

ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЬЯ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ
КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
В ЦЕНТРАЛЬНОМ
ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ -
МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
**Владимир Юрьевич
Семенов**



В Центральный федеральный округ (ЦФО) Российской Федерации (РФ) включено 18 субъектов РФ, в том числе области: Белгородская, Брянская, Владимирская, Воронежская, Ивановская, Калужская, Костромская, Курская, Липецкая, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Ярославская и город Москва. Численность постоянного населения, проживающего в перечисленных субъектах Российской Федерации ЦФО, составляет 36,7 млн. человек, или 25,4% населения РФ.

1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Демографическая ситуация субъектов Российской Федерации в ЦФО соответствует общим тенденциям, характерным для РФ. Население ЦФО, как и во всей РФ, за последние годы сокращалось. Прирост населения зафиксирован в ЦФО только в Белгородской области, где он обеспечен за счет мигрантов, значительную часть которых составили вынужденные переселенцы.

Практически повсеместно сокращается число родившихся детей. В числе территорий РФ с низким показателем рождаемости в 2001 году – менее 8 родившихся на каждую тысячу человек – на первом месте области: Смоленская, Рязанская (7,3 ‰) и Тульская (7,2 ‰) на

1000 населения. Наибольший показатель рождаемости в ЦФО отмечается в г. Москве – 8,8 ‰ (табл.1, рис. 1).

Сложившийся уровень рождаемости на территории ЦФО в 2 раза ниже необходимого для простого численного возмещения поколений родителей их детьми – необходимо достичь как минимум 2,15 рождения на одну женщину детородного возраста, или 2,6 рождения на одну замужнюю женщину (в 2001 году суммарный коэффициент рождаемости чуть превысил 1 рождение на 1 женщину детородного возраста).

Самая серьезная проблема современного демографического развития ЦФО России – высокий уровень общей смертности населения. Наиболее высокие показатели общей смертности в 2001 году зарегистрированы на территориях Ивановской (20,2‰), Тверской (21,9‰) и Тульской (21,4‰) областей, что в значительной степени объясняется высокой долей лиц старшего трудоспособного возраста (24–27%), проживающих на этих территориях по сравнению с другими.

Повышение общей смертности зафиксировано практически по всем основным классам причин смертности. Основными причинами смерти являются болезни системы кровообращения, несчастные случаи, отравления и травмы, новообразования. В структуре причин общей смертности на долю болезней системы кровообращения приходится более 55%, внутри класса основное место занимает ишемическая болезнь сердца (47%) и цереброваскулярные болезни (37,7%) (рис. 2).

В связи с тем, что повсеместно смертность превышает рождаемость (в среднем по ЦФО в 2,25 раза), более 10 лет регистрируется отрицательный естественный прирост населения.

Самая большая естественная убыль населения в 2001 году в ЦФО отмечена в Тульской (14,2‰) и Тверской областях – (14,3‰). Особенно удручающей является ситуация с ростом смертности людей трудоспособного возраста, которые умирают в основном в результате предотвратимых причин смерти. Особенно критическим для демографического потен-

Таблица 1

ПОКАЗАТЕЛИ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ

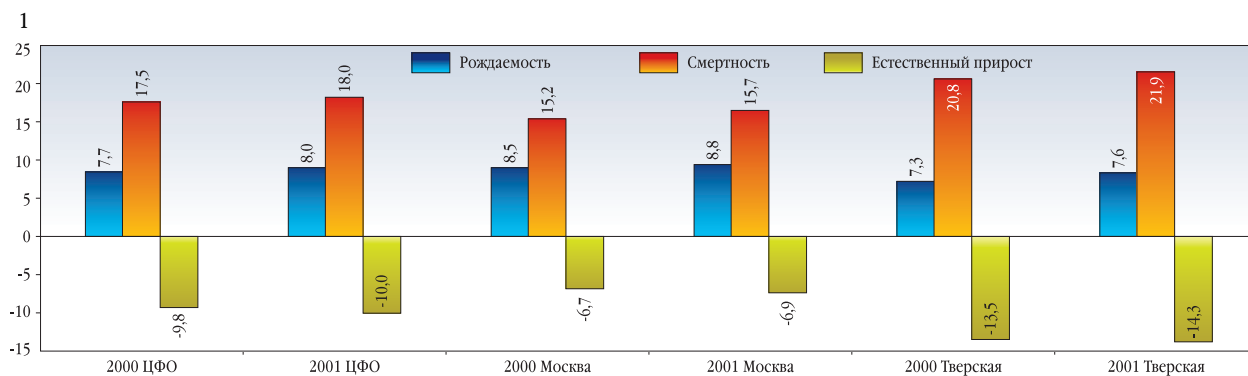
Территории (области РФ)	Рождаемость		Смертность		Естественный прирост	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Белгородская	8,1	8,2	15,5	16,2	-7,4	-8,0
Брянская	7,7	7,7	17,9	17,6	-10,2	-9,9
Владимирская	7,4	7,9	18,7	19,2	-11,3	-11,3
Воронежская	7,6	7,6	17,8	18,1	-10,2	-10,5
Ивановская	7,1	7,6	20,3	20,2	-13,2	-12,6
Калужская	7,3	7,8	17,9	18,1	-10,6	-10,3
Костромская	7,9	8,5	18,3	19,2	-10,4	-10,7
Курская	8,0	8,1	18,1	18,1	-10,1	-10,0
Липецкая	7,8	7,9	16,4	17,0	-8,6	-9,1
Московская	7,3	7,9	17,3	18,2	-10,0	-10,3
Орловская	7,7	7,9	17,4	17,6	-9,7	-9,7
Рязанская	7,0	7,3	19,1	19,7	-12,1	-12,4
Смоленская	6,8	7,3	19,3	19,8	-12,5	-12,5
Тамбовская	7,7	7,5	18,4	18,0	-10,7	-10,5
Тверская	7,3	7,6	20,8	21,9	-13,5	-14,3
Тульская	6,8	7,2	21,0	21,4	-14,2	-14,2
Ярославская	7,2	8,0	17,9	19,5	-10,7	-11,5
город Москва	8,5	8,8	15,2	15,7	-6,7	-6,9
Центральный федеральный округ	7,7	8,0	17,5	18,0	-9,8	-10,0

