:

- рядовых и сержантов срочной службы – 1327,2 %,
- рядовых и сержантов контрактной службы – 860,9 %,
- офицеров и прапорщиков – 590,5 %.

Тенденция к снижению заболеваемости сохраняется с 2002 г.

Уровень госпитализации в 2008 году по сравнению с 2007 годом повысился на 38,1% и составил 508,3%.

Из числа заболевших амбулаторно лечилось 59,9%, стационарно – 40,1%.

Из стационарных больных лечилось:

- в войсковом звене – 68,1% (лазарет медицинского пункта – 34,4%, медицинская рота и медицинский центр – 33,6%);
- в военных медицинских центрах – 27,2%;
- в лечебных организациях Министерства здравоохранения – 4,7%.

Суммарно до 70 % в структуре заболеваемости составили классы:

- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы.

В последние 3 года в структуре заболеваемости военнослужащих отчетливо просматривается тенденция к снижению уровня заболеваемости органов пищеварения и росту заболеваний пневмониями.

III. Основные показатели деятельности военных медицинских организаций и медицинских подразделений в 2008 году

При рассмотрении деятельности военно-медицинских организаций необходимо отметить, что при условии ведения расчета от планового показателя Министерства здравоохранения на 2008 год для областных больниц (среднее время нахождения больного на койке – 10,8 дня) фактические показатели работы военных медицинских центров сместились в худшую сторону. Так средний койко-день 432 ГВКМЦ выше планового на 1,2 дня, оборот койки ниже на 7,5, а среднее число дней функционирования койки меньше на 50,3 дня. В лучшую сторону по этим показателям необходимо отметить 290 ВМЦ ВС РБ.

Из пролеченных больных в военных медицинских центрах только 47% составили военнослужащие Вооруженных Сил.

В военных медицинских центрах, медицинских центрах ВВС и войск ПВО и медицинских подразделениях в 2008 году было пролечено 31593 военнослужащих, из которых в войсковом звене лечилось 20222 человека и в военных медицинских центрах 11371 больной.

В медицинских ротах средняя длительность пребывания больного на койке на 0,3 дня меньше планового. Оборот койки ниже планового на 15,7, а среднее число дней функционирования койки ниже на 159,5 дня. В лучшую сторону необходимо отметить работу медицинской роты 72 ОУЦ ПП МС, в худшую - медицинских рот 103 омбр, 19 омбр, 37 омбр и 223 ЦАМ.

И еще необходимо отметить, что достаточно большой объем работы врачебного состава войскового звена (медицинских рот и медицинских пунктов) составляет амбулаторно-поликлинический прием. Так в 2008 году поликлиническими отделениями было принято 200139 человек, из которых 126723 человека с профилактическими целями.

IV. Анализ организации диспансеризации военнослужащих Вооруженных Сил в 2008 году

Известно, что в Вооруженных Силах полный охват военнослужащих профилактическими мероприятиями, входящими в систему диспансеризации, является обязательным, тем не менее в силу различных объективных и субъективных причин достичь 100% охвата в целом за ВС РБ нам до сих пор не удалось.

За истекший 2008 год охват расширенным медицинским обследованием военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, составил 100%, военнослужащих, проходящих военную службу по контракту – 99.4%.

В том числе:

- Сухопутные войска (части непосредственного подчинения) – 100% (98,6% в 2007 г.);
- СЗОК – 99,6% (96,5% в 2007 г.);
- ЗОК – 100% (100% в 2007 г.);
- ВВС и войска ПВО – 100% (97,0% в 2007 г.);
- воинские части подчиненные ЦОВУ – 98,3% (98,1% в 2007 г.);
- Департамент транспортного обеспечения – 100% (99,5% в 2007 г.);
- ССО – 99,2% (99,3% в 2007 г.). Снижение охвата произошло вследствие плохой организации обследования военнослужащих самого командования ССО.

Из соединений и воинских частей, где снизился охват профилактическими мероприятиями, необходимо упомянуть 120 омбр.

Данные показатели в большей мере отражают работу командиров, а не медицинских работников, так как именно командиры отвечают за воинскую дисциплину и прибытие военнослужащих на профилактические осмотры.

Что же касается качества проведения профилактических мероприятий то здесь в лучшую сторону необходимо отметить медицинскую службу 72 ОУЦ ПП и МС и амбулаторный центр 432 ГВКМЦ. А вот в худшую – 38 оомобр, где командиром роты до сих пор не представлен сводный план лечебно-профилактических мероприятий за части в своей зоне ответственности, а так же 120 збр, 927 иаб, 2060 БХТР, 111 абр, 115 збр, 969 ЦБРезТ, 8 прхбз не представивших планы лечебно-профилактических мероприятий в отношении военнослужащих своих воинских частей.

По итогам диспансеризации 2008 года наблюдается тенденция по ухудшению состояния здоровья военнослужащих, проходящих службу по контракту, а именно снижение доли военнослужащих с первой группой состояния здоровья, и соответственное увеличение доли военнослужащих со второй и, что особенно настораживает, с третьей группой.

Причинами этого могут быть или невыполнение военнослужащими врачебных рекомендаций и назначенных лечебно-профилактических мероприятий, или формальное отношение войсковых врачей к наблюдению за состоянием здоровья военнослужащих.

Одной из причин является личная незаинтересованность военнослужащих в сохранении и укреплении собственного здоровья. На данный момент наличие хронических заболеваний предусматривает лишь льготы и послабления по службе.

С целью предотвращения дальнейшего роста количества военнослужащих, состоящих формально под динамическим врачебным наблюдением, а реально не имеющих хронических заболеваний, является необходимым строгое соблюдение требований правовых актов по срокам нахождения военнослужащих под диспансерным наблюдением. По выздоровлении своевременно снимать диагноз хронического заболевания, шире и объективно использовать практику отражения реального состояния здоровья военнослужащего в материалах по аттестации.

Если мы этого не предпримем, то в ближайшей перспективе под динамическим наблюдением окажутся все военнослужащие, проходящие службу по контракту, и наши планы профилактических мероприятий превратятся в толстые книги, а выполнение запланированных профилактических мероприятий в непосильную ношу.