

Здраве и здравеопазване в област Русе за периода 2000-2011 г.

Минчо Вичев, А.Панев

***A Training Model of a Microprogramming Unit for Operation Control:** The paper justifies the necessity to introduce the students from the 'Computer Systems and Technologies' degree course to computer science details, such as operation control units and in particular, microprogramming control units. A specific unit scheme has been chosen and its programming model, developed for training purposes, has been described. The work with the model will enable students to comprehend the principle of microprogramming control and it will be also used to check and assess their knowledge.*

Key words: Computer Systems and Technologies, Model, Microprogramming Unit for Operation Control.

ВЪВЕДЕНИЕ

Статията е кратък обзор на здравеопазването в Русенска област за период от 12 години-тежък и нееднозначен период след стартиралата през 1999г здравна реформа. Изнесените данни не са изчерпателни, но са добра база за дискусия, която е крайно наложителна в този момент. Поставен е и въпроса за качеството на подаваната от лечебните заведения информация - без решаване на този проблем не могат да вземат верните решения.

Здравното състояние на населението и здравеопазването в област Русе са разгледани в няколко направления като се анализират в динамика и съпоставени с тези в Република България, а в някои случаи и с Европейските.

Демографските процеси са резултат и функция от действието на много фактори от социално, икономическо, медицинско и психологическо естество и оказват пряко и непосредствено въздействие върху равнището на здравния статус на населението в регионален и национален мащаб.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В началото на проучвания период населението в област Русе е било 273 517 души, от които 69,7% живеещи в градовете и 30,3% в селата. В края на периода – 2011г. населението намалява до 244 585 души или с 10,6%, като градското население намалява с 0,8%, а селското – с 27,5%. Тази значителна разлика се дължи както на естествените процеси – раждаемост и смъртност, така и на вътрешна миграция поради икономически и социални процеси. Тенденцията не се различава съществено от тази в страната поради близките действащи фактори.

Раждаемостта варира в границите от 9,28‰ до 7,94‰ като за съжаление най-ниската стойност е за 2011г. В сравнение както с другите области в България, така и с повечето Европейски държави, тези стойности са доста по-ниски. Естествено раждаемостта в селата е значително по-ниска от тази в градовете.

Общата смъртност в областта е в границите от 13,42‰ до 16,1‰, което е с около 1‰ по-високо от средната за страната и това допълнително увеличава отрицателния естествен прираст. За периода той се движи между -5,89‰ и -8,46‰ като отново 2011г. е с най-негативен резултат.

Основни причини за смъртността, както и на национално ниво са сърдечно-съдовите заболявания с дял от 67%, следвани от новообразуванията с дял 13,8% и доста по-малки дялове около 4% - на храносмилателна и дихателна система. Специфичен и много важен раздел на общата смъртност е детската смъртност. Този показател от 1998г е с трайно ниски стойности в Русенска област - от порядъка на 5-6‰, но в последните 2 години нараства до около 10‰, основно за сметка на перинаталната и неонаталната смъртност.

Причините вероятно са две:

1\В Русенския АГ-комплекс зачестиха тежки раждания и трансфери на деца от съседни области поради липса на квалифицирани неонатолози в тях.

2\Раждат се все повече деца с 4-та степен недоносеност, които са с по-висока смъртност.

Повод за размисли обаче е увеличеният брой мъртвородени, което е индикация за проблеми в колаборацията на болнична с доболнична помощ. За щастие друг важен показател – майчина смъртност от години е 0%.

Заболеемостта и болестността в област Русе се анализира по класове болести съгласно МКБ-9 до 2004г. и МКБ-10 след това. Данните са взети от официалните справочници на РЗИ-Русе за посочените периоди. За годините 2000-2004 общата заболеемост варира от 684,4 ‰ през 2000г, а най-висока е 973,5‰ през 2002г. Болестността също е най-ниска за 2000г.- 973,5‰, а най-висока отново през 2002г.- 2392‰. Разликата между най-ниската и най-високата болестност е около 2,5 пъти, което вероятно се държи и на административни фактори – това са годините в началото на здравната реформа и промяна на системата за регистрация.

В следващите 7 години вече се работи по МКБ-10. Заболеемостта е най-ниска през 2006г -766,7‰, а най-висока през 2011г- 998,2 т.е. с 30,3‰ по-висока. Водещи причини за заболеемост са: дихателна система с 28,5% дял, пикочно-полова система – 9,9% и органи на кръвообращението – 8,9%. Делът на онкологичната заболеемост е около 1,5% като има леко повишение в последните години -2009 -2011. Надяваме се това да е свързано с по-добрата диагностика.

Болестността за същия период се движи между 1905,5‰ за 2005г. и 2540‰ – нарастване с 33,3‰. По класове болести водещи са болестите на кръвообращението – 573,4‰ (22,6%), следвани от тези на дихателната система 430,8‰ и на пикочно-половата система (8,8%) и т.н. Ако се вземе за база 2000г., болестността се е увеличила с 43,4‰, което е значително и изисква отделно проучване за породилите го обстоятелства.

Общият извод е, че за 11 години здравното състояние на населението, илюстрирано чрез основните показатели – раждаемост, смъртност, естествен прираст, заболеемост и болестност в област Русе, е с подчертана тенденция на влошаване, с колебливи стойности в различните години, повечето от които са по-неблагоприятни от тези за страната.