Таблица 2

МЛАДЕНЧЕСКАЯ И МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

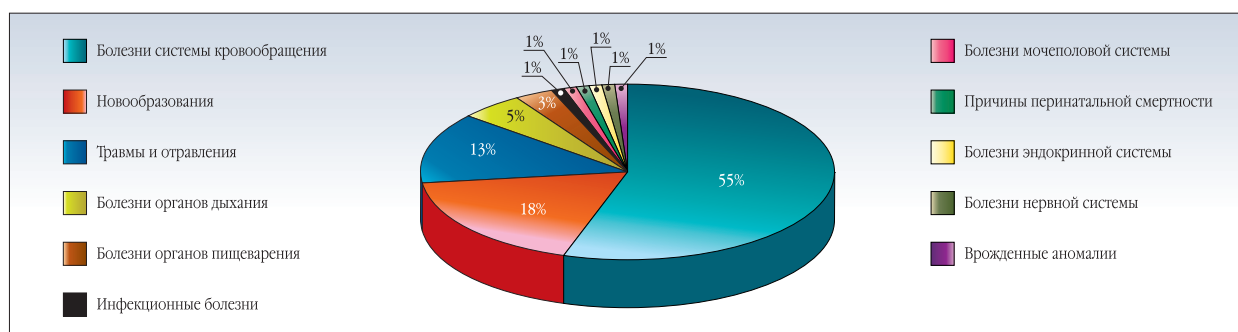
Территории (области РФ)	Число детей, умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми		Число умерших женщин от осложнений беременности на 100 000 родивших живыми	
	2000	2001	2000	2001
Белгородская	13,1	14,3	16,5	16,3
Брянская	15,9	15,4	45,0	27,0
Владимирская	14,5	14,8	42,0	39,7
Воронежская	13,3	13,4	16,2	37,9
Ивановская	16,8	16,5	58,2	76,5
Калужская	16,2	15,1	12,7	35,7
Костромская	13,8	14,0	48,6	15,3
Курская	16,4	14,6	38,3	19,0
Липецкая	14,7	13,2	41,7	10,2
Московская	13,3	12,2	35,7	27,4
Орловская	13,0	14,8	28,9	28,4
Рязанская	14,8	13,6	67,6	43,4
Смоленская	15,1	16,7	78,4	61,4
Тамбовская	13,5	15,9	82,3	42,6
Тверская	17,0	16,3	8,7	50,0
Тульская	19,5	16,9	25,3	24,3
Ярославская	12,1	12,9	68,8	8,9
город Москва	10,9	11,8	30,1	32,9
Центральный федеральный округ	13,5	13,6	37,1	32,2





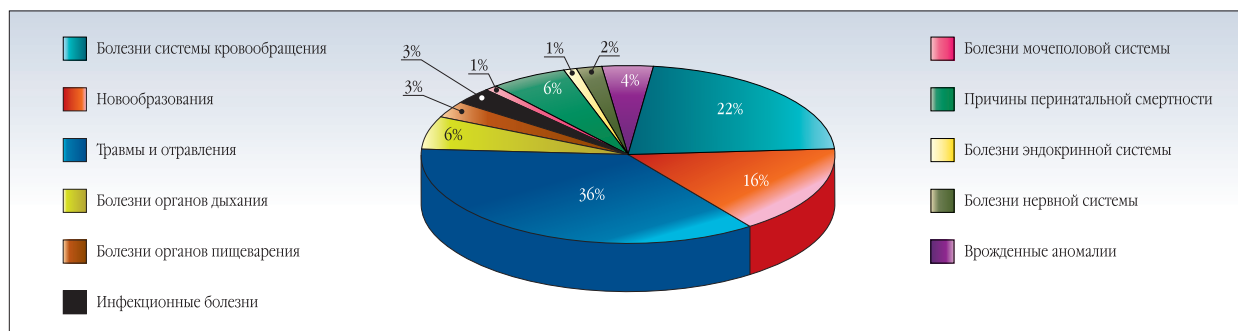
ДИНАМИКА ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕКОТОРЫХ СУБЪЕКТОВ РФ В ЦФО (В РАСЧЕТЕ НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

2



ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЦФО ПО ОТДЕЛЬНЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ (В ПРОЦЕНТАХ)

3



ПРИЧИНЫ ПОТЕРИ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ЦФО ВСЛЕДСТВИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ (В ПРОЦЕНТАХ)

циала ЦФО является то, что в структуре смертности трудоспособного возраста травмы и отравления занимают первое место (рис. 3). Причем у мужчин они являются причиной смерти каждого второго умершего в этом возрасте, у женщин – каждой третьей.

В большинстве областей ЦФО в течение последних лет наблюдаются положительные тенденции в отношении показателей младенческой смертности, уровень которой в 2001 году в ЦФО составил 13,6 случая на 1000 родившихся живыми, что ниже, чем в среднем по РФ (14,7‰) (табл. 2).

В течение последних лет структура младенческой смертности не меняется. Ведущими причинами смерти детей на первом году жизни остаются состояния, возникающие в перинатальном периоде (63–67%), и врожденные аномалии развития, составляющие до 33–37%.

Уровень младенческой смертности в различных регионах характеризуется выраженными колебаниями. Наиболее высокие показатели младенческой смертно-

сти на территории ЦФО в 2001 году отмечались в Смоленской (16,7‰) и Тамбовской областях (15,9‰).

Самые низкие показатели младенческой смертности наблюдались в г. Москве (11,8‰), Московской (12,2‰), Ярославской (12,9‰) и Липецкой областях (13,2‰).

Снизился уровень материнской смертности. В среднем по ЦФО составил в 2001 году 32,2 на 100 тыс. родивших живыми (в 2000 году – 37,1 на 100 тыс. родивших живыми).

Показатели общей заболеваемости соответствующих групп населения в субъектах РФ на территории ЦФО в 2001 году представлены в таблице 3.

Среди взрослых продолжается рост заболеваемости населения болезнями системы кровообращения.

В целях улучшения охраны и укрепления здоровья детей, совершенствования ранней диагностики и своевременного оказания лечебно-профилактической помощи детям Минздравом РФ принято решение о проведении Всероссийской диспансери-



Таблица 3

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
СООТВЕТСТВУЮЩИХ
ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В 2001 ГОДУ
В РАСЧЕТЕ НА 1000 ЧЕЛОВЕК**

Территории (области РФ)	Взрослое население	Подростки (15–17 лет)	Дети (0–14 лет)
Белгородская	1376,7	1630,3	1968,5
Брянская	1035,6	1308,0	1809,1
Владимирская	1514,2	1773,1	2363,5
Воронежская	1014,6	1287,1	1422,8
Ивановская	1167,1	1661,9	2210,8
Калужская	1197,8	1470,4	2050,6
Костромская	1019,7	1282,3	1706,3
Курская	947,3	1359,2	1780,9
Липецкая	1311,9	1657,7	1724,5
Московская	931,9	1233,6	1929,5
Орловская	1269,3	1629,9	1924,2
Рязанская	1036,3	1543,9	1687,2
Смоленская	1211,7	1643,9	2165,7
Тамбовская	1113,8	1596,8	1882,4
Тверская	1238,6	1557,5	2034,5
Тульская	1178,1	1237,1	1853,3
Ярославская	1453,8	2004,5	2380,2
город Москва	1480,1	1805,1	2677,6
Центральный федеральный округ	1214,3	1539,7	2087,2

Таблица 4

**СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ПОСЕЩЕНИЙ
НА 1 ЖИТЕЛЯ, ВКЛЮЧАЯ ОБРАЩЕНИЯ
К ВРАЧАМ СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ЗА 2000–2001 ГОДЫ**

Территории (области РФ)	2000	2001
Белгородская	9,4	9,6
Брянская	9,3	9,5
Владимирская	9,4	9,0
Воронежская	10,6	10,7
Ивановская	8,8	9,2
Калужская	8,3	8,6
Костромская	8,9	9,1
Курская	9,4	9,4
Липецкая	8,4	8,6
Московская	8,3	8,5
Орловская	10,1	10,1
Рязанская	9,9	9,6
Смоленская	9,7	9,8
Тамбовская	8,5	8,3
Тверская	8,3	8,4
Тульская	9,6	9,4
Ярославская	9,0	8,6
город Москва	11,0	11,3
Центральный федеральный округ	9,5	9,6

зации детям до 18 лет. Издан приказ Минздрава РФ №81 от 15 марта 2002 года «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году».

Во всех субъектах РФ на территории ЦФО изданы приказы о проведении диспансеризации, созданы соответствующие комиссии и организована работа для ее проведения в установленные сроки.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

2.1. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Реформа управления и финансирования здравоохранения субъектов РФ на территории ЦФО, введение медицинского страхования граждан предъявили новые требования к врачу, оказывающему первичную медицинскую помощь.

Основным структурным элементом организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в системе этапного лечения остается территориальный терапевтический участок, а врач-терапевт участковый является специалистом, обеспечивающим первичный кон-

такт системы здравоохранения с отдельными гражданами. Среднее число посещений на 1 жителя, включая обращения к врачам станций скорой медицинской помощи, в 2000–2001 годах представлено в таблице 4.

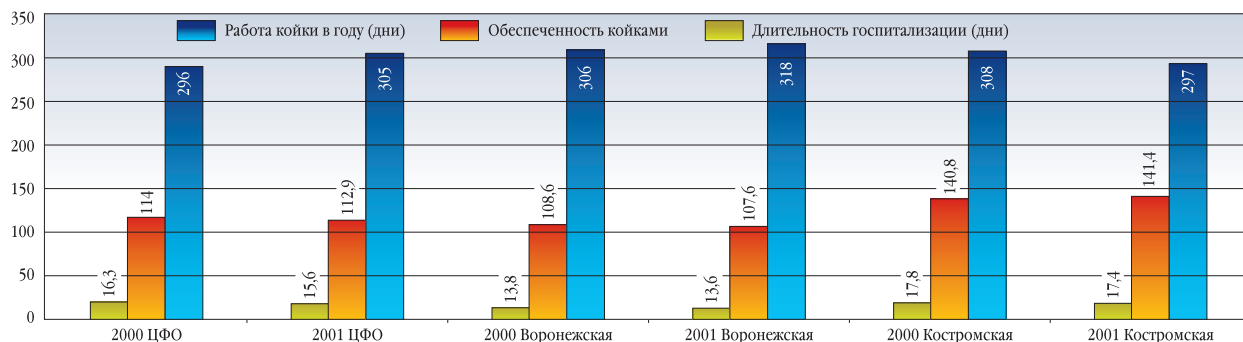
Большое внимание уделяется развитию организации первичной медико-санитарной помощи на основе общеврачебной практики. Этому вопросу было посвящено заседание Координационного совета по здравоохранению в ЦФО, которое проводилось в г. Туле (29 мая 2002 года).

Практически во всех субъектах РФ на территории ЦФО органами управления здравоохранением разработаны и начинают реализовываться программы по подготовке врачей общей врачебной (семейной) практики (Московская, Тульская, Тверская, Тамбовская, Калужская, Воронежская и др.). Появились лечебные учреждения, оказывающие медицинскую помощь по принципу общей врачебной практики. Проводится реорганизация поликлиник с организацией в них рабочих мест для семейных врачей. Сертифицированные врачи общей практики работают в сельских лечебных учреждениях Московской, Тульской, Тверской, Калужской и других областей.

В субъектах РФ на территории ЦФО уделяется большое внимание развитию скорой медицинской по-



4



ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ БОЛЬНИЧНЫМИ КОЙКАМИ НЕКОТОРЫХ СУБЪЕКТОВ РФ НА ТЕРРИТОРИИ ЦФО НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ, ФУНКЦИЯ КОЕК

мощи (СМП). Оказание экстренной медицинской помощи является одним из факторов национальной безопасности. Уровень ее организации непосредственно влияет на снижение потерь общества от острых заболеваний, травм, отравлений и других состояний, угрожающих жизни и здоровью населения как в условиях штатного функционирования, так и в условиях массовых природных и техногенных катастроф.

Положительный опыт развития СМП имеется в здравоохранении г. Москвы: за последние два года введены в строй 27 новых подстанций скорой медицинской помощи; разработана и внедрена Комплексная автоматизированная система управления деятельностью Станции скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы, что позволило полностью автоматизировать процесс приема и передачи на исполнение вызовов по «03». Результаты промышленной эксплуатации системы подтвердили ее технологичность и надежность.

2.2. СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Больничная помощь является наиболее ресурсоемким сектором здравоохранения.

Стремительное развитие специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи и появление новейших медицинских технологий привело к качественным изменениям в структуре стационарных учреждений субъектов РФ на территории ЦФО.

Некоторые показатели работы ЛПУ субъектов Российской Федерации в ЦФО в 2001 году представлены в таблице 5 (рис. 4). Число коек превышает 120 на 10 000 населения в Белгородской, Костромской (141,4 – самый большой показатель в ЦФО), Рязанской и Тульской областях.

Наибольших успехов по реструктуризации коечного фонда в последние годы добились в Московской (94,4 койки на 10 000 населения), Курской (101,1) и Воронежской (108,6) областях.

За последние 5 лет коечный фонд Московской области сократился на 9,1%, составив 60 723 койки в 2001 году (1997 год – 66 767 коек). Обеспеченность койками населения снизилась и составила в 2001 году 94,4 койки на 10 000 населения (2000 год – 97,4), но по-прежнему превышает федеральный расчетный норматив коек по программе государственных гаран-

Таблица 5

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ В 2001 ГОДУ

Территории (области РФ)	Число коек на 10 000 населения	Работа койки в году (дни)	Длительность госпитализации (дни)
Белгородская	120,2	334	15,0
Брянская	117,9	321	16,4
Владимирская	111,0	323	15,0
Воронежская	108,6	318	13,8
Ивановская	138,8	315	16,5
Калужская	102,2	303	15,7
Костромская	141,4	297	17,4
Курская	101,1	319	15,6
Липецкая	116,7	320	15,3
Московская	94,4	304	16,1
Орловская	114,8	310	15,1
Рязанская	125,4	296	16,1
Смоленская	120,4	316	17,1
Тамбовская	118,4	334	15,7
Тверская	114,5	292	15,5
Тульская	135,4	298	16,0
Ярославская	114,0	312	15,7
город Москва	109,3	283	15,6
Центральный федеральный округ	112,9	305	15,6

тий в части, предусмотренных программой профилей медицинских специальностей (на 6,1%).

В 2001 году структурные преобразования стационарной медицинской помощи были одним из приоритетных направлений в практической деятельности руководителей здравоохранения всех уровней Московской области. Работа проводилась в рамках годовых планов по оптимизации использования коечного фонда и реструктуризации стационарной медицинской помо-



щи в муниципальных образованиях, согласованных с Министерством здравоохранения Московской области.

В результате проведенной работы по реструктуризации коечного фонда за 2001 год количество коек в муниципальных стационарах Московской области сократилось на 2087 коек, или на 4,0%. Сократилась средняя длительность пребывания на койке, показатель которой составил в 2001 году 16,1 дня.

В Воронежской области в 2001 году количество больничных коек уменьшилось на 468, что соответственно снизило показатель обеспеченности на 10 тыс. населения с 109,5 до 108,6.

Низкие показатели использования коечного фонда по числу дней работы койки в 2001 году, по сравнению со средними по ЦФО (305 дней в году), в Костромской (297 дней), Рязанской (296 дней) и Тверской (292 дня) областях. Наиболее эффективно используется коечная сеть в Белгородской (334 дня), Владимирской (323 дня) и Липецкой (320 дней) областях. Так, в Воронежской области использование коечного фонда в 2001 году увеличилось на 11,8 дня и составило 317,9 (2000 году – 306,1). Показатель занятости койки в стационарах дневного пребывания Воронежской области составил 309,0 дня, что на 24,3 дня выше соответствующего показателя работы 2000 года – 284,7 дня.

Длительность госпитализации превышает среднюю по ЦФО (15,6 дня) в Костромской (17,4 дня), Смоленской (17,1 дня) и некоторых других областях. Наилучшие показатели в Воронежской (13,6 дня), Орловской (15,1 дня) и Белгородской (15,0 дня) областях. В Воронежской области в 2001 году средняя длительность пребывания на койке уменьшилась на 0,3 дня и составила 13,8.

Этот показатель колеблется в значительных пределах в зависимости от класса заболевания. Наибольшая продолжительность пребывания отмечается у больных с туберкулезом (87 дней), психическими расстройствами (41,5 дня) и инфекционными заболеваниями (25,1 дня).

Большой удельный вес госпитализированных наблюдается по поводу болезней органов дыхания, болезней системы кровообращения, болезней органов пищеварения.

Исторически структура сети учреждений здравоохранения в субъектах РФ на территории ЦФО формировалась, как и во всей России, по административно-территориальному принципу, который сохраняется до настоящего времени.

Современный лечебно-диагностический процесс вышел за границы отдельного учреждения и административной территории и осуществляется на основе единой многоуровневой сети взаимосвязанных между собой учреждений здравоохранения территории в целом.

Положительно зарекомендовал себя имеющийся в здравоохранении субъектов РФ на территории ЦФО опыт создания «медицинских округов» и межрайонных стационарных отделений.

Инициатором совершенствования системы здравоохранения в ЦФО на основе развития медицинских округов является Министерство здравоохранения Московской области (МО).

В настоящее время Московская область подразделяется на 73 административно-территориальных образования и на ее территории постоянно проживает 6482,7 тысячи человек. На муниципальном уровне здравоохранения в Московской области планируется создать 12 медицинских округов, в интересах более эффективного использования ресурсов здравоохранения и максимального обеспечения реализации государственных гарантий по предоставлению медицинской помощи населению.

Медицинский округ представляет интеграцию ресурсов нескольких муниципальных систем здравоохранения МО для оказания медицинской помощи населению этих муниципальных образований.

Развитие медицинских округов в системе здравоохранения Московской области направлено на решение следующих задач:

- преодолеть непропорциональное развитие здравоохранения муниципальных образований, входящих в медицинский округ;
- управлять объемами потребления населением медицинской помощи в пределах округа;
- оптимизировать структуру медицинской помощи по видам и объемам, соответствующим потребностям населения округа;
- рационально использовать существующие возможности лечебной сети медицинского округа;
- достичь максимальной медико-организационной самодостаточности округа через рациональное использование существующих возможностей лечебной сети медицинского округа и формирование нового уровня предоставления медицинской помощи населению;
- создать равные экономические условия предоставления медицинской помощи населению путем введения единого подушевого норматива финансирования здравоохранения округа (из бюджета и ОМС), единой группировки тарифов и единых правил оплаты медицинских услуг;
- разработать механизм управления ресурсами на оказание медицинской помощи внутри округа;
- сформировать единое информационно-технологическое пространство для оперативного управления системой предоставления медицинской помощи населению округа.

Взаимодействие муниципальных образований по оказанию медицинской помощи населению в пределах медицинского округа осуществляется с полным сохранением их административно-территориального деления и полномочий. С целью обеспечения максимально возможной доступности медицинской помощи в пределах округа определяется место каждого муниципального образования (до уровня ЛПУ) в единой системе организации и оказания медицинской помощи населению округа. Решения о развитии ресурсной базы здравоохранения округа принимаются исходя из их целесообразности и рациональности для населения и сети здравоохранения округа в целом, а не отдельных территорий, входящих в него.



Развитие медицинских округов предполагает справедливость предоставления медицинской помощи жителям любой территории, входящей в округ. Не предусматривается никаких предпочтений, связанных с изначальными различиями в численности населения и ресурсным обеспечением ЛПУ муниципальных образований, вошедших в округ. Естественно, что потребление медицинской помощи, связанное с различиями пола, возраста, состояния здоровья населения, будет отражаться на объемах и структуре фактически оказываемой медицинской помощи.

В Белгородской областной клинической больнице, в составе которой 20 отделений общей мощностью 1005 коек (620 хирургических, 385 терапевтических и 12 реанимационных), созданы и успешно работают межрегиональные центры хирургии печени и поджелудочной железы, колопроктологический и кардиососудистый, диагностический центр, консультативная поликлиника на 600 посещений в смену.

Белгородским областным центром хирургии печени и поджелудочной железы накоплен большой опыт хирургического лечения больных с опухолями печени и поджелудочной железы и осложненными формами хронического панкреатита. Разработан оригинальный прецизионный метод наложения панкреатоеюностомоза и алгоритм лечения острой печеночной недостаточности. В лечении острой печеночной недостаточности применяется аппарат «Вспомогательная печень» (ДК 2-05) с изолированными гепатоцитами. Опыт применения аппарата «Вспомогательная печень» является уникальным в России и получил высокую оценку на III Международной конференции хирургов-гепатологов, состоявшейся в г. Санкт-Петербурге.

В Воронежской области организовано 16 межрайонных стационарных отделений, за неполный 2001 год (с мая по декабрь) в них пролечено 7187 человек, в том числе из прикрепленных районов 1146, или 15,9%. Из 1146 больных, проживающих в других районах, 273 обратились в межрайонные отделения в связи с необходимостью оперативного вмешательства, 23,8% больных было прооперировано.

В кардиохирургическом центре Воронежской области в 2001 году выполнено 600 операций на сердце, из них 184 операции с искусственным кровообращением, 250 имплантаций водителей ритма, 75 катетерных деструкций сердечных аритмий, 35% операций с искусственным кровообращением выполнены больным с прикрепленных территорий ЦЧР.

В системе здравоохранения г. Москвы созданы и успешно функционируют уникальные учреждения, например: Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы, Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Научно-практический центр медицинской радиологии, Научно-практический центр

профилактики наркоманий, Московский научно-практический центр спортивной медицины, Научно-практический центр экстренной медицинской помощи, Центр медицинской инспекции.

Далеко за пределами Москвы известны и пользуются заслуженным уважением городская клиническая больница имени С.П. Боткина, Морозовская детская городская клиническая больница, городская клиническая больница №1 им. Н. И. Пирогова, 200-летний юбилей которой отпраздновали в сентябре 2002 года, и многие другие учреждения здравоохранения.

Заслуживает внимания дальнейшее расширение спектра организационно-правовых форм медицинских организаций, развитие негосударственного сектора здравоохранения в г. Москве. В определенной степени повышению доступности медицинских услуг способствует более активное привлечение существующих и вновь создаваемых негосударственных (как коммерческих, так и некоммерческих) медицинских структур к участию в выполнении государственных программ медицинского обеспечения населения в виде городского заказа. Опыт такого взаимодействия распространяется в здравоохранении субъектов РФ на территории ЦФО.

Интересен опыт по внедрению современных технологий в медицине Смоленской области.

В век высоких технологий хирургия стояла бы на месте, не имея современной аппаратуры, обеспечивающей надежный гемостаз, холестаз при минимальной травматизации тканей и создающей при этом асептический эффект. Практически в каждой операционной сейчас имеется такая аппаратура, начиная от электрокоагулятора, ультразвука и кончая лазерными установками. Однако ни одна из них не отвечает требованиям хирурга. Стремление к объединению трех процессов физического воздействия на биологические ткани: рассечение, коагуляция и стерилизация – привело к созданию аппаратов нового поколения – плазменных установок. Высокая температура плазменной струи (более 300° по Цельсию) и мощное ультрафиолетовое излучение, обладающее бактерицидным свойством при незначительном повреждающем эффекте биологических тканей, позволили реализовать поставленную задачу.

В хирургическом отделении Смоленской областной клинической больницы плазменная установка СУПР-М и ее модификации, созданные на Смоленском авиазаводе (автор А.С. Береснев), используются с 1988 года. За это время накоплен большой опыт (более 4000 операций) применения плазменного скальпеля (ПС) при операциях на желудке, печени, желчевыводящих путях, селезенке, поджелудочной железе, щитовидной железе, при пластике грыж. Имеется первый опыт применения плазменного потока в онкохирургии (рис. 5, 6).

Значительный практический опыт имеет здравоохранение Владимирской области по обеспечению заместительной почечной терапии всем нуждающимся. По показателю обеспеченности гемодиализом боль-



5



ОПЕРАЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМЕННОГО СКАЛЬПЕЛЯ
В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

ных хронической почечной недостаточностью (ХПН) в настоящее время Владимирская область входит в тройку наиболее благополучных регионов России.

Программный гемодиализ проводится в четырех межрайонных центрах на базе муниципальных больниц: в городе Владимире, Коврове, Гусь-Хрустальном и Муроме. Кроме перечисленных учреждений, острый гемодиализ для больных с острой почечной недостаточностью проводится в областной клинической больнице (ОКБ) и ГКБСМП г. Владимира (рис. 7).

Обеспечение расходными материалами производится за счет областного бюджета. В конце 2000 года было закуплено 15 искусственных почек Hospital Integra Alfa, позволяющих проводить гемодиализ в более щадящих физиологических режимах. В текущем году будет завершено обновление всего парка диализной техники области.

2.3. РОЛЬ И МЕСТО ВЕДОМСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В настоящее время в субъектах РФ на территории ЦФО количество работающих составляет около 50% общей численности всего населения. От состояния здоровья и работоспособности этой категории граждан в значительной степени зависит социально-экономическое развитие страны, чем и определяется то внимание, которое уделяется организации медицинской помощи работающим.

На территории субъектов РФ в Центральном федеральном округе РФ расположены более 32% от общего числа ведомственных медицинских учреждений РФ, из них ЛПУ, принадлежащих Министерству путей сообщения (МПС), – 76, Федеральному управлению медико-биологических и экстремальных проблем при Минздраве России (ФУМБЭП) – 43.

В связи с серьезностью данной проблемы одно из заседаний Координационного совета по здравоохранению в ЦФО (г. Тверь, 25 сентября 2002 года) было посвящено «Роли ведомственного здравоохранения на территории ЦФО в реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки РФ на среднесрочную перспективу до 2005 года» с привлечением

6



ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ В НОВОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ
СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

всех заинтересованных руководителей медицинской службы соответствующих министерств и ведомств.

На заседании было решено для интеграции ведомственного здравоохранения в общую систему здравоохранения РФ просить Минздрав России подготовить предложения в Правительство РФ о целевом финансировании из федерального бюджета расходов на оплату страховых взносов военнослужащим, сотрудникам правоохранительных органов, неработающим членам их семей для обеспечения социальных гарантий на получение ими бесплатной медицинской помощи, включая зубопротезирование и санаторно-курортное лечение, и бесплатное обеспечение лекарствами по программам обязательного медицинского страхования.

3. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Основным приоритетом государственной политики в области лекарственной помощи населению субъектов РФ на территории ЦФО является гарантированное медикаментозное обеспечение больных при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий.

В настоящее время льготами по лекарственному обеспечению пользуются около 30% населения, т.е. более 11 млн. человек.

Несмотря на то, что ситуация с лекарственным обеспечением улучшается, проблема с лекарственным обеспечением населения и лечебно-профилактических учреждений пока остается ввиду недостаточности финансирования.