На територията на област Русе функционират общински, държавни и частни лечебни заведения за болнична и доболнична помощ, които са разгледани в посочените групи. Заведенията за болнична помощ – държавни и общински- не са променили броя си общо 7 както следва : МБАЛ – 2 броя, ДПБ – 1 и диспансери – 4.

Частните лечебни заведения за болнична помощ със специализиран профил от 2 през 2000г. нарастват до 6, след което намаляват до 4 през 2011г.

Заведенията за доболнична помощ през 2000г. са 313, нарастват до 534 през 2006 и през 2011 са 495 – нараснали с 58%.

Легловият фонд през 2000г. е 1729 легла, от които 926 в МБАЛ, 320 в ДПБ, 467 в диспансерите и 16 в частни специализирани болници т.е. 99% от болничната помощ се оказва в държавни и общински болници. Въпреки непроменения брой на болниците, легловият фонд в тях постоянно се редуцира. През 2011г броят на леглата в областта е 1514, което значи осигуреност 65,9 легла на 100 000 души. За МБАЛ намалението е с 24,7% - от 926 на 697. Диспансерите са намалили леглата си от 467 на 397 т.е. с 15%. Леглата в частните болници достигат до 182 през 2009г. и намаляват на 130 през 2011г. Предвид малкия брой легла в тях, трудно е да се очаква прием на тежко болни, които изискват по-дълготраен престой. Пазарната ниша за тези заведения би трябвало да бъде еднократната хирургия, а за тези с повече легла – рехабилитация и дългосрочни грижи.

Анализът на състоянието и развитието на лечебните заведения в областта показва стабилност при държавните и общински болнични заведения, които редуцират леглата си при увеличаване и подобряване на показателите за дейността си. Частните заведения за болнична и специализирана доболнична помощ се появяват по-скоро хаотично, без достатъчна яснота за пазарната ниша, която търсят да заемат. Основната причина за това е неясната регламентация за тяхното откриване и узаконяване, дължаща се на недобра или липсваща нормативна база.

В здравната система на Русенска област са работили между 2 997 души \2000г\ и 3311 души \2009г\. През 2000г лекарите са били 661, а през 2011г – 691. Болезненият проблем на областта е застаряването на лекарите и оскъдният брой млади лекари, които идват да работят. В този контекст трябва да се посочи, че 77% от лекарите са със специалност, като в болниците този процент е по-висок. В първичната доболнична помощ лекарите със специалност са 56%. Основният проблем през изминалите 12 години от началото на здравната реформа е създадената пропаст между болнична и доболнична помощ, което на практика ликвидира първоначалната идея да се поеме по-голяма част от болните в по-евтината доболнична сфера. Непосредствено негативно последствие от това е значително повишената хоспитализирана заболяемост- от 36 313 души през 2000г до 56 972 за 2011г.

Една от водещите причини за това е и системата на клиничните пътеки, която работи на принцип – заплащане за случай. Този принцип, където и да е прилаган, винаги е водил до повишение на хоспитализациите при липса на достатъчен контрол. На фона на безкритичното разкриване на нови болници изходът е или налагане на лимитиращи бюджети, или смяна на системата с тази на диагностично свързаните групи, при която има значително по-големи възможности за контрол.

Медицинските специалисти са разгледани общо за десетте специалности. През 2000г те са били 1335 и нарастват до 1521 през 2009г. Огромна придобивка за областта е разкриването на специалностите медицинска сестра и акушерка към Русенския университет, което направи бъдещето на здравната система далеч по-благоприятно. Липсата на достатъчен брой от тези специалности отдавна наруши съотношението между лекари и медицински сестри до 1: 1,33, което е далеч от приетите стандарти и създава значителни проблеми, особено в заведенията за болнична помощ.

Основните показатели в болничните заведения в областта показват няколко подчертани тенденции:

- 1\значително понижаване броя на леглата
- 2\повишаване броя на преминалите болни особено в периода 2000- 2006г, след което остава почти константен
- 3\значително понижение на средния престой – до около 5,5 дни а като резултат от тези промени и значително увеличение на оборота на леглата – до 55 болни.

Това са благоприятни тенденции, стига да не са за сметка на болния и чести рехоспитализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Съзнателно оставям в края финансовите показатели, защото считам, че не са подавани коректно към РЗИ, която е единствен източник на тази информация. Решаването на въпроса с достоверността на информацията медико – статистическа и финансова, има ключова роля за развитието на здравеопазването в правилна посока. Ролята на МЗ е да осъществява стриктен контрол за спазване на наредба № 1 от 27.2. 2013г.

Заключение: Изминалите вече 13 години отначалото на здравната реформа поставят много въпроси. Очевидно е, че трябва има промени, които трябва да бъдат

широко обсъдени, за да се избегнат грешките на миналото, както и да се преодолеят силните лобистки влияния, довели здравеопазването до мъртва точка.

ЛИТЕРАТУРА

[1] НСИ - Здравеопазване 2011 г.

[2] РЗИ – РУСЕ – Сборник здравеопазване 2000 – 2011 г.

[3] Салчев, П., Българското здравеопазване в „окото на урагана“, на икономическата криза, сп. Социална медицина 2013г. бр.1

[4] Сборник Ново Обществено Здравеопазване - 1998г. под ред. на проф. В.Борисов дмн, доц.З.Глутникова дм, проф. Ц. Воденичаров дмн

За контакти:

д-р Минчо Вичев, тел.: 0878 385 000, e-mail: mvichev@mail.bg

проф.А.Панев

Докладът е рецензиран.