Кроме того, особенностями фармацевтического рынка субъектов РФ на территории ЦФО является то, что около 70% всех обращающихся на нем лекарственных средств (в том числе 100% медикаментов, применяемых для диагностики и лечения в больницах) оплачиваются за счет бюджетов всех уровней или фондов обязательного медицинского страхования.

Дефицит средств бюджетов всех уровней и обязательного медицинского страхования не позволяет в настоящее время в достаточной мере гаран-



7



ЗАЛ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА
ВЛАДИМИРСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №6

тировать выполнение федеральных законов, устанавливающих право отдельных категорий населения на получение лекарственных средств на льготных условиях при амбулаторном и стационарном лечении.

В ряде субъектов РФ на территории ЦФО введена система персонализированного учета и отпуска лекарственных средств на льготных условиях с использованием пластиковых карт (наиболее эффективно функционирует система льготного лекарственного обеспечения в г. Москве, г. Балашихе Московской области, Тульской, Владимирской, Воронежской областях). В настоящее время она внедряется во всех остальных субъектах РФ на территории ЦФО.

4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА

Санитарно-эпидемиологическая обстановка в субъектах РФ на территории ЦФО в 2001 году в целом оставалась стабильной.

Обеспечен высокий уровень охвата детей профилактическими прививками. В установленные сроки вакцинировано 95,3–98,5% детей против дифтерии, эпидемического паротита, кори, полиомиелита. Все это позволило добиться в 2001 году снижения заболеваемости по всем нозологическим формам, в том числе эпидемическим паротитом, корью и коклюшем – в 2–2,3 раза, не зарегистрировано ни одного случая заболевания полиомиелитом.

В 2001 году отмечалось также снижение заболеваемости дизентерией на 38%, брюшным тифом на 37%, сифилисом на 14%, гонореей на 11%.

Загрязнение атмосферного воздуха продолжает оставаться одним из основных факторов окружающей среды, оказывающих негативное влияние на здоровье населения. В 2000–2001 годах в результате роста производства возросли суммарные выбросы вредных веществ в атмосферный воздух. Ежегодно увеличивается доля выбросов от автомобильного транспорта. В большинстве субъектов РФ на территории ЦФО регистрируется содержание вредных веществ, превышающих ПДК в 5

раз. Основными причинами создавшегося положения являются недостаточное оснащение промышленных предприятий очистными сооружениями, отсутствие регулярного производственного контроля за выбросами, значительное увеличение автомобильного транспорта и грубое нарушение правил его эксплуатации.

Для обеспечения контроля значительно улучшена работа по внедрению в деятельность центров Госсанэпиднадзора системы социально-гигиенического мониторинга как государственной системы наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания человека, их анализа, оценки и прогноза.

Проблемы охраны и укрепления здоровья населения рассматриваются органами управления здравоохранения в субъектах РФ на территории ЦФО с широкими медико-социальными, гигиеническими и профилактическими позиций. В этих условиях особое значение приобретает всестороннее использование системой здравоохранения такого мощного социально-медицинского компонента, как участие граждан и всего населения в сохранении и укреплении общественного здоровья, в формировании здорового образа жизни.

Инициативная деятельность населения является неотъемлемым фактором формирования здорового образа жизни и проведения оздоровительных мероприятий, что требует разработки перспективной политики участия населения в здравоохранении.

Широкое участие населения в охране своего здоровья достигается через общественные организации, профессиональные союзы, выборные местные органы власти, которые при содействии органов здравоохранения и медицинских служб стимулируют инициативу граждан в области здравоохранения, что является неотъемлемым фактором формирования здорового образа жизни, воспитания ответственности за личное и общественное здоровье.

Важным направлением участия населения в здравоохранении является содействие благотворительным, религиозным организациям и общественным институтам, оказывающим поддержку населению в охране здоровья.

Перспективно и создание сети народных университетов и факультетов медицинских и гигиенических знаний на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

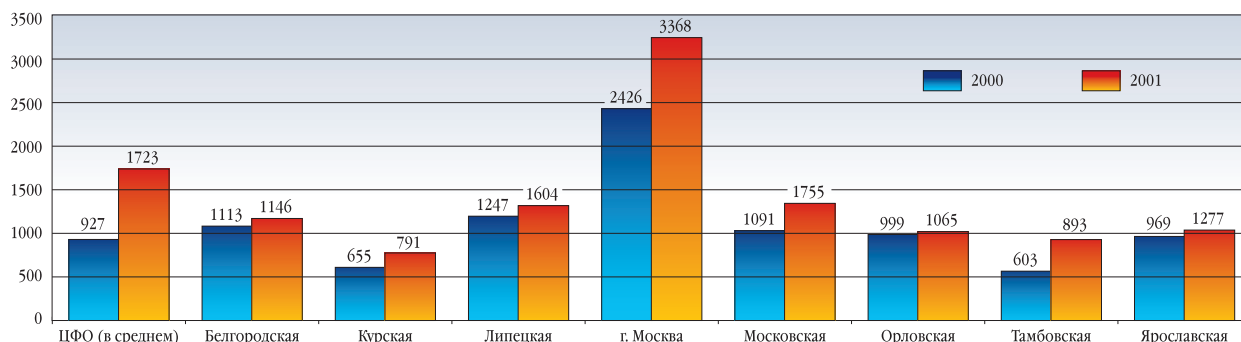
В Московской области под руководством главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения МО, ведущих ученых созданы и активно работают в целом ряде муниципальных образований школы для больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой, гипертонической болезнью и др.

5. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

При имеющейся в последнее время тенденции роста совокупных общественных расходов на здравоохранение и стабилизации положения по финансированию отрасли органы управления здравоохранения субъектов РФ в ЦФО решают ряд

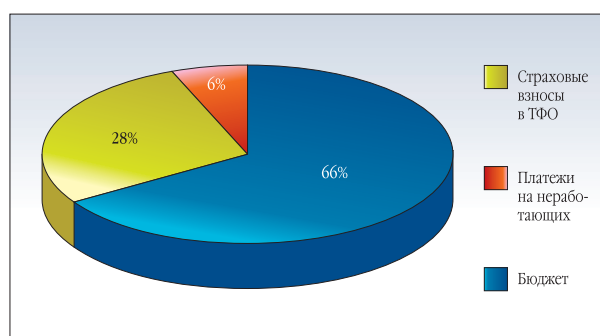


8



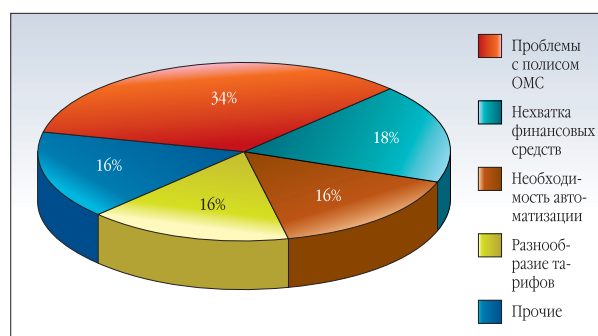
ФАКТИЧЕСКОЕ ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ В НЕКОТОРЫХ СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ЦФО В 2000–2001 ГОДАХ (НА 1 ЖИТЕЛЯ, РУБ.)

9



ВКЛАД В ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЦФО В 2001 ГОДУ (В ПРОЦЕНТАХ)

10



ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЗАИМОРАСЧЕТОВ В 2001 ГОДУ (В ПРОЦЕНТАХ)

проблем по планированию, финансированию и контролю за расходами на здравоохранение, требующих решения в рамках формирования и исполнения бюджетов всех уровней.

Прежде всего это выравнивание условий финансирования Программы государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощью граждан РФ во всех субъектах РФ на территории ЦФО, так как расходы на здравоохранение все в большей степени определяются уровнем экономического развития регионов и все в меньшей степени зависят от реальных потребностей населения. Уровень подушевого финансирования здравоохранения в различных субъектах РФ на территории ЦФО составляет от 790,8 руб. (Курская область) до 3367,8 руб. (г. Москва) на 1 жителя (табл. 6, рис. 8).

Основным источником финансирования здравоохранения является бюджет всех уровней (около 70%) и страховые взносы в ТФО ОМС (30%), при этом в Липецкой области бюджетное финансирование составляет – 80,6%, в Костромской области – 76,6%, в г. Москве 67,8% (рис. 9).

В связи с этим на заседании Координационного совета по здравоохранению в ЦФО (г. Смоленск, 2001 год), которое было посвящено обсуждению этой проблемы, было решено продолжить работу по переходу от принципа планирования объемов финансирования на здравоохранение

в зависимости от сложившейся сети медицинских учреждений к принципу определения объемов государственного финансирования здравоохранения в зависимости от уровня заболеваемости населения и нормативов подушевого финансирования.

Кроме того, имеется необходимость первоочередного направления средств на обновление основных фондов, так как хроническое недофинансирование воспроизводства основных фондов в последнее время привело к критическому износу медицинского и технологического оборудования, санитарного транспорта.

С введением системы ОМС, гарантировавшей гражданам России равные условия в получении медицинской помощи на всей территории РФ, актуальным стал вопрос разработки реализации права на получение медицинской помощи за пределами постоянного места жительства и расчетов за предоставленные услуги. Определены приоритеты в области финансирования здравоохранения, связанные с ростом расходов на повышение заработной платы работникам здравоохранения, на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи, реализацию федеральных целевых программ.

Состояние дел в межтерриториальных взаиморасчетах в системе ОМС между субъектами РФ на территории ЦФО оставляет желать лучшего. Основные проблемы при проведении взаиморас-



**НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕАЛИЗАЦИИ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
ГАРАНТИЙ (ТПГГ) ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РФ
БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2001 ГОДУ**

Фактическое финансовое обеспечение ТПГГ на 1 жителя, руб.					
Территории (области РФ)	Бюджет	ОМС ¹	Целевые программы	ДМС ² и плат- ные услуги	Всего
Белгородская	440	566	92,9	47,4	1146,3
Брянская	468	391,7	62,8	49,1	971,6
Владимирская	594	317,9	0	51,2	963,1
Воронежская	520	378,7	113,4	63,6	1075,7
Ивановская	429	443,3	91,6	44,9	1008,8
Калужская	478	516,9	39,7	90,7	1125,3
Костромская	491	438,5	44,3	58,9	1032,7
Курская	429	306,4	20,3	35,1	790,8
Липецкая	1033	399,8	110,6	60,7	1604,1
Московская	1085	546,6	69,4	53,5	1754,5
Орловская	357	643,7	28,8	35,2	1064,7
Рязанская	599	280,5	69	50,8	999,3
Смоленская	517	405,6	21,4	28,2	972,2
Тамбовская	604	150,8	90,1	48,1	893,0
Тверская	664	285,4	37,7	41,1	1028,2
Тульская	587	447,1	53,8	55,7	1143,6
Ярославская	861	334,5	76,9	4,8	1277,2
город Москва	1952	1326,7	0	89,1	3367,8
Центральный федеральный округ	982	632,7	49,3	58,6	1722,6

¹ОМС – обязательное медицинское страхование.

²ДМС – добровольное медицинское страхование.

четов связаны с необходимостью ввести единую форму полиса для граждан РФ, установить единые тарифы и определить единый способ оплаты медицинской помощи, создать единую информационную базу застрахованных на федеральном уровне, решить проблему автоматизации межтерриториальных взаиморасчетов (рис. 10).

По опыту здравоохранения Владимирской области именно система формирования и утверждения муниципальных заказов (или государственных заказов для областных ЛПУ) позволяет определить и разграничить бесплатную медицинскую помощь от платных услуг, рассмотреть все источники финансирования как единое целое. Во Владимире применили эту систему при разработке Программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью на 2001 год.

В Воронежской области наряду с федеральными целевыми программами разработаны и действуют: программа действий по совершенствованию

профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на снижение смертности детей первого года жизни и поддержание грудного вскармливания младенцев; охрана здоровья детей и подростков; питание детей в Воронежской области. В стадии разработки находятся: программа по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода в Воронежской области; профилактика внутрибольничных инфекций в Воронежской области; меры по развитию онкологической помощи населению; скорая помощь; анти-ВИЧ/СПИД.

Перспективным направлением совершенствования реализации прав граждан субъектов РФ на территории ЦФО на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в соответствии с Программой государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью является заключение трехсторонних соглашений о взаимодействии между Минздравом РФ, Федеральным фондом ОМС и Правительством субъекта РФ.



Таблица 7

**ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ
НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ**
(на 10 000 населения)

Территории (области РФ)	Врачи всех специальностей		Средний медицинский персонал	
	2000	2001	2000	2001
Белгородская	35,8	35,6	111,9	110,7
Брянская	33,4	33,1	101,1	102,3
Владимирская	31,4	30,3	92,1	90,5
Воронежская	43,5	43,7	100,9	98,7
Ивановская	46,0	45,5	100,7	100,9
Калужская	31,9	31,6	85,9	85,0
Костромская	32,9	32,3	109,8	107,8
Курская	39,9	40,2	92,6	92,4
Липецкая	33,3	33,1	104,7	105,4
Московская	30,8	30,9	79,6	77,0
Орловская	33,3	33,5	103,9	101,1
Рязанская	47,6	47,5	111,1	106,4
Смоленская	50,1	50,6	94,1	93,5
Тамбовская	29,5	29,2	93,5	94,8
Тверская	44,2	44,0	90,1	91,0
Тульская	28,5	28,8	101,9	101,0
Ярославская	48,6	48,6	92,9	88,9
город Москва	74,9	75,0	104,4	102,4
Центральный федеральный округ	47,6	45,5	95,8	95,3

6. МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И КАДРЫ

Обеспеченность населения субъектов РФ на территории ЦФО медицинскими кадрами представлена в таблице 7.

Основными задачами органов управления здравоохранения на территории ЦФО является обеспечение функционирования и дальнейшее развитие системы контроля качества за подготовкой специалистов на всех этапах их профессиональной деятельности и совершенствование системы кадрового обеспечения отрасли, в том числе вопросы трудоустройства выпускников вузов и их закрепление на рабочих местах, особенно в сельской местности и труднедостаточных районах.

Среди многих составляющих, которые определяют формирование качественного состава медицинских работников, основное место занимает номенклатура специальностей. Наличие оптимальной номенклатуры оказывает влияние не только на основы кадровой политики (определение потребности, анализ обеспеченности, подготовка и профессиональная переподготовка, повышение квалификации, сертификация, аттестация), но и на уровень организационной и практической деятель-

ности учреждений здравоохранения и в итоге – на качество медицинской помощи населению.

Проблема структурной перестройки здравоохранения в субъектах РФ на территории ЦФО требует новых подходов к решению сложных социально-психологических задач в области рационального использования трудовых ресурсов, связанных с переподготовкой и трудоустройством высвобождающихся квалифицированных специалистов.

Основными направлениями оптимизации ресурсного обеспечения здравоохранения субъектов РФ на территории ЦФО являются:

- устранение прямых потерь ресурсов за счет устранения дублирования функций;
- перераспределение функций между врачами и средним медперсоналом, между средним и младшим медперсоналом;
- преобразование структуры врачебных кадров на основе формирования «института врача общей практики»;
- усиление позиций среднего медперсонала на всех уровнях медицинского обслуживания;
- упорядочение должностной структуры на основе использования прогрессивной нормативной базы, отвечающей требованиям



повышения эффективности использования кадровых ресурсов;

- содействие и поддержка в проведении научных исследований, касающихся различных служб здравоохранения;
- модернизация рабочих мест, повышение технической оснащенности труда;
- формирование резерва специалистов, обладающих способностями к управленческой деятельности.

Планирование численности и структуры кадров в субъектах РФ на территории ЦФО должно осуществляться в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации и дифференцированными нормативами потребности в различных видах медицинской помощи, учитывающими региональные особенности организации работы и размещения сети медицинских учреждений, демографическую ситуацию и динамику состояния здоровья населения, прогноз развития служб здравоохранения.

Вызывает озабоченность тенденция к увеличению вакантных должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием в лечебно-профилактических учреждениях, особенно в сельских врачебных амбулаториях и участковых больницах всех субъектов РФ на территории ЦФО.

Так, в Смоленской области, особенно в сельских районах, недостает 1210 врачей и 2234 средних медработников.

В то же время, несмотря на определенные структурные изменения, происходящие в здравоохранении на территории ЦФО, высвобождение и безработица среди медицинских и фармацевтических работников не стали проблемой, дестабилизирующей обстановку в трудовых коллективах. Данные пятилетнего отраслевого статистического наблюдения показывают, что уровень безработицы отрасли среди работников колеблется от 0,11 до 0,26% от численности занятого медицинского персонала. Таким образом, процессы высвобождения и безработицы не носят массового характера.

7. МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Сеть научно-исследовательских учреждений, подведомственных Минздраву России и Российской академии медицинских наук (РАМН) на территории ЦФО, – самая обширная в Российской Федерации.

На территории ЦФО расположены основные центры подготовки медицинских кадров Российской Федерации. Государственные медицинские вузы в областных центрах, входящих в состав ЦФО и г. Москвы: Курский медицинский университет, Московский медико-стоматологический университет, Российский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Рязанский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Воронежская медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Ивановская меди-

11



ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОРПУС МОНИКИ

цинская академия, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Смоленская медицинская академия, Тверская медицинская академия, Ярославская медицинская академия, Российская медицинская академия последипломного образования, Государственный институт усовершенствования врачей Минобороны РФ, все ведущие НИИ Минздрава и РАМН.

В системе здравоохранения Московской области ведущее место занимает Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ) – единственный в стране многопрофильный научно-исследовательский клинический институт с коечным фондом 1200 коек (рис. 11). Для жителей Подмосковья МОНИКИ практически является окончательным этапом специализированной медицинской помощи по программе государственных гарантий.

На базе МОНИКИ по решению Правительства Московской области был создан Московский областной научно-практический центр медицинских технологий. Основной целью центра является продвижение новых отечественных изделий медицинского назначения и на их основе медицинских технологий в практику здравоохранения.

Для решения вопросов взаимодействия промышленности, науки и учреждений здравоохранения в сфере внедрения новой медицинской техники, биомедицинских технологий по заданию Правительства Московской области впервые в Российской Федерации на региональном уровне разработана и успешно реализуется Государственная областная целевая программа «Наука и промышленность Московской области – здравоохранению Московской области». Настоящая программа является частью принимаемых мер по оптимальному удовлетворению потребностей населения в высокотехнологичной медицинской помощи и услугах посредством обеспечения импортозамещающими изделиями медицинского назначения и медицинской техникой, оборудованием, биотехнологиями, новейшими научно-исследовательскими достижениями в сфере здравоохранения, разработка и производство которых осуществляется на территории Московской области.



Подводя итоги состояния работы органов и учреждений здравоохранения и хода реформ в здравоохранении субъектов Российской Федерации на территории Центрального федерального округа и планируя действия отрасли на среднесрочную перспективу, необходимо прежде всего оценить происходящие в обществе процессы изменения состояния здоровья населения и, исходя из этого, определить задачи, стоящие перед здравоохранением.

В соответствии с указаниями Министерства здравоохранения Российской Федерации, считаем, что на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы) органам управления здравоохранением субъектов РФ на территории ЦФО необходимо сосредоточить свои усилия на проблеме, которая наиболее

волнует общество, на вопросах улучшения качества медицинской помощи населению.

Несмотря на множество комплексных вопросов, которые нам приходится решать (политические, экономические, финансовые, правовые, социальные и т.д.), мы не должны забывать, что основная задача отрасли – это качественное оказание медицинской помощи населению, именно эту цель ставит перед здравоохранением Президент и Правительство Российской Федерации, и мы обязаны сделать все от нас зависящее, чтобы обеспечить гражданам России одинаковую доступность этой помощи.

Мы знаем, что работа здравоохранения только отчасти может повлиять на улучшение показателей состояния здоровья населения, но именно этих результатов нашей деятельности мы должны добиваться